



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Zdrowie Polek – priorytety w obszarze onkologii ginekologicznej

Agnieszka Paculanka

Nowotwory ginekologiczne są co roku przyczyną śmierci kilku tysięcy kobiet. Jakie działania należy podjąć, by to zmienić? Podczas V Kongresu Wizja Zdrowia dyskutowali o tym zgromadzeni eksperci. Minister Miłkowski odpowiedział też na nurtujące wszystkich pytania dotyczące wprowadzenia szczepień przeciwko HPV.

Nowotwory ginekologiczne co roku zbijają swoje żniwo. Na raka trzonu macicy, który jest najczęstszym z nich, rocznie zapada ok. 6 tys. kobiet. Rak szyjki macicy jest diagnozowany u ok. 2300 kobiet rocznie, a rak jajnika u ok. 3700.

– Szacunki sprzed pandemii wskazywały, że czeka nas znaczący wzrost zachorowań na nowotwory, nawet o 30 proc. do 2030 r. – przypomniała Magda Władysiuk. – Mamy jedno z szybciej starzejących się w Europie społeczeństw i bardzo wysoki współczynnik feminizacji. W grupie po 80. roku życia na 100 mężczyzn przypada u nas 160 kobiet. Statystyki pokazują, że pandemia pogłębi ten stan, bo z jej powodu, nie tylko w naszym kraju, umiera więcej mężczyzn niż kobiet. Dlatego tak ważne jest, byśmy jak najszybciej wdrali profilaktykę oraz działania, które pozwalają wykrywać nowotwory kobiece we wczesnym stadium. Pamiętajmy również, że dając pacjentkom dostęp do nowoczesnych leków, przedłużamy im życie i poprawiamy jego jakość – dodała.

Długofalowe skutki pandemii

Eksperti byli zgodni, że analizując wpływ pandemii na onkologię ginekologiczną, trzeba wyraźnie oddzielić zgłaszanie się nowych pacjentek od leczenia chorych już zdiagnozowanych. Liczba tych pierwszych znacząco się zmniejszyła.

– Niestety pandemia wpłynęła negatywnie przede wszystkim na wczesne rozpoznawanie niektórych nowotworów ginekologicznych. Wskazują na to zarówno doświadczenia z mojej kliniki, jak i kolegów z innych ośrodków, a także piśmiennictwo naukowe. Powodem były obawy kobiet przed zarażeniem SARS-CoV-2 i zachorowaniem na COVID-19 czy kwarantanną z powodu kontaktu z osobą zarażoną. Ponieważ mniej nowotworów diagnozowaliśmy, to i operowaliśmy o 30 proc. mniej pacjentek z rakiem trzonu macicy i wczesnym rakiem szyjki macicy. W przypadku raka jajnika

nie zauważyliśmy takich zmian, co wynika z tego, że zwykle jest on rozpoznawany w bardzo późnym stadium, a wtedy objawy są tak agresywne, że powodują poważne dolegliwości, których pacjentki nie są w stanie lekceważyć. Leczenie już zdiagnozowanych pacjentek przebiegało normalnie, nie ograniczyliśmy liczby operacji ani leczenia systemowego. Jeśli dochodziło do opóźnień, to z powodu niezgłaszania się pacjentek z uwagi na ich chorobę czy kwarantannę – powiedziała prof. Anita Chudecka-Głaz. – O ile statystyki wykrywalności wróciły już do poziomu sprzed pandemii (2019 r.), to na razie nie wiemy, na jakim stopniu zaawansowania choroby stawiane są diagnozy. Podejrzewamy, że wyższym. Niestety pełną wiedzę o tym, jak pandemia wpłynęła na sytuację w tym obszarze onkologii, będziemy mieć dopiero za kilka lat – zauważyła Magda Władysiuk.

Jak zatem nadrobić stracony czas w diagnostyce nowotworów ginekologicznych? Na to pytanie odpowiedź jest jedna. – Musimy przede wszystkim edukować pacjentki, zachęcać je do zgłaszania się do lekarzy – podkreśliła prof. Anita Chudecka-Głaz. – Warto do tego wykorzystywać wszelkie środki. W ramach akcji „Kwiat kobiecości” zorganizowaliśmy dodatkowe godziny badań dla pacjentek. Po opublikowaniu informacji na Facebooku w ciągu 2 dni wypełniły się wszystkie terminy aż do listopada. To pokazuje, że kobiety chcą się badać, trzeba im tylko odpowiedzieć gdzie – przekonywała.

Rolę komunikacji bezpośredniej i edukacji oraz lekarzy POZ podkreślała Magda Władysiuk. Krystyna Wechmann dodała, że edukacją w zakresie profilaktyki należy objąć również młodzież, zachęcając nauczycieli do podejmowania tych trudnych tematów. – W przypadku raka szyjki macicy trzeba postawić na edukację rodziców, bo to oni będą decydować o tym, czy zaszczepić swoje dzieci – podkreśliła Krystyna Wechmann.

Kiedy będą refundowane szczepionki przeciwko HPV?

– Współczynnik ryzyka względnego dla zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy paleniem tytoniu a rakiem płuca wynosi 10. W przypadku niektórych genotypów HPV (16 i 18) i raka szyjki macicy ta zależność wynosi 500. Jedynie niektóre rzadkie podtypy raka gruczołowego szyjki macicy nie są związane z wirusem HPV. Wirus brodawczaka ludzkiego wywołuje również inne nowotwory, na przykład odbytu, sromu, pochwy, prącia, a także nowotwory jamy ustnej. W Polsce co roku rozpoznawanych jest ok. 2,6 tys. przypadków nowotworów ginekologicznych spowodowanych HPV, a ok. 1,5 tys. kobiet z ich powodu umiera – podkreślił prof. Andrzej Nowakowski. – Odkrycie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy HPV a rozwojem raka szyjki macicy zmieniło nasze podejście do profilaktyki tego nowotworu. Pozwoliło stworzyć szczepionki przeciwko HPV i dało nam szansę na profilaktykę pierwotną – dodał.

– Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną (NSO) program szczepień ochronnych powinien się rozpocząć w 2021 r. u dziewcząt i w 2026 r. u chłopców. Panie ministrze, mamy październik i nic się nie dzieje – zwróciła się do ministra Miłkowskiego Krystyna Wechmann. Maciej Miłkowski wyjaśnił, że już przy wprowadzaniu terminów do NSO wiadomo było, że w grę wchodzi dopiero ostatni kwartał tego roku. – Z rozmów z firmami farmaceutycznymi wiedzieliśmy, że są problemy z dostępnością szczepionek, bo zainteresowanie nimi na całym świecie jest ogromne. Mimo tych kłopotów jedna ze szczepionek pojawiła się w aptekach już w połowie roku – powiedział minister. Poinformował też, że zostały złożone wnioski refundacyjne dla dwóch produktów: Cervarix i Gardasil. Pierwsza z tych szczepionek będzie dostępna w aptekach w trybie odpłatności 50 proc., tak jak inne szczepionki, już od 1 listopada tego roku.

Druga, która jest na początkowym etapie procedowania, najprawdopodobniej będzie dostępna od 1 marca 2022 r.

Minister podkreślił, że obie szczepionki będą na liście leków refundowanych z pełnym zakresem wskazań wynikających z charakterystyki produktu leczniczego, bez ograniczeń wiekowych, zarówno dla dziewczynek, jak i dla chłopców.

– Założenie Ministerstwa Zdrowia jest takie, że będziemy mieć dwie możliwości szczepienia przeciwko HPV. Pierwsza to system finansowania programu profilaktycznego dla dziewcząt całego rocznika od przyszłego roku, a za cztery lata również dla chłopców. By to zrealizować, konieczne jest wprowadzenie zmiany ustawowej pozwalającej na zakup szczepionek w 100 proc. refundowanych, ale nieobowiązkowych. Miało to nastąpić we wrześniu, ale niestety nieco się opóźniło. Liczymy jednak, że na początku roku będziemy gotowi. Drugą ścieżką jest zakup szczepionek w refundacji aptecznej – tłumaczył minister Miłkowski.

– Ogromnie się cieszę, że zostanie uruchomiony program bezpłatnych szczepień przeciwko HPV. Wprowadzenie populacyjnych szczepień będzie miało wpływ na zachorowalność nie tylko na raka szyjki macicy, lecz także na inne nowotwory HPV-zależne. Na efekty będziemy musieli jednak poczekać, bo to jest inwestycja w przyszłość – podsumował prof. Andrzej Nowakowski.

Wczesna diagnostyka wymaga zmian

Wśród nowotworów ginekologicznych są takie, które można nie tylko wcześniej wykryć, ale nawet im zapobiec. Należy do nich rak szyjki macicy.

– W raku szyjki macicy mamy od 2007 r. program skriningowy, który jednak nigdy nie odniósł spektakularnego sukcesu – mówił prof. Andrzej Nowakowski. – W skali kraju wskaźniki zgłaszalności sięgały maksymalnie 26 proc. Pandemia spowodowała, że spadły one do 14–16 proc. Z naszych doświadczeń wynika jednak, że bezpośrednie dzwonicie



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz** – Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, SPSK2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej
- **Maciej Miłkowski** – podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski** – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Warszawie, kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Zakładzie Profilaktyki Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie
- **Krystyna Wechmann** – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”
- **Magda Władysiuk** – HTA Consulting

do pacjentek zwiększa szansę na przeprowadzenie badań. Nawet 60 proc. kobiet, do których zwracamy się w tej formie, przychodzi do poradni – dodał.

Należy podkreślić, że dane statystyczne, którymi dysponujemy, dotyczą tylko badań przesiewowych wykonywanych w ramach programu skriningowego. Nie uwzględniają więc badań, które kobiety robią poza nim. – Według danych GUS za 2014 r. i wielu badań kwestionariuszowych na przykład w grupie kobiet w wieku 30–40 lat nawet 80 proc. deklaruje, że wykonało profilaktyczne badania cytologiczne w ciągu ostatnich 3 lat – wyjaśniał prof. Andrzej Nowakowski. – Te rozbieżności wskazują, że konieczne jest stworzenie centralnego rejestru badań profilaktycznych, bo tylko wtedy będziemy wiedzieli, jak skuteczne są nasze działania.

Narodowa Strategia Onkologiczna przewiduje wprowadzenie w ramach badań skriningowych testów molekularnych, których skuteczność wg szacunków amerykańskich wynosi ponad 96 proc. (skuteczność cytologii to ok. 60–70 proc.). – W Narodowym Instytucie Onkologii oraz w kilkudziesięciu ośrodkach na terenie Polski prowadzone jest badanie pilotażo-

we testów molekularnych. Dotychczasowe wyniki, po przebadaniu 2 tys. kobiet, wskazują, że mają one trzykrotnie wyższą skuteczność w wykrywaniu zaawansowanych stanów przedrakowych niż cytologia. Mamy nadzieję, że w najbliższych kilku latach zgodnie z założeniami NSO skrining molekularny wejdzie do standardu badań przesiewowych w raku szyjki macicy – mówił prof. Andrzej Nowakowski.

W innych nowotworach ginekologicznych największy nacisk należy kłaść na czujność onkologiczną i edukację. W raku trzonu macicy najczęstszym objawem są nieprawidłowe krwawienia. Dlatego najważniejsze jest, by kobiety, zwłaszcza po menopauzie, ich nie lekcewały i zgłaszały się do lekarzy.

Rak jajnika – mamy dużo do zrobienia

Rak jajnika jest nowotworem, który trudno wykryć i trudno leczyć. Długo nie daje żadnych specyficznych objawów, nie ma też badań przesiewowych w kierunku jego występowania.

Zdaniem ekspertów, jeśli chcemy poprawić wyniki leczenia, to niezbędne są zmiany organizacyjne.

W Polsce mamy do czynienia z dużym rozproszeniem leczenia. W ośrodku zajmującym się sporadycznie rakiem jajnika, kilka razy do roku, pacjentka ma zdecydowanie mniejsze szanse niż w ośrodku, który leczy rocznie kilkadziesiąt czy kilkaset chorych. Takie rozdrobnienie znacznie podwyższa też koszty leczenia. Eksperti od dawna postulują powstanie ośrodków referencyjnych i centrów kompetencji oraz ścisłą współpracę wielu jednostek o różnych poziomach referencyjności. – Terapia raka jajnika jest leczeniem wysokospecjalistycznym i kompleksowym, więc powstanie ovarian cancer units to najlepszy sposób na poprawę wyników końcowych – podkreśliła prof. Anita Chudecka-Głaz. – Badania dowodzą, że pacjentki leczone w ośrodkach z dużym doświadczeniem mają zdecydowanie większe szanse – dodała.

Przełomem dla polskich pacjentek było wprowadzenie możliwości leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP. W Polsce jest refundowany tylko jeden z nich i tylko dla pacjentek z mutacjami BRCA1, BRCA2. W wyniku leczenia inhibitorami PARP uzyskuje się wielomiesięczne okresy wolne od objawów choroby. Leki te wydłużają czas cał-

kowitego przeżycia, ale również poprawiają znacząco komfort życia pacjentek, bo nie mają ciężkich działań niepożądanych.

– Inhibitory PARP zmieniły reguły gry w raku jajnika i skoro wykazano ich skuteczność w leczeniu nawrotowego raka jajnika, jak i pierwotnie rozpoznanego, powinniśmy skupić się na tym, by podawać je jak najwcześniej. Dzięki wczesnemu podaniu mamy lepsze czasy wolne od progresji i niższy koszt leczenia. Podanie leku po pierwszej linii trwałoby 2–3 lata, w przypadku nawrotowego raka jajnika dużo dłużej – mówiła prof. Anita Chudecka-Głaz.

– Przeniesienie olaparibu do pierwszej linii leczenia jest dużym sukcesem – podkreślił minister Miłkowski. Oczekiwania pacjentek i lekarzy są jednak dużo większe.

– Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych będzie rozmawiać z decydentami o możliwości rozszerzenia dostępu do inhibitorów PARP dla pacjentek bez mutacji BRCA1 i BRCA2 – podkreśliła Krystyna Wechmann. – Mamy nadzieję, że nasz głos zostanie wysłuchany, bo przecież wszyscy liczymy na to, że nowotwory, bez względu na rodzaj, staną się chorobami przewlekłymi, a nie śmiertelnymi. ■