

Biała księga zwalczania raka jelita grubego i raka piersi

Onkoepidemia

Adam Kozierekiewicz

Na zlecenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego zespół ekspertów związanych z Ośrodkiem Analiz Uniwersyteckich sp. z o.o. przeprowadził analizę porównawczą systemów zwalczania raka piersi i jelita grubego w krajach europejskich. Wnioski – Polska na tle państw europejskich ma stosunkowo młodą populację i w związku z tym stosunkowo niski wskaźnik zachorowań na nowotwory. W nadchodzących latach nastąpi jednak szybki wzrost liczby osób starszych, a więc także zwiększy się zapadalność na raka.



foto: iStockphoto

Analiza została przeprowadzona w celu identyfikacji czynników sukcesu w zwalczaniu tych nowotworów. Skupiono się właśnie na nich, ponieważ:

- cechuje je podobna częstość występowania w populacji; jest to kilkanaście tysięcy przypadków rocznie, z czego ponad połowa kończy się zgonem;
- w obu wypadkach mamy do czynienia z podobnym zestawem czynników ryzyka, co powoduje, że profilaktyka pierwotna jest trudna;
- w obu wypadkach udowodniono skuteczność profilaktyki wtórnej, z czego wynika jej waga w programach ich zwalczania,

- w obu wypadkach zalecana jest terapia łącząca w różnych układach leczenie chirurgiczne, radioterapię i leczenie systemowe.

Badanie

Założono, że na skuteczność zapobiegania chorobom nowotworowym i ich zwalczania wpływają różne czynniki, przy czym:

- 1) cechy i różnice biologiczne (w tym genetyczne) populacji krajów europejskich nie wyjaśniają w pełni różnic w zapadalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;

- 2) system ochrony zdrowia ma możliwość oddziaływania na zdrowie populacji w zakresie zwalczania chorób nowotworowych, zwłaszcza raka jelita grubego i raka piersi;
- 3) niektóre różnice występujące pomiędzy systemami ochrony zdrowia można opisać wskaźnikami ilościowymi, inne zaś jedynie jakościowo (np. sposób organizacji opieki).

Do porównań wytypowano kraje zbliżone do Polski pod względem społeczno-ekonomicznym, geograficznym lub ludnościowym. Kryterium przesądającym było istnienie danych z odpowiednich lat. Wśród badanych państw znalazły się Czechy, Węgry, Słowacja, kraje nordyckie (Finlandia, Szwecja, Dania), Hiszpania, Włochy, Portugalia oraz Wielka Brytania, Francja i Niemcy. Do niektórych zestawień dołączono dane z Kanady.

Uwarunkowania społeczne

Po latach prosperity i silnego wzrostu gospodarczego, kraje wysoko rozwinięte będą zmuszone zmierzyć się jednocześnie z problemem długu publicznego, zmniejszonej dynamiki gospodarczej oraz wzrostu wydatków na zaspokojenie potrzeb i aspiracji społeczeństwa, w szczególności związanych z ochroną zdrowia. Wiele państw Europy Zachodniej rozpoczęło już starania o zmniejszenie wydatków publicznych, co odbija się m.in. na wydatkach na opiekę zdrowotną. Na tym tle Polska jest względnie uboga, przy czym nasza struktura społeczna, w tym struktura wieku, szybko podąża ścieżką wyznaczoną przez kraje wysoko rozwinięte. Wraz ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku rosną zagrożenia zdrowotne, a polski system ochrony zdrowia nie jest jeszcze tak skuteczny w ich zwalczaniu, jak systemy krajów wysoko rozwiniętych. W tej sytuacji szczególnej wagi nabiera zadanie uzyskiwania maksymalnych efektów z zaangażowanych zasobów.

Polska w porównaniu z innymi państwami europejskimi ma dość młodą populację. Wskaźniki epidemiologiczne, np. stosunkowo niski wskaźnik zapadalności na nowotwory, należy odczytywać w tym kontekście. W nadchodzących latach nastąpi jednak szybki przyrost liczby osób w wieku starszym, a wraz z tym zwiększy się intensywność zjawisk zdrowotnych charakterystycznych dla tej populacji.

Polska specyfika

W ostatnich 20 latach oczekiwana długość życia, jako wskaźnik obrazujący stan zdrowia populacji, rosła w Polsce w tempie wyższym niż w krajach Europy Zachodniej i podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej. Umieralność noworodków, uznawana za wskaźnik jakości działania szeroko rozumianej ochrony zdrowia, wskazuje na znaczną poprawę w tym zakresie w Polsce w ostatnich 20 latach i mimo że ciągle jest wiele do zrobienia w tej dziedzinie, sytuacja jest zdecydowanie lepsza niż 10 czy 20 lat temu.

Mniejsza umieralność jest wynikiem lepszego stanu zdrowia populacji i skuteczniejszej interwencji systemu opieki zdrowotnej. W wielu krajach liczba zgonów spada, jednak w środkowej i południowej Europie w wolniejszym tempie niż w zachodniej i północnej części naszego kontynentu. W Polsce liczba zgonów, po okresie spadku w latach 90. XX w., od 2002 r. ponownie nieco wzrasta. Standaryzowane współczynniki zgonów (SDR) wskazują na relatywnie mniejszą umieralność w populacji krajów Europy Zachodniej niż w populacji krajów Europy Środkowej, w tym w Polsce.

Ilu zachoruje

Niemal we wszystkich badanych krajach wzrasta zapadalność na nowotwory złośliwe. Starsze populacje są na nie bardziej narażone, ale różnice w standaryzowanych współczynnikach zapadalności (SIR) wskazują, że oprócz

„ W wielu krajach zachodniej i północnej Europy liczba zgonów z powodu nowotworów spada. W Polsce rośnie ”

wieku istnieją inne czynniki silnie wpływające na częstość zachorowań. Zapadalność mierzona SIR na nowotwory w Polsce należy do najniższych wśród badanych krajów. Mężczyźni najczęściej chorują na raka płuca, stercza i jelita grubego. Nowotwór jelita grubego zajmuje zwykle drugą lub trzecią pozycję. Kobiety najczęściej zapadają na raka piersi i raka jelita grubego oraz raka płuca.

Liczba zachorowań na raka piersi wzrasta w większości badanych krajów. Z pewnymi wyjątkami jest wyższa w krajach wysoko rozwiniętych, niezależnie od struktury wieku populacji. Standaryzowane współczynniki zapadalności wskazują na częstsze występowanie tego schorzenia na Węgrzech, Słowacji i w Czechach oraz relatywnie rzadsze w Polsce. Przewiduje się, że liczba nowych przypadków raka piersi u kobiet wzrośnie z 14,5 tys. do 19 tys. w roku 2020. Przewidywana liczba nowych zachorowań na raka jelita grubego u mężczyzn w 2020 r. może wynieść od 8,5 tys. do 12,4 tys. przypadków rocznie, przy czym warianty liniowe prognozy wskazują na 11–12,1 tys. Prognozowana liczba nowych zachorowań na raka jelita grubego u kobiet może sięgać od 6,8 tys. do 8,6 tys. przypadków rocznie, przy czym warianty liniowe wskazują na 8,0–8,2 tys.

Śmiertelność

W Polsce liczba zgonów z powodu raka nieco wzrasta. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów wskazują na mniejszą (relatywnie) umieralność na raka w populacji krajów Europy Zachodniej



601.123RF.com

„ Najczęstszym nowotworem prowadzącym do zgonu u mężczyzn jest rak płuca oraz jelita grubego, u kobiet zaś rak piersi ”

niż Europy Środkowej. Współczynniki te także silnie spadają w krajach Europy Zachodniej i większości krajów Europy Środkowej, z wyjątkiem Rumunii. Spadek SDR notuje się również w Polsce, przy czym w porównaniu z innymi krajami jest on znacznie wolniejszy.

Nowotwory wysuwają się na pierwsze miejsce wśród przyczyn wszystkich zgonów, co jest związane przede wszystkim ze starzeniem się populacji, lecz w niektórych wypadkach liczba osób umierających z tego powodu wzrasta szybciej, niż starzeje się społeczeństwo. Najczęstszym nowotworem prowadzącym do zgonu u mężczyzn jest rak płuca oraz jelita grubego, a u kobiet rak piersi (w niektórych krajach rak płuca). Rak jelita grubego jest na drugiej lub trzeciej pozycji.

Szwecja i Finlandia notują umiarkowaną umieralność z powodu raka piersi mimo wysokiej zapadalności na ten nowotwór. Inaczej jest we Włoszech, Danii, w Niemczech, a zwłaszcza na Węgrzech, gdzie umieralność podąża za wysoką zapadalnością i również jest wysoka. Współczynnik umieralności lokuje Polskę pośrodku tego zestawienia.

Porównanie wskaźników zapadalności i umieralności na raka jelita grubego wskazuje, że krajami najbardziej skutecznymi w leczeniu tej choroby nowotworowej są Kanada i Włochy. Najmniej skuteczne w leczeniu raka jelita grubego są Węgry i Polska.

Śmiertelność populacyjna, oznaczająca w niniejszym raporcie iloraz zgonów z powodu danego nowotworu w danym roku i nowych zachorowań na dany nowotwór w tym samym okresie, w Polsce należy do najwyższych w Europie. Mimo że śmiertelność populacyjna w chorobach nowotworowych w Polsce spada, tempo tego spadku jest niższe niż w wielu innych krajach, a w ciągu ostatnich 10 lat nie zanotowano postępu.

Względne przeżycie

Względne przeżycie w chorobach nowotworowych w bardziej czuły sposób niż śmiertelność opisuje zakres powodzenia interwencji zdrowotnej. Dane dla Polski stawiają ją w tej dziedzinie, obok Słowacji, na końcu badanych krajów.

Umieralność z powodu chorób nowotworowych jest związana z zapadalnością na nie. Jeśli pomiędzy zapadalnością a umieralnością rozwierają się nożyce, oznacza to, że system ochrony zdrowia dobrze interweniuje. Z analizowanych danych wynika, że skuteczność oddziaływania np. szwedzkiego systemu ochrony zdrowia jest dwukrotnie większa niż polskiego, jeśli chodzi o leczenie raka jelita grubego u mężczyzn lub raka piersi u kobiet.

Proces zwalczania raka (*cancer control*) – od profilaktyki pierwotnej, przez wczesne rozpoznanie, po monitorowanie stanu zdrowia – jest rozciągnięty w czasie, wymaga udziału wielu osób i placówek oraz dyscypliny pacjenta. Koordynacja opieki i jej integracja w sytuacji, gdy poszczególne etapy realizowane są przez różne podmioty, jest zagadnieniem skupiającym uwagę polityków i menedżerów opieki zdrowotnej w wielu krajach. Zawiera się ono w pojęciu *disease management* i taki model opieki jest stosowany w niektórych krajach. Jednym z rozwiązań jest koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w wielospecjalistycznych zespołach, najlepiej zlokalizowanych w pojedynczych instytucjach. Ośrodki te stają się wtedy także koordynatorami opieki nad ich pacjentami sprawowanej przez inne ośrodki. Przykładem rozwiązania tego typu jest organizacja tzw. *breastcancerunits*, rekomendowanych przez European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). Wydaje się, że koncepcja ta powinna być także poważnie przemyślana w Polsce.

Istnieje istotna pozytywna korelacja pomiędzy przeżywalnością chorych na raka piersi lub raka jelita grubego a wydatkami na ochronę zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, również w przeliczeniu według parytetu siły nabywczej (PPP), są najniższe wśród badanych krajów.

Lekarze i urządzenia

Liczba lekarzy w Polsce należy do najniższych w Europie i wykazuje tendencję spadkową. Liczba lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ginekologów-położników jest podobna w badanych krajach.

W innych specjalnościach lekarskich liczby te są w Polsce znacznie niższe. Liczba lekarzy zajmujących się onkologią jako głównym obszarem swoich kompetencji jest w Polsce niższa niż we Włoszech czy w Czechach, jednak zbliżona do odpowiednich wielkości w innych badanych krajach. Wzrost przeżywalności 5-letniej wśród chorych na raka piersi nie jest jednak powiązany statystycznie z większą liczbą lekarzy. Podobnie jak znaczna liczba łóżek szpitalnych nie przesądza o skuteczności zwalczania nowotworów (kraje o największych sukcesach w leczeniu nowotworów, jak Finlandia i Szwecja, mają najniższe wskaźniki liczby łóżek szpitalnych).

Urządzenia medyczne w analizie traktowane są jako wskaźnik obrazujący dostępność nowoczesnych technologii medycznych w danym kraju. W przeciwieństwie do liczby łóżek szpitalnych, wskaźniki liczby specjalistycznych urządzeń pomocnych w diagnostyce czy terapii nowotworów, jak mammografy, TK, MRI i akceleratory liniowe, są najwyższe w krajach o największej skuteczności leczenia nowotworów. Kraje mające więcej tomografów zapewniają większą przeżywalność pacjentom z nowotworami piersi i jelita grubego, choć najpewniej liczba ta jest raczej wyrazem stopnia rozwoju medycyny w danym kraju niż rzeczywistego wykorzystania tomografów w diagnostyce wymienionych nowotworów. Podobne obserwacje statystyczne dotyczą liczby mammografów oraz urządzeń do radioterapii.

Doświadczenia skandynawskie

Doświadczenia krajów nordyckich sugerują następujące czynniki podnoszące skuteczność terapii nowotworowej i przeżywalność pacjentów:

- ogólny stan zdrowia społeczeństwa, istnienie chorób towarzyszących nowotworom (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby krążenia itp.);
- prowadzenie leczenia nowotworów przez wyspecjalizowane jednostki, które dysponują wieloma kompetencjami (chirurgia, radioterapia i chemioterapia) i wykonują dużą liczbę określonych procedur;
- wieloletnie i konsekwentne prowadzenie programów wczesnego wykrywania nowotworów;
- stałe monitorowanie wyników zwalczania raka zarówno na poziomie populacji danego obszaru, jak i na poziomie populacji pacjentów danej placówki medycznej;
- inne elementy, jak stałe podnoszenie kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, onkologów oraz system zarządzania przebiegiem leczenia pacjenta.

Kształcenie

Istnieje wiele sposobów kształcenia przeddyplomowego lekarzy w zakresie onkologii. Zróżnicowane jest również kształcenie podyplomowe, choć można dostrzec tendencje do standaryzacji przez wzajemne uznawanie

„ Kraje mające więcej tomografów zapewniają większą przeżywalność pacjentom z nowotworami piersi i jelita grubego. Podobne obserwacje statystyczne dotyczą liczby mammografów oraz urządzeń do radioterapii „

dwóch specjalności z dziedziny szeroko rozumianej onkologii, tj. radioterapii i hematologii. W ostatnich latach w Polsce pojawiły się szanse na wzrost liczby specjalistów zarówno onkologii klinicznej, jak i radioterapii onkologicznej. Gorzej jest w wypadku chirurgii onkologicznej. Przyrostowi kadr onkologicznych powinno towarzyszyć podnoszenie poziomu i utrzymywanie wysokiej jakości kształcenia.

Wydaje się, że szczególną rolę w systemie zwalczania raka jelita grubego i raka piersi, niezależnie od kontekstu epidemiologicznego, odgrywają następujące elementy:

- konsekwentnie stosowane (przez wiele lat) i skuteczne (obejmujące znaczny odsetek populacji) programy wczesnego wykrywania nowotworów;
- optymalizacja procesów leczniczych, m.in. przez specjalizację ośrodków, łączenie różnych metod leczenia oraz systematyczną ocenę wyników leczenia na poziomie placówek;
- skuteczny nadzór nad procesem diagnostyki i leczenia oraz jego koordynacja, co ma prowadzić do szczerłego objęcia interwencjami docelowej populacji, zapobiegając wymykaniu się pacjentów i ograniczając interwały pomiędzy epizodami procesu leczenia itp.;
- skuteczne zarządzanie systemem zwalczania raka przez odpowiednie określanie celów, skuteczne mobilizowanie uczestników systemu, nadzór i monitorowanie wyników, weryfikację i redefiniowanie procesu, o ile jest to zasadne.

Ten ostatni element, który w praktyce działania systemów ochrony zdrowia przybiera formę strategii, programów i tym podobnych rozwiązań, może być inicjowany przez władze publiczne, ale także przez środowiska medyczne czy nawet pacjentów. Opracowanie strategii zwalczania raka piersi i jelita grubego wydaje się, w kontekście zjawisk opisanych w raporcie, bardzo zasadne.

*Raport jest w całości dostępny na stronach Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, <http://www.portal-pto.pl/>
Autorzy raportu: dr med. Adam Kozierkiewicz,
dr med. Tomasz Bochenek,
dr med. Roman Topór-Mądry, mgr Dariusz Gilewski*

Publikacją Adama Kozierkiewicza rozpoczynamy cykl artykułów poświęconych leczeniu nowotworów w Polsce: „Czas na onkologię”. W kolejnych materiałach będziemy Państwu przybliżać problemy pacjentów onkologicznych w RP.