

## VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

# Polki częściej niż inne Europejki umierają na raka piersi

Rak piersi to najczęściej diagnozowany nowotwór złośliwy u kobiet. Rokowania zależą od zaawansowania choroby, co podkreśla znaczenie wczesnego wykrycia guza. Mimo to Polki nie zgłaszają się na badania profilaktyczne. Jakie działania systemowe należałoby wdrożyć, żeby zwiększyć wykrywalność tego nowotworu w Polsce na jak najwcześniejszym etapie? Na te i inne pytania odpowiadali eksperci podczas konferencji Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość.

– W Polsce nadal mamy do czynienia z niższą zachorowalnością na raka piersi w porównaniu z Europą Zachodnią, jednak na niekorzyść wyróżnia nas wyższa umieralność chorych. To jest problem, z którym Polska zmagą się od lat – wskazywała dr hab. n. med. Joanna Didkowska, prof. Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, w trakcie panelu „Mammografia od 40. roku życia? Co możemy zrobić, żeby zwiększyć wczesne wykrycie raka piersi w Polsce?”.



Fot. Patryk Rydyk



Fot. Patryk Rydyk



Fot. Patryk Rydyk

### Niekorzystny trend umieralności

Ekspertka zwracała uwagę, że oprócz wyższej umieralności kobiet z rakiem piersi obserwuje się też niekorzystne trendy. – Do 2010 r. współczynniki umieralności z powodu raka piersi systematycznie się zmniejszały, podobnie jak w innych krajach europejskich. Niestety nagle ten trend uległ zmianie. Stał się rosnący, przy zachowanym tempie wzrostu zachorowalności. To pokazuje, że mamy zjawisko określane mianem „rozwierających się nożyce”, co oznacza, że umieralność rośnie szybciej niż zachorowalność. Wzrost ten w stosunku do 2010 r. wynosi mniej więcej 5 gónów na 100 tys. chorych, co stanowi ok. 20 proc. wartości współczynnika z 2010 r. Niepokojące jednak jest to, że w innych krajach europejskich w ogóle nie obserwuje się tego zjawiska. To pokazuje, że system nie działa tak, jak powinien – stwierdziła.

”

prof. Joanna Didkowska: Do 2010 r. współczynniki umieralności z powodu raka piersi w Polsce systematycznie się zmniejszały, podobnie jak w innych krajach europejskich. Niestety nagle ten trend uległ zmianie

hormonalnej terapii zastępczej. – Niestety nie wiemy, dlaczego coraz częściej chorują młode kobiety. Znamy czynniki ryzyka, jednak one odnoszą się do całej populacji, a nie do indywidualnych przypadków. Są to: otyłość, spożywanie alkoholu, które zwiększa aż o 9 proc. ryzyko zachorowania na tego raka, brak dzieci. Trudno jednak przełożyć je na indywidualne ryzyka – wyjaśniła.

### Wczesne objawy i czujność onkologiczna

Wiceprezes Fundacji Omealife Ewelina Patala przypominała, że fundacja ta powstała na raka piersi wśród młodszych kobiet. Pomiędzy rokiem 2000 a 2019 liczba zachorowań wzrastała o ok. 500 na rok. Podobny trend występuje także w innych krajach europejskich, ale w Polsce dzieje się to nieco wolniej. W ocenie ekspertki niższa zachorowalność na raka piersi wśród starszych kobiet w stosunku do Europy Zachodniej może być wynikiem ograniczonego przed laty dostępu Polek do

”

dr Paweł Kabata: W leczeniu chirurgicznym ok. 90 proc. piersi jesteśmy w stanie zachować albo jednocześnie odtworzyć. Zrobiliśmy ogromny postęp, jeśli chodzi o oszczędzanie piersi i węzła pachowego

setek podopiecznych. Zastanawiamy się, jakie są tego przyczyny, i dochodzimy do wniosku, że kobietom brakuje edukacji. Nie rozmawia się o tym ani w szkole, ani w gabinecie lekarza POZ czy lekarza ginekologa, ani powszechnie w przestrzeni publicznej. Fundacja Omealife z jednej strony zachęca kobiety do badań, a z drugiej przekonuje młode chore do aktywnego pozostawania na rynku pracy, dbania o swoją rodzinę i zachowania dotychczasowego stylu życia pomimo diagnozy. – W celu zwiększenia świadomości Polek w zakresie nowotworu piersi fundacja każdego roku organizuje Race for the Cure. Jest to największy bieg w Europie, którego celem jest promowanie profilaktyki raka piersi. Do udziału zachęcanie są zarówno osoby chore, jak i zdrowe, bo poprzez to wydarzenie sportowe fundacja stara się przypominać, że troska o zdrowie jest ważna. Takich wydarzeń odbywa się coraz więcej. Przez lata to się zmieniło. Na oddziałach stopniowo zaczęło się pojawiać coraz więcej młodych pacjentek. W liczbach bezwzględnych kobiety z rakiem piersi do 40. roku życia stanowią grupę 1000 pa-

”

dr Joanna Kufel-Grabowska: Wysyłanie bardzo młodych kobiet na badania radiologiczne raczej nie ma sensu, ponieważ może to powodować strach onkologiczny oraz nadrozpoznowalność raka piersi

cjentek rocznie, a do 45. roku życia – 2200, co daje odpowiednio 5,7 proc. i 12,5 proc. zachorowań na raka piersi (dane z 2020 r.). To wyraźnie wskazuje na tendencję wzrostową – tłumaczyła Ewelina Patala. Fundacja Omealife z jednej strony zachęca kobiety do badań, a z drugiej przekonuje młode chore do aktywnego pozostawania na rynku pracy, dbania o swoją rodzinę i zachowania dotychczasowego stylu życia pomimo diagnozy. – W celu zwiększenia świadomości Polek w zakresie nowotworu piersi fundacja każdego roku organizuje Race for the Cure. Jest to największy bieg w Europie, którego celem jest promowanie profilaktyki raka piersi. Do udziału zachęcanie są zarówno osoby chore, jak i zdrowe, bo poprzez to wydarzenie sportowe fundacja stara się przypominać, że troska o zdrowie jest ważna. Takich wydarzeń odbywa się coraz więcej. Przez lata to się zmieniło. Na oddziałach stopniowo zaczęło się pojawiać coraz więcej młodych pacjentek. W liczbach bezwzględnych kobiety z rakiem piersi do 40. roku życia stanowią grupę 1000 pa-



organizacjami działającymi w obszarze onkologii, żeby wspólnie zmienić sytuację. Działając razem, łatwiej można wypracować dobre rozwiązania i dotrzeć z nimi do decydentów. Wystąpiliśmy na przykład z inicjatywą, aby skierowanie na mammografię było wystawiane automatycznie, tak jak w wypadku szczepień przeciwko COVID-19. Zastanawiamy się również, w jaki sposób można by zgodzić z RODO docierać do kobiet z SMS-owym przypomnieniem o konieczności wykonania badań kontrolnych. Mamy świadomość, że kiedyś bardzo dobre efekty przynosiły zaproszenia imienne na badania wysyłane drogą pocztową. Dziś chcielibyśmy to rozwiązanie przywrócić, korzystając jednak z nowoczesniejszej formy – mówiła prezes fundacji.

Ważną rolę w zachęcaniu młodych kobiet do badań może odegrać lekarz POZ, który podczas wizyty mógłby zapytać pacjentkę, czy bada regularnie piersi, a także wspomnieć, że warto raz w roku przeprowadzić badania USG piersi u radiologa. – Taki komunikat ze strony lekarza POZ, z którym pacjentka ma najczęstszy kontakt, byłby jak najbardziej sensowny – zapewniła. Zwróciła uwagę, że nawet te kobiety, które chcą zbadać piersi, nie zawsze wiedzą, gdzie powinny się udać. – Pacjentki, które mają abonamenty u prywatnego ubezpieczyciela, robią badania, jednak kiedy kierowane są do ośrodka specjalizującego się w leczeniu chorób piersi, często trafiają na długie kolejki, najpierw na wizytę, a potem na badanie – mówiła.

Profesor Joanna Didkowska zauważyła, że na przykład Szwajcaria wycofała się z badań przesiewowych w kierunku raka piersi między innymi z powodu jego nadrozpoznowalności. – W moim przekonaniu promowanie wykonywania badań RTG u młodych kobiet, w szczególności co roku, jest przeciwskuteczne, jeśli chodzi o obniżenie umieralności z powodu raka piersi – stwierdziła. Zaznaczyła też, że pomocy

potrzebują nie tylko kobiety „dobrze urodzone”, lecz także mieszkające na wsiach – wykluczone zdrowotnie, społecznie, edukacyjnie i finansowo. – Na nich przede wszystkim powinien się skupić system i organizacje pacjentki – podpowiadała.

### Badania przesiewowe i poziom ich wykorzystania w Polsce

Od wielu lat w Polsce funkcjonuje program wczesnego wykrywania raka piersi. Na początku badania mammograficzne obejmowały kobiety od 50. do 69. roku życia, teraz program został rozszerzony. Jak zauważyła małopolska konsultant wojewódzka w dziedzinie onkologii dr n. med. Joanna

Streb, z danych sprzed pandemii wynika, że w województwie małopolskim frekwencja w badaniach przesiewowych wynosiła ponad 40 proc. To pokazuje, jak wiele brakuje do tych 70 proc. Oczywiście od lat dyskutujemy o tym, jak przekonać kobiety do badań. Prowadzone są akcje promocyjne, takie jak październik miesiącem raka piersi, a onkolodzy szkolą swoich kolegów lekarzy. Efekt jest jednak mało spektakularny, mimo że akcja informacyjna jest szeroko zakrojona. Jak najbardziej zasadne jest też to, co zrobiono ostatnio, czyli rozszerzenie badań profilaktycznych zarówno na młodsze, jak i starsze pacjentki – zaznaczyła dr Joanna Streb.

pozostają pytania, dlaczego tak się dzieje i co zrobić, żeby te nawyki zmienić. Co istotne, problem dotyczy wszystkich kobiet, niezależnie od tego, czy pochodzą z małych miejscowości czy z wielkich miast. Przyznam, że przychodzą do mnie kobiety z Krakowa z czwartym stopniem zaawansowania raka piersi. Każdy onkolog ma takie pacjentki. Takie sytuacje zawsze wywołują u mnie smutek, ponieważ bardzo dużo mówi się o roli wczesnego wykrywania raka piersi, możliwości całkowitego wyleczenia tego nowotworu w wypadku wczesnego wykrycia, a tymczasem nadal zgłaszalność na badania przesiewowe w Polsce jest niska w porównaniu z innymi krajami Unii



### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- dr hab. n. med. Joanna Didkowska – prof. Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
- dr n. med. Paweł Kabata – Wojewódzkie Centrum Onkologii – Copernicus PL Sp. z o.o.
- dr n. med. Joanna Kufel-Grabowska – Gdański Uniwersytet Medyczny
- Ewelina Patala – wiceprezes Fundacji OmeaLife, Koalicja „Wspólnie dla zdrowia kobiet”
- dr n. med. Joanna Streb – Szpital Uniwersytecki w Krakowie, małopolska konsultant wojewódzka w dziedzinie onkologii

Streb ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, przesiew w kierunku raka piersi cieszy się największą frekwencją spośród wszystkich programów przesiewowych w kierunku nowotworów.

– Nie zapominajmy jednak, że programy profilaktyczne tylko wtedy mają sens, gdy frekwencja wynosi przynajmniej 70 proc. zdrowej populacji. To się przekłada nie tylko na wczesną wykrywalność, lecz także na spadek wskaźnika umieralności z powodu danego nowotworu. Jeśli chodzi o raka piersi,

– Klinicyści podkreślają, że nadal zgłaszają się do nich kobiety z bardzo zaawansowanym rakiem piersi – czy to miejscowo, jak w wypadku wolno postępującego raka hormonowrażliwego, który jest w takim stadium, że nie można już wykonać u pacjentki zabiegu chirurgicznego, czy też z nowotworami, które mają wyższe stopnie złośliwości, na przykład nowotwory potrójnie ujemne, w wypadku których zmiany są bardzo zaawansowane. To pokazuje, że nowotwór był późno rozpoznany. Otwarte

Europejskiej. Jesteśmy na końcu. Owszem, był moment dużego wzrostu zainteresowania badaniami przesiewowymi w okolicach 2010 r., ale niestety wszystko się zmieniło, gdy nadeszła pandemia. Wówczas to zainteresowanie zostało zahamowane – mówiła. Ekspertka dodała, że popiera włączanie lekarzy rodzinnych w zachęcanie kobiet do działań profilaktycznych i objęcie ich takimi procedurami, jednak trzeba mieć świadomość, że pacjentki, które są na listach lekarzy rodzinnych, bardzo rzadko zgła-

Fot. Patryk Rydyk

# VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

szają się do nich systematycznie. – *Myszę, że nie ma jednego rozwiązania. Na pewno trzeba edukować kobiety pod kątem tego, że rak piersi to nie wyrok, a rozpoznany na wczesnym etapie daje szansę na całkowite wyleczenie* – stwierdziła.

Oceniła również, że objęcie przesiewem starszych kobiet, powyżej 70. roku życia, co ma obecnie miejsce, jest jak najbardziej uzasadnione. – *Wcześniej, gdy nie były one objęte programem profilaktycznym, miały trudności z dotarciem na badania. Tymczasem gdybyśmy podzielili pacjentki na te przed menopauzą i po menopauzie, to rak piersi zdecydowanie częściej dotyczy grupy po menopauzie. Oczywiście rak piersi coraz częściej występuje u młodych kobiet, jednak guzy lite co do zasady są częstsze u osób starszych* – podsumowała dr Joanna Streb.

## Zbyt późna zgłaszalność na badania a wykluczenie geograficzne

Doktor n. med. Paweł Kabata z Wojewódzkiego Centrum Onkologii – Copernicus PL Sp. z o.o. przyznał, że dostęp do badań w dużej mierze zależy od miejsca zamieszkania kobiety. – *Wykluczenie geograficzne to zdecydowanie punkt krytyczny. Jedna z moich przychodni jest zlokalizowana w małym mieście powiatowym, 30 km od Gdańska. Nie jest to daleko, jednak dla kobiet z naszej poradni, które kierujemy na pogłębioną diagnostykę do Gdańska, stanowi to problem. Dlatego musimy poradzić sobie z wykluczeniem geograficznym. To powinno być jednym z elementów profilaktyki zdrowotnej. Na szczęście coraz więcej mamy pacjentek z wczesnym rakiem, ale trzeba podkreślić, że nie tylko. Trafiają do nas także kobiety z zaawansowaną chorobą nowotworową, głównie z miejscowo zaawansowanymi rakami. Przykre jest też to, że 4 lata po pandemii pacjentki nadal tłumaczą swoje opóźnienia diagnostyczne COVID-19 i pozamykaniem placówek medycznych. To pokazuje, że dla nich czas się zatrzymał. Problemem jest też to, że jeśli zwiększymy świadomość kobiet dotyczącą wczesnego rozpoznania – co jest bardzo ważne, to w konsekwencji zwiększa się obciążenie w poradniach onkologicznych. Pacjentki się zgłaszają, a skierowania na określone badania otrzymują z terminem na 2025 r. To jest fakt. Jak mamy namawiać pacjentki, żeby się częściej badały, skoro potem nie ma możliwości ich zbadania?* – mówił.

Przyznał, że on sam od lat edukuje kobiety drogą internetową, co przekłada się na większą świadomość nie tylko młodszych pacjentek, lecz także starszych, które niejednokrotnie są zachęcane do badań przez córki. Świadomość rośnie, ale kobiety mają utrudniony dostęp do świadczeń. – *To niedopuszczalne, żeby mówić pacjentkom „badajcie się co roku”, a potem, kiedy trafią do klinicysty, wyznaczać im termin wizyty za 2 lata. Problemem jest wąskie gardło systemowe. Próbowaliśmy lokalnie to udrożnić i okazało się, że wystarczyło, aby rejestra-*

*torka skontaktowała się z każdą osobą czekającą w kolejce – w efekcie skróciła się ona z półtora roku do miesiąca. Problemem jest nieodwoływanie wizyt i blokowanie miejsc w kilku poradniach. Na szczęście w ostatnim czasie zostały podjęte działania i niemożliwe stało się blokowanie miejsc w kilku placówkach. Lokalnie nam się to udało, jednak takie działania wymagają ogromnej ilości ludzkiej pracy. Dlatego na pewno potrzebne są rozwiązania systemowe, które umożliwiłyby zautomatyzowanie tego procesu* – podsumował dr Paweł Kabata.

## Droga pacjentek do rozpoczęcia leczenia

Zdaniem dr n. med. Joanny Kufel-Grabowskiej z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego bardzo dobrym rozwiązaniem okazała się karta diagnostyki i leczenia nowotworu (DILO), która znacząco skróciła drogę do diagnozy w wypadku podejrzenia nowotworu. – *Oczywiście zdarzają się sytuacje, gdy pacjentki czekają kilka miesięcy na badania, jednak zwykle są to chore, które przychodzą do onkologów ze zmianami łagodnymi do kontroli. Jeśli do lekarza trafia kobieta z podejrzeniem nowotworu, to nikt nie czeka na badania półtora roku. Taka pacjentka ma do dyspozycji kartę DILO, dzięki której cała diagnostyka odbywa się w ciągu kilku tygodni, a leczenie też jest bardzo szybkie – zapewniła klinicystka. Zdaniem ekspertki w Polsce są wypracowane schematy, a rzeczywistym problemem jest zgłaszalność i brak edukacji. – *Brakuje osoby odpowiedzialnej za pacjenta. W pediatrii są bilanse, a jeżeli chodzi o osoby dorosłe, to nie ma takiej odpowiedzialności. Mamy badania profilaktyczne, które nie funkcjonują, bo zgłaszalność jest na skrajnie niskim poziomie – 30 proc., a na wschodzie Polski znacznie niższym. Tymczasem screening jest wtedy efektywny, gdy zgłaszalność sięga 70 proc. Dziś mamy darmowe badania, większe grupy populacyjne są objęte przesiewem, ale w mojej ocenie niewiele to zmieni pod kątem zgłaszalności, jeżeli systemowo nie wyuczymy lekarzy rodzinnych i lekarzy medycyny pracy, że pewne badania populacyjne muszą być przeprowadzone. Nie mamy takich możliwości, żeby przebadać radiologicznie wszystkich zgłaszających się, ale należy pamiętać – a jestem lekarzem klinicystą, że przeważająca część wykrywanych zmian to zmiany łagodne. Oczywiście należy je sprawdzić pod kątem złośliwości, a gdy okażą się łagodne, kontrolować w dużych odstępach czasowych. Ważny jest też dobrze przeprowadzony wywiad rodzinny i jeśli zajdzie taka potrzeba – badania genetyczne. Luk systemowych jest bardzo dużo, a brakuje przede wszystkim holistycznego podejścia do problemu raka piersi. Wysyłanie bardzo młodych kobiet na badania radiologiczne raczej nie ma sensu, ponieważ może to powodować strach onkologiczny oraz nadrozpoznowalność raka piersi. Kłopot polega na tym, że lekarz rodzinny u młodej osoby nie**



Fot. Patryk Rydzik



Fot. Patryk Rydzik



Ewelina Patała: *Kiedyś bardzo dobre efekty przynosiły zaproszenia imienne na badania wysyłane drogą pocztową. Dziś chcielibyśmy to rozwiązanie przywrócić, korzystając jednak z nowocześniejszej formy SMS-ów*

*zleca badań obrazowych, ale wysyła ją do poradni specjalistycznej, co powoduje, że musi ona czekać kilka miesięcy na badania. Nierzadko po ich wykonaniu okazuje się, że pacjentka rzeczywiście ma nowotwór. Należy to rozwiązać systemowo, bo inaczej poradnie będą zapchane pacjentkami, które regularnie raz do roku kontrolują torbiele. Polacy po prostu boją się raka. Dlatego edukacja jest tak ważna – żeby przestać się bać raka, przestać z nim walczyć, bo lekarze naprawdę potrafią go skutecznie leczyć* – tłumaczyła dr Joanna Kufel-Grabowska.

## Diagnostyka i terapie – to działa

Doktor Joanna Kufel-Grabowska oceniła, że obecnie diagnostyka raka piersi, która odbywa się w ramach karty DILO, jest bardzo dobrze skonstruowana. Również leczenie jest na bardzo dobrym poziomie. – *Dostajemy coraz to nowe leki, które poprawiają rokowania pacjentek, szczególnie z rakiem mniej zaawansowanym, miejscowym. Brakuje działań prewencyjnych podejmowanych przez pacjentki, takich jak regularna aktywność fizyczna. Udowodniono, że systematyczna aktywność fizyczna po rozpoznaniu raka zmniejsza ryzyko rozwoju choroby i nieraz jest skuteczniejsza niż leczenie hormonalne* – podkreśliła. – *W leczeniu raka piersi nie jest tak, że schematy od lat są takie same. Większość pacjentek została ostatnio przesunięta do leczenia neoadiuwantowego, w zależności od podtypu raka wchodzi na przykład podwójne blokady anty-HER2, wypadły schematy trójlekowe na korzyść schematów dwu- lub jednolekowych. Dodatkowo mamy immunoterapię w raku potrójnie*



dr Joanna Streb: *Zgłaszalność na badania przesiewowe w Polsce jest niska w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej. Owszem, był moment dużego wzrostu zainteresowania w okolicach 2010 r., ale niestety wszystko się zmieniło, gdy nadeszła pandemia*

*ujemnym, co pokazuje, że leczenie systemowe w ciągu ostatnich 20 lat się zmienia. Oczywiście podstawy są te same, ale cały czas dołączane są nowe terapie – dodała dr Joanna Streb.*

Doktor Paweł Kabata zwrócił uwagę, że chociaż podstawową metodą leczenia chirurgicznego raka piersi ciągle jest mastektomia, to od lat wprowadzane są terapie oszczędzające, nastawione na zachowanie piersi. Tego typu zabiegi stanowią 80 proc. operacji, a kolejne 10–12 proc. pacjentek, u których piersi trzeba usunąć, ma operację z jednoczesną rekonstrukcją. – *De facto ok. 90 proc. piersi jesteśmy w stanie zachować albo jednocześnie odtworzyć. Dużo mówi się też o tym, że bardzo dobre rezultaty przynosi leczenie przedoperacyjne i coraz więcej jest badań na temat dalszej deeskalacji leczenia chirurgicznego. Już lata temu zrobiliśmy ogromny postęp, jeśli chodzi o oszczędzanie piersi i węzła pachowego, co jest bardzo ważne. Coraz częściej pojawia się pytanie, czy jeśli pacjentka dostanie bardzo dobre leczenie przedoperacyjne i uzyskamy to, co nazywamy bardzo dobrą odpowiedzią na leczenie, jest powód, żeby w ogóle ją operować. Może należałoby takie pacjentki z rakami niskiego ryzyka pozostawić do obserwacji, ewentualnie uzupełnić leczenie radioterapią i terapią systemową* – mówił. Podkreślił też, że dziś operacja raka piersi jest krótkim zabiegiem przeprowadzanym w trybie jednodniowym. To ogromny postęp stanowiący efekt współpracy onkologów, radioterapeutów i chirurgów, którzy wspólnie podejmują decyzje.

Marzena Sygut