

WIEDZA DLA ZDROWIA – NOWOTWORY PIERSI

1372 kobiety zachorowały na raka piersi w województwie małopolskim w 2011 roku, a 469 pacjentek zmarło z powodu tej choroby. Według danych z 2010 roku Małopolska zajmowała ostatnie miejsce wśród województw pod względem wskaźnika przeżyć na nowotwór piersi u kobiet - 68,7 w porównaniu do średniej w Polsce wynoszącej 75,0. Aby zmieniać ten stan rzeczy, w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie uruchomiono Centrum Radioterapii i wprowadzono zespół wielospecjalistyczny, który zgodnie z najnowszymi światowymi standardami zajmuje się leczeniem skojarzonym nowotworów piersi.

Rak piersi nadal diagnozowany jest za późno – połowa przypadków w zaawansowanym III i IV stadium rozwoju. Z tego powodu wyleczalność nowotworów piersi jest w Polsce niższa niż w wielu innych krajach europejskich. Wiedza może uratować życie - 15 października to Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi.

Rak piersi jest najczęściej występującym złośliwym nowotworem u kobiet na całym świecie. Rocznie w 25 krajach Unii Europejskiej jest diagnozowany u **331 392 kobiet**, a ok. **89 700** umiera (*Ferlay, J. et al. Ann Oncol 2007, 18 (3):581-92*). To znaczy, że co 2,5 minuty odnotowywane jest kolejne zachorowanie na raka piersi, a co 6 minut jedna kobieta w krajach UE umiera z powodu tej choroby.

Średnie ryzyko, ale wysoka umieralność

Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów na raka piersi w Polsce w roku 2011 zachorowały **16 534 kobiety**, z czego aż **5 437 pacjentek zmarło**. Blisko 500 z nich pochodziło z województwa małopolskiego. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet – stanowi blisko 23 proc. wszystkich przypadków chorób nowotworowych. Dla porównania rak jajników stanowi 4,86 proc., a nowotwory szyjki macicy – 4,09 proc.

W porównaniu z innymi krajami ryzyko zachorowania na raka piersi w Polsce jest określane jako średnie (30 przypadków na 100 000 osób). Statystycznie co 16 Polka zachoruje na tę chorobę. Umieralność na raka piersi rośnie w tempie 1,6 proc. rocznie. Najbardziej niepokojąca jest zła struktura zaawansowania klinicznego tej choroby. **Rak piersi wykrywany jest zbyt późno.**

Tylko w 20 proc. przypadków chorobę rozpoznaje się we wczesnym stadium zaawansowania. Rak wykryty we wczesnym okresie wzrostu (stopień 0, I), gdy guz ma poniżej 20 mm, najczęściej nie daje jeszcze przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych, rokuje wieloletnie przeżycie, a nawet wyleczenie w około 90 proc. przypadków. Niestety, aż 80 proc. przypadków nowotworów piersi jest diagnozowane w II, III i IV stopniu zaawansowania, co oznacza niską wyleczalność, niższą niż w wielu innych krajach. Liczba 5-letnich przeżyć w nowotworach piersi w Polsce należy do najniższych w Europie.

W 2008 roku Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne (American Cancer Society) ogłosiło, że całkowity odsetek przeżyć 5-letnich w raku piersi wynosi 89 proc. Wg danych europejskich EUROCARE-4 wynosi on ok. 82 proc., natomiast w Polsce średni wskaźnik przeżyć 5-letnich wynosi 75 proc. Ten wskaźnik nie jest równomierny w różnych rejonach kraju.

Małopolska zajmuje ostatnie miejsce wśród województw, jeśli chodzi o wskaźniki przeżyć na nowotwór piersi u kobiet (68,7 proc. w porównaniu do średniej w Polsce wynoszącej 75,0 proc.). Dane te pochodzą z raportu „Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw”, opracowanego przez lekarzy Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie i opublikowanego w 2010 roku.

Dane dotyczące wykrywalności nowotworów piersi rzutują na sposób leczenia. Na świecie od ponad 30 lat preferowana jest wczesna diagnostyka i leczenie oszczędzające piersi (tzn. wycięcie radykalne raka z pozostawieniem reszty zdrowej piersi i usunięcie węzła wartowniczego z dołu pachowego, co zapobiega obrzękowi limfatycznemu i kalectwu).

- W krajach zachodnich około 80 proc. zabiegów u chorych z rakiem piersi – to leczenie oszczędzające, a 20 proc. leczenie radykalne (mastektomia) – tłumaczy dr n. med. Joanna Jędrys. - W Polsce, w zależności od ośrodka, leczenie oszczędzające piersi stanowi zaledwie 20 - 40 proc., u większości chorych wykonywana jest mastektomia.

Ważne z perspektywy wczesnej diagnostyki jest pokonanie strachu przed badaniem. Nie każdy guz wykryty w piersi jest rakiem, tj. nowotworem złośliwym. **Na jeden nowotwór złośliwy przypada dziesięć innych łagodnych i niegroźnych.**

Kto choruje?

Rak gruczołu piersiowego jest nowotworem o długiej fazie przedklinicznej, objawia się po latach utajonego wzrostu (choć jak zwykle są wyjątki).

- Znaczący wzrost zachorowań na nowotwory piersi występuje u kobiet w przedziale wiekowym 50 – 69 lat. Należy jednak pamiętać, że nowotwór ten może wystąpić dużo wcześniej – mówi dr n. med. Joanna Jędrys. - Najbardziej agresywne, szybko rosnące postaci raka spotyka się u kobiet młodych, przed menopauzą. Rak piersi wystąpić może również w okresie ciąży i laktacji. Niezmiernie ważna również w tym okresie jest profilaktyka – okresowe badanie USG, które jest bezpieczne dla ciąży.

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi:

- ✓ płeć (zdecydowanie częściej chorują kobiety), rak piersi u mężczyzn to zaledwie ok. 1 proc. wszystkich przypadków,

- ✓ obciążenie rodzinne. W przypadku zachorowania matki lub siostry przed 40 rokiem życia istnieje uzasadnienie, że rak piersi może być uwarunkowany genetycznie. W tej sytuacji ryzyko raka piersi jest bardzo duże. Żeby sprawdzić, czy jest się w grupie ryzyka zachorowania na dziedzicznego raka piersi, a także raka jajnika, należy wykonać badanie na obecność mutacji genu BRCA1 i BRCA2,
- ✓ stosowanie długotrwałej (trwającej powyżej 10 lat) hormonoterapii, stosowanie hormonoterapii zastępczej u kobiet w wieku przekwitania. Uważa się, że ryzyko wzrasta o ponad 2,5 proc. na każdy rok jej stosowania,
- ✓ przebyty rak w drugiej piersi,
- ✓ wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki ,
- ✓ późna menopauza (kobiety wchodzące w okres przekwitania powyżej 55 roku życia są bardziej narażone na zachorowanie na raka piersi niż te poniżej 45 roku życia),
- ✓ otyłość.

Jak i kiedy się badać?

Zasady profilaktyki raka piersi:

- ✓ **samobadanie** piersi – raz w miesiącu między siódmym a dziesiątym dniem cyklu miesiączkowego, po menopauzie należy wybrać stały dzień w miesiącu,
- ✓ **USG** piersi raz w roku (u kobiet po 20. roku życia),
- ✓ **mammografia** – co dwa lata u kobiet pomiędzy 40-50 rokiem życia, raz w roku powyżej 50 roku życia.

Mammografia i USG nawzajem się uzupełniają, u kobiet w średnim wieku budowa piersi jest mieszana i dopiero połączenie obu metod pozwala na pełną ocenę struktury piersi.

- ✓ **rezonans magnetyczny** – jest badaniem zarezerwowanym do pogłębionej diagnostyki, w przypadku kobiet z potwierdzoną mutacją genów BRCA1 i BRCA2, podnoszących istotnie ryzyko zachorowania na raka piersi.

Jeżeli standardowe badania wykazują istnienie guza, konieczna jest dalsza diagnostyka.

- Jedyną pewną metodą oceny zmiany w piersi jest badanie histopatologiczne – mówi dr n. med. Joanna Jędrys. - Na wstępnym etapie wykonuje się biopsję gruboigłową lub mammotomiczną (biopsja wspomagana próżnią) i pobiera fragment guza do badania mikroskopowego. Badanie takie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym. Biopsja wykonywana jest pod kontrolą USG lub mammografii, w celu precyzyjnej lokalizacji badanego guza.

Bezwzględnie konsultacji z lekarzem wymagają następujące objawy:

- ✓ guz w obrębie gruczołu piersiowego,

- ✓ wciągnięcie skóry lub brodawki,
- ✓ zmiana wielkości lub kształtu piersi,
- ✓ zmiany skórne wokół brodawki,
- ✓ wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty),
- ✓ zaczerwienienie i zgrubienie skóry („skórka pomarańczowa”),
- ✓ powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym,
- ✓ poszerzenie żył skóry piersi,
- ✓ owrzodzenie skóry piersi.

Jednak należy pamiętać, że u około 15 – 25 proc. chorych guz może nie być wyczuwalny, a sam nowotwór piersi rozwija się długo i bezobjawowo. **Badania profilaktyczne trzeba wykonywać zawsze, również wtedy, gdy nie pojawiają się jakiegokolwiek niepokojące sygnały.**

Rak piersi jest wyleczalny

Wcześnie wykryty rak piersi w stadium przedinwazyjnym jest chorobą praktycznie całkowicie do wyleczenia. Także rak inwazyjny (carcinoma invasivum) jest chorobą, w której rokowanie może być dobre. Dotyczy to zwłaszcza wcześnie wykrytych nowotworów, gdy nie ma jeszcze przerzutów do węzłów chłonnych. **W takich przypadkach przeżycie 5-letnie, będące synonimem wyleczenia, wynosi aż 90 proc.**

Leczenie raka piersi jest kompleksowe. Miejscowo usuwa się guza, następnie stosuje się radioterapię, a po zakończonym leczeniu chirurgicznym onkolog dobiera leczenie systemowe (tzn. chemioterapię, hormonoterapię).

Dla bezpieczeństwa pacjentki zalecane jest leczenie w ośrodku wielospecjalistycznym, tzw. BREAST UNIT. W zespole leczącym raka piersi pracują lekarze: radiolog, onkolog, chirurg, radioterapeuta oraz chirurg plastyczny, wykonujący rekonstrukcję piersi. Zespół pomocniczy to psycholog kliniczny, pielęgniarka przeszkolona w problematyce onkologicznej oraz fizjoterapeuta.

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Mastologicznego (EUSOM) zalecają, aby do 2016 roku w każdym kraju Unii Europejskiej działały wielospecjalistyczne ośrodki leczenia raka piersi. Jeden ośrodek przewidziany jest na populację około 200 tysięcy mieszkańców. Leczenie zespołowe zapewnia bezpieczne leczenie i skraca czas pomiędzy poszczególnymi etapami – od diagnostyki po rekonstrukcję piersi.

W planach Ministerstwa Zdrowia w Polsce w zespole do spraw leczenia raka piersi nie przewiduje się udziału chirurga plastycznego i rekonstrukcyjnego, co istotnie ogranicza dostępność chorych do zaawansowanych zabiegów rekonstrukcyjnych.

Leczyć nowocześnie

Leczenie skojarzone, wykorzystujące wszystkie dostępne sposoby terapii (głównie chirurgię, radioterapię i chemioterapię) ma ważne znaczenie w leczeniu nowotworów piersi. Wskaźnik właściwego wykorzystania radioterapii (ang. *appropriate rate of radiotherapy*, ARR) dla raka piersi wynosi aż 70 proc. Oznacza to, że spośród 1000 chorych na ten nowotwór u 700 z nich występuje potrzeba zastosowania radioterapii jako jednego z elementów optymalnego leczenia. Tymczasem do końca 2013 roku w województwie małopolskim nie była zapewniona wystarczająca liczba akceleratorów niezbędnych do prowadzenia radioterapii.

Od grudnia 2013 roku działa nowoczesne **Centrum Radioterapii Amethyst** przy Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie. Placówka dysponuje trzema nowoczesnymi akceleratorami i zespołem wysokiej klasy specjalistów. Do października br. blisko 700 pacjentów zostało poddanych tutaj radioterapii.

Rozszerzenie zakresu leczenia wymagało nowego podejścia do organizacji pracy. **W Specjalistycznym Szpitalu im. Ludwika Rydygiera w Krakowie od lutego 2014 roku powołany jest wielospecjalistyczny zespół do spraw leczenia raka piersi.** Praca zespołu wzorowana jest na metodach z ośrodków amerykańskich oraz zachodnioeuropejskich i polega na tym, że na konsyliach zespołu (odbywają się raz w tygodniu) analizowane są wszystkie nowo rozpoznane przypadki raka piersi. Decyzja odnośnie leczenia podejmowana jest wspólnie przez lekarzy: onkologa, chirurga, radioterapeutę, chirurga plastycznego, psychoonkologa. Plan leczenia przedstawiany jest pacjentce i zgodnie ze standardami leczenie rozpoczyna się najpóźniej do miesiąca od rozpoznania raka (w tym czasie pacjentka przygotowywana jest do leczenia, wykonuje się niezbędne badania dodatkowe i konsultacje internistyczną oraz anestezjologiczną).

Zespół wielospecjalistyczny ds. leczenia raka piersi jest jednym z dziewięciu funkcjonujących w Specjalistycznym Szpitalu im. L. Rydygiera.

- To znacząca nowość na polskiej medycynie – podkreśla dr n. med. Marcin Hetnał. – W wielu miejscach nadal leczy się w sposób dyrektywny, a lekarze działają indywidualnie, nie kontaktując się z innymi specjalistami. Taka formuła sprawdzała się jeszcze w latach 80. XX wieku. Wtedy trzy metody leczenia chorób nowotworowych – chirurgia, radioterapia i chemioterapia rzeczywiście funkcjonowały rozdzielnie i mogły być ordynowane przez kolejnych lekarzy, w pewnych odstępach czasu. Jednak w latach 90. pojawiło się wiele prac naukowych udowadniających skuteczność łączenia różnych metod terapeutycznych w leczeniu chorób nowotworowych. Są wśród nich przedoperacyjna radioterapia, radiochemioterapia i inne leczenie skojarzone, dobrane w optymalnym sekwencji i czasie. Ich rodzaj i sekwencja zależy od rodzaju nowotworu, stanu zaawansowania, a także od stanu klinicznego chorego.

Leczenie skojarzone daje większe szanse na wyleczenie, ale jest związane ze zwiększeniem działań niepożądanych, wymaga zastosowania terapii wspomagającej. Decyzja o zastosowaniu leczenia skojarzonego powinna być poprzedzona rozważną dyskusją kilku specjalistów (**zespół wielospecjalistyczny**) oraz przedstawieniem koncepcji leczenia, możliwych powikłań samemu pacjentowi, który podejmuje ostateczną decyzję. Z tego powodu zespoły wielospecjalistyczne w leczeniu onkologicznym stały się powszechnym standardem na świecie. Działają od lat 40. XX wieku w

Stanach Zjednoczonych. W Europie pierwsze zespoły wielospecjalistyczne utworzono w Wielkiej Brytanii na początku lat 90. **Powoływanie zespołów wielospecjalistycznych jest zalecane przez większość onkologicznych towarzystw naukowych, między innymi ASCO, EAU, ESTRO, ESMO, BASO.** Tymczasem w Polsce nie ma przepisów, ani formalnych zachęt do tworzenia tego rodzaju struktur, więc zespoły wielospecjalistyczne oprócz nielicznych wyjątków nie funkcjonują.

Dostępne badania dotyczące wpływu zespołów wielospecjalistycznych na leczenie wskazują na następujące korzyści pacjentów:

- ✓ lepsza ocena zaawansowania choroby,
- ✓ krótszy czas oczekiwania na kolejne konsultacje,
- ✓ lepsza koordynacja leczenia, ciągłość,
- ✓ leczenie zgodne ze światowymi standardami,
- ✓ możliwość sprawnego włączania pacjentów do badań klinicznych,
- ✓ zmniejszenie lęku i poprawa samopoczucia chorych,
- ✓ zaspokajanie potrzeb psychospołecznych chorych i spełnienie ich oczekiwań wobec opieki medycznej,
- ✓ poprawa skuteczności leczenia: przeżycia całkowite, przeżycie do wznowy,
- ✓ poprawa jakości życia.

Życie po chorobie

Po zakończeniu leczenia onkologicznego pacjentka zostaje skierowana do **Małopolskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego** w Specjalistycznym Szpitalu im. L. Rydygiera, w którym wykonuje się rekonstrukcje piersi. Dobór metody rekonstrukcyjnej opiera się na indywidualnych preferencjach pacjentki i medycznych wskazaniach. **Zabiegi rekonstrukcyjne wykonywane są u pacjentek ubezpieczonych w ramach umowy z NFZ**, niestety symetryzacja drugiej, zdrowej piersi (w wielu przypadkach konieczna dla zachowania dobrej postawy ciała i efektu estetycznego) nie jest refundowana.

W Małopolskim Centrum Oparzeniowo-Plastycznym wykonywane są kompleksowe zabiegi w zakresie chirurgii piersi:

- ✓ rekonstrukcje piersi po mastektomii (przy użyciu tkanek własnych pacjentki, implantów, ekspanderów),
- ✓ zabiegi redukcji piersi olbrzymich (gigantomastia),
- ✓ zabiegi powiększania piersi (u chorych z wrodzonym niedorozwojem piersi lub asymetrią),
- ✓ redukcje piersi u mężczyzn (ginekomastia).