

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2021

Zdrowie kobiet – profilaktyka, diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych

Marta Koton-Czarnecka

W debacie uczestniczyli:

- prof. dr hab. n. med. **Mariusz Bidziński**, Klinika Ginekologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
 - dr hab. n. med. **Joanna Didkowska**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
 - dr hab. n. med. **Radosław Mądry**, kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
 - **Joanna Parkitna**, dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
 - prof. dr hab. n. med. **Piotr Rutkowski**, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, przewodniczący Zespołu ds. Narodowej Strategii Onkologicznej przy ministrze zdrowia
 - **Magdalena Władysiuk**, wiceprezes HTA Consulting
- Moderator: redaktor **Krzysztof Jakubiak**



Wzmocnienie działań profilaktycznych, a przede wszystkim dotarcie z programami przesiewowych badań cytologicznych i mammograficznych do tych kobiet, które nie odwiedzają ginekologów, to podstawowy warunek poprawy wyników leczenia nowotworów kobiecych w Polsce – stwierdzili eksperci zgromadzeni online podczas sesji *Zdrowie kobiet – profilaktyka, diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych*. Zwrócono uwagę na konieczność tworzenia ośrodków zintegrowanej opieki medycznej nad pacjentkami z rakiem jajnika (*Ovarian Cancer Units*) i rakiem piersi (*Breast Cancer Units*), lepszego wykorzystania możliwości, jakie oferuje współczesna diagnostyka, w tym diagnostyka molekularna, oraz zwiększenia dostępu do nowoczesnych leków celowanych molekularnie.

w Polsce wynosi niespełna 80 proc., podczas gdy w wielu krajach Europy przekracza 90 proc.

Poprawić screening

W Polsce istnieją programy profilaktycznych badań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie raka piersi (program badań mammograficznych) oraz raka szyjki macicy (program badań cytologicznych). Niestety uczestnictwo kobiet w tych programach jest niewielkie. Eksperci szukali przyczyn i możliwych rozwiązań tego problemu.

– Dostęp do badań mammograficznych i cytologicznych jest w Polsce dobry, ale kobiety nie chcą z nich korzystać. Nie potrafimy ich do tego zachęcić. Myślę, że za mało wykorzystujemy w tym celu różne media, w tym media elektroniczne – mówił prof. Piotr Rutkowski.

– Profilaktyka jest moim – jako nowego konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej – zdecydowanym priorytetem. Bezdyskusyjnie musimy poprawić i wzmocnić działania edukacyjne. Edukacja zdrowotna społeczeństwa musi być prowadzona ustawicznie, a nie tylko incydentalnie. Musimy przekonywać Polki i Polaków do szanowania własnego zdrowia i do dbania o nie. Żeby dotrzeć z tym przekazem do różnych grup, a zwłaszcza do grup wysokiego ryzyka, warto w proces

wdrażania programów edukacyjnych zaangażować specjalistów socjologów. Z zachętą do wykonywania badań przesiewowych musimy dotrzeć również do kobiet wykluczonych z badań cytologicznych, czyli tych, które dotąd nigdy ich nie wykonywały, a także do kobiet szczególnie mocno narażonych na infekcję wirusem HPV. W tym celu można wykorzystać zasoby podstawowej opieki zdrowotnej – spróbować dotrzeć do tych kobiet poprzez lekarzy rodzinnych czy poprzez pielęgniarki lub położne środowiskowe, które mają bezpośredni kontakt z pacjentkami – postulował prof. Mariusz Bidziński.

Eksperci mówili także o poprawie jakości wykonywanych badań screeningowych. Profesor Mariusz Bidziński wspominał o konieczności certyfikacji ośrodków wykonujących badania cytologiczne, żeby zmniejszyć liczbę wyników fałszywie ujemnych.

Profesor Piotr Rutkowski stwierdził natomiast, że ocena rozmazu cytologicznego jest w dużej mierze subiektywna i dlatego warto zastąpić ją obiektywnymi badaniami w kierunku wykrywania DNA wirusa HPV: – Obecnie zastosowanie badania na obecność DNA HPV jako rutynowego sposobu badań profilaktycznych jest oceniane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zmierzamy też do poprawy jakości populacyjnych badań mam-



”

dr hab. Joanna Didkowska: W przypadku raka trzonu macicy mamy wiele do poprawy, gdyż wskaźnik 5-letniego przeżycia chorych na ten nowotwór w Polsce wynosi niespełna 80 proc., podczas gdy w wielu krajach Europy przekracza 90 proc.

Najnowsze dane epidemiologiczne dotyczące nowotworów u kobiet w Polsce przedstawiła dr hab. Joanna Didkowska: – Pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych wśród kobiet jest rak płuca – tak samo jak wśród mężczyzn, ale najczęściej występującym nowotworem u Polek jest rak piersi. Generalnie nowotwory kobiece, do których zaliczamy raka piersi i nowotwory ginekologiczne (jajnika, szyjki macicy i trzonu macicy), stanowią prawie połowę wszystkich nowotworów u kobiet w Polsce. Choroby te są więc poważnym problemem, generującym duże straty emocjonalne, społeczne, a także ekonomiczne związane z ogromnymi kosztami leczenia. W raku piersi notujemy ciągle duży wzrost zachorowalności, a w ostatnich latach zaczyna być ponownie widoczny także wzrost umieralności. Jeśli chodzi o raka jajnika, to obserwujemy stałą wartość zachorowalności i umieralności. W 2018 r. odnotowaliśmy ok. 3700 zachorowań na raka jajnika. Pięcioletnia przeżywalność chorych na ten nowotwór jest w Polsce podobna jak w całej Europie i wynosi ok. 40 proc. Zachorowań na raka szyjki macicy w 2018 r. było ok. 2400. W tym nowotworze mamy stały spadek i zachorowalności, i umieralności, ale oczekivalibyśmy, że będzie on większy i szybszy. Wciąż bowiem nasze wskaźniki odstają od danych z innych krajów Europy, zwłaszcza ze Skandynawii, co wynika ze zbyt późnego rozpoznawania tych nowotworów, a to z kolei z nieskutecznych działań profilaktycznych. Tendencję rosnącą w zachorowalności, a ostatnio również w umieralności, widzimy w raku trzonu macicy (endometrium). Ten nowotwór w 2018 r. wykryto u ok. 3 tys. Polek. W przypadku raka trzonu macicy mamy wiele do poprawy, gdyż wskaźnik 5-letniego przeżycia chorych na ten nowotwór

”



Magdalena Władysiuk:
Przy ocenie potrzeb
medycznych trzeba
uwzględnić wiek

pacjentów oraz możliwość ich powrotu do życia zawodowego i rodzinnego, bo to mówi o obciążeniu populacyjnym, jakie niesie choroba

mograficznych. W 2020 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej część mammografów została wymieniona na urządzenia cyfrowe – mówił.

Profilaktyka pierwotna

Badania cytologiczne pozwalające na wykrycie raka szyjki macicy w jego najwcześniejszym stadium to tzw. profilaktyka wtórna, ale w przypadku tego nowotworu możliwa jest też profilaktyka pierwotna, czyli szczepienia przeciwko wirusowi HPV. Eksperti zgodzili się, że szczepienie młodzieży powinno być refundowane przez państwo, jednak w obecnej sytuacji pandemii wprowadzenie programu szczepień przeciwko HPV nie jest realne, choćby z powodu niedostępności szczepionek. Światowe fabryki zostały aktualnie przestawione na produkcję szczepionek przeciwko COVID-19.

Doktor hab. Radosław Mądry zwrócił uwagę na profilaktykę raka trzonu macicy: – Od roku 2005 do 2017 mamy aż 43-krotny wzrost zachorowalności na raka endometrium. Pamiętajmy, że czynnikiem mocno predysponującym do tego nowotworu jest otyłość, a zatem istnieje możliwość profilaktyki pierwotnej, która polega na redukcji masy ciała. Zachęcanie Polaków do odchudzania jest naszym, lekarzy, zadaniem, choć nie jest to łatwe – przekonywał.

Nowotworem, dla którego nie są znane metody profilaktyki i wczesnego wykrywania, pozostaje rak jajnika. Szczególnym nadzorem czy nawet zabiegami z zakresu chirurgii redukującej ryzyko można objąć kobiety z mutacjami w genach BRCA1/2, jednak stanowią one tylko ok. 25 proc. wszystkich chorych na raka jajnika. U zdecydowanej większości pacjentek rak jajnika we wczesnym stopniu zaawansowania jest wykrywany przypadkowo. Dlatego większość tych nowotworów jest rozpoznawana w 3. lub 4. stopniu zaawansowania. Dlatego też w przypadku raka jajnika jedyną nadzieją na poprawę przeżywalności jest postęp w zakresie leczenia i lepsza dostępność nowoczesnych terapii.

Leczenie zbyt rozproszone

Podstawą dobrego leczenia nowotworów jest szybka i właściwa diagnostyka. Niestety w Polsce

”



dr hab. Radosław Mądry:
Ogromną szansą na
przełom i zwiększenie
odsetka pacjentek

z rakiem jajnika, które zostaną wyleczone, jest wprowadzenie inhibitorów PARP w pierwszej linii leczenia, czyli zanim dojdzie do wznowy, jako tzw. leczenia podtrzymującego po przebytej operacji i chemioterapii

wiele do życzenia pozostawia zarówno diagnostyka obrazowa i histopatologiczna wykonywana np. u chorych z rakiem trzonu macicy, jak i diagnostyka molekularna, która powinna być przeprowadzana u każdej pacjentki z rakiem jajnika.

– Diagnostyka genetyczna, mimo że jest refundowana u chorych z rakiem jajnika, jest obecnie wykonywana zaledwie u ok. 30 proc. tych pacjentek. Tymczasem wyniki badań molekularnych implikują postępowanie terapeutyczne. Od nich zależy wybór ścieżki dalszego leczenia, optymalnego dla danej pacjentki. Dlatego każdy ośrodek przeprowadzający zabiegi chirurgiczne w raku jajnika powinien mieć dostęp do badań molekularnych i zlecać je u każdej chorej – zaznaczał prof. Mariusz Bidziński.

Za gorsze wyniki leczenia nowotworów w Polsce niż w Europie odpowiada też zbyt duże rozproszenie tego leczenia i częsta konieczność migrowania pacjentów pomiędzy różnymi ośrodkami. Dlatego eksperci rekomendują tworzenie centrów kompleksowej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji poszczególnych nowotworów, m.in. raka piersi i raka jajnika.

– Dziś wiele kobiet jest leczonych w ośrodkach regionalnych, które nie mają doświadczenia w terapii nowotworów onkologicznych. A wiemy, że szanse pacjenta na wyleczenie są bez porównania większe, jeśli jest leczony kompleksowo przez wielodyscyplinarny i doświadczony zespół. W skład zespołu leczącego chore z rakiem jajnika powinni wchodzić: ginekolog onkolog, chirurg znający zasady leczenia tego nowotworu, onkolog kliniczny, radiolog z doświadczeniem w ocenie zmian nowotworowych w obrębie narządu rodowego, histopatolog oraz genetyk i biolog molekularny. Należy pamiętać, że kompleksowe leczenie obejmuje również przygotowanie psychologiczne pacjenta do terapii oraz rehabilitację po leczeniu, bo naszym celem powinno być też to, żeby pacjent jak najszybciej wrócił do aktywności zawodowej – mówił prof. Mariusz Bidziński.

Nowy konsultant krajowy zapowiedział, że będzie dążyć do większego wykorzystania telemedycyny i stworzenia programu e-konsultacji dla pacjentów hospitalizowanych w ośrodkach regionalnych. – Grono konsultantów taktycznych może się przyjrzeć takim przypadkom i ustalić plan leczenia. Dzięki temu zmniejszymy liczbę chorych, u których zostaje rozpoczęty proces terapeutyczny niekorespondujący z aktualną wiedzą medyczną. To bardzo ważne, bo w onkologii błąd na starcie leczenia często jest nieodwracalny – wyjaśniał prof. Mariusz Bidziński.

Przełomowe terapie

Podczas debaty sporo uwagi poświęcono nowym, rewolucyjnym możliwościom leczenia raka jajnika, czyli lekom z grupy inhibitorów PARP, do których należą olaparyb, rukaparyb i niraparyb.

– Porównując lata 2005 i 2017, widzimy, że dziś pacjentki z rakiem jajnika żyją znacznie dłużej, co zawdzięczamy wprowadzeniu kolejnych cytostatyków, leczenia antyangiogenego oraz inhibitorów PARP w drugiej linii terapii, czyli po wznowie nowotworu. Jednak po kolejnych nawrotach i remisjach 70 proc. chorych umiera, co oznacza, że umieralność z powodu raka jajnika nie zmniejszyła się w porównaniu z rokiem 2005. Ogromną szansą na przełom i zwiększenie odsetka pacjentek, które zostaną wyleczone, jest wprowadzenie inhibitorów PARP w pierwszej linii leczenia, czyli zanim



”

Joanna Parkitna:
Ustawa o Funduszu
Medycznym
rozszerzyła
kompetencje
AOTMiT. Agencja
może występować
z inicjatywą
dotyczącą refundacji
innovacyjnych
terapii i przedstawiać
ministrowi zdrowia
obietujące leki, jeszcze
zanim producent złoży
swój wniosek



”

prof. Mariusz Bidziński:
Każdy ośrodek
przeprowadzający
zabiegi chirurgiczne
w raku jajnika powinien
mieć dostęp do badań
molekularnych i zlecać
je u każdej chorej



”

prof. Piotr Rutkowski:
Dostęp do badań
mammograficznych
i cytologicznych jest
w Polsce dobry, ale
kobiety nie chcą
z nich korzystać.
Nie potrafimy ich
do tego zachęcić

dojdzie do wznowy, jako tzw. leczenia podtrzymującego u pacjentek po przebytej operacji i chemioterapii. Jest to duże wyzwanie dla płatnika, ale patrząc na wyniki badań klinicznych, m.in. zaprezentowane podczas ostatniego kongresu European Society of Medical Oncology (ESMO 2020), nie ma wątpliwości, że ten wydatek się opłaca – zapewniał dr hab. Radosław Mądry.

W badaniach tych stwierdzono, że zastosowanie inhibitorów PARP jako leczenia podtrzymującego u pacjentek z nowo zdiagnozowanym rakiem jajnika w 3. lub 4. stopniu zaawansowania i z patogenną mutacją w genach BRCA1/2 powoduje wydłużenie czasu do progresji choroby sięgające 40–50 miesięcy i dotyczy to połowy pacjentek. – Tak dużego wydłużenia czasu do progresji nowotworu jeszcze w ginekologii onkologicznej nie widzieliśmy, dlatego wydaje się, że zastosowanie inhibitorów PARP w pierwszej linii leczenia raka jajnika daje szansę na całkowitą i trwałą remisję. Możliwość wieloletniego oddalania progresji choroby i prawdopodobnie uzyskiwanie przeżyć długoletnich to przełom, na który czekaliśmy – stwierdził dr hab. Radosław Mądry.

Szansa w Funduszu Medycznym

O możliwościach refundacji inhibitorów PARP u pacjentek przed wznową raka jajnika mówiła natomiast Joanna Parkitna: – O potrzebie stosowania nowoczesnych leków z obszaru ginekologii onkologicznej świadczy zwiększająca się liczba wniosków o ich refundowanie w trybie ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Są to wnioski dotyczące poszczególnych pacjentów składane przez lekarzy. Dotychczas, abyśmy mogli zacząć rozważać refundację w ramach programów lekowych, konieczny był wniosek refundacyjny złożony do Ministerstwa Zdrowia przez producenta leku. A takich wniosków w sprawie inhibitorów PARP w pierwszej linii leczenia nie mamy. Szansę na zmianę dała ustawa o Funduszu Medycznym, która rozszerzyła kompetencje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Agencja może występować z inicjatywą dotyczącą refundacji innowacyjnych terapii i przedstawiać ministrowi zdrowia obietujące leki, jeszcze zanim producent złoży swój wniosek. Fundusz Medyczny przewiduje dwa nowe rodzaje refundacji: refundację technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności oraz refundację technologii lekowych wysokiej wartości klinicznej. W pierwszej kategorii mogą być rozważane leki zarejestrowane w 2019 r. – w ginekologii onkologicznej jest jeden taki lek, natomiast w drugiej kategorii leki zarejestrowane od 2017 r. – tu będą rozważane inhibitory PARP do zastosowania w pierwszej linii leczenia raka jajnika.

– Ustawa o Funduszu Medycznym wprowadza zupełnie nowe regulacje i wymaga szacowania przez AOTMiT potrzeb zdrowotnych. Żeby ocenić potrzeby medyczne, nie możemy patrzeć tylko przez pryzmat rosnącej zapadalności i umieralności na daną chorobę, ale musimy uwzględnić rokowania w przypadku zastosowania istniejącego oraz nowego leczenia, a także porównać wyniki leczenia z wynikami uzyskiwanymi w innych krajach w Europie. Ponadto przy ocenie potrzeb medycznych trzeba uwzględnić wiek pacjentów oraz możliwość ich powrotu do życia zawodowego i rodzinnego, bo to mówi o obciążeniu społecznym, jakie niesie choroba, a także zmiany w tym zakresie po wprowadzeniu nowych technologii lekowych – dodała Magdalena Władysiuk. ■