

Raka piersi można leczyć lepiej



Fot. Archiwum

Rozmowa z dr n. med. Elżbietą Senkus-Konefką z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, onkologiem klinicznym, radioterapeutą onkologicznym.

Rak piersi uważany jest za jedną z tzw. chorób znacznikowych dla systemu ochrony zdrowia. Zalecany model leczenia tego nowotworu wielokrotnie był przedmiotem rezolucji Parlamentu Europejskiego i inicjatyw Komisji Europejskiej. Co polski system ochrony zdrowia czerpie z tych rekomendacji?

Na razie, niestety, niewiele. Rezolucje Parlamentu Europejskiego zalecały, aby do 2016 r. wszystkie kraje członkowskie zapewniły leczenie chorych na raka piersi w ramach tzw. *breast units*, czyli zintegrowanych, specjalistycznych jednostek zajmujących się diagnostyką i leczeniem raka piersi. W Polsce na razie nie ma dla tego rozwiązania żadnych ram prawnych. Obecnie funkcjonują trzy takie jednostki certyfikowane przez SIS – Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne: w Szczecinie, Kielcach i Krakowie, ale one wszystkie powstały w wyniku działań oddolnych. Wiele innych placówek stara się obecnie o certyfikację – także we własnym zakresie. Na poziomie Ministerstwa Zdrowia są prowadzone prace, które mają doprowadzić do stworzenia ram prawnych dla funkcjonowania *breast units*. Pokładam w tym duże nadzieje, ponieważ dopóki tych ram nie ma, wszystko jest oparte na dobrej woli. A dobra wola to za mało. Leczenie w ramach zintegrowanych jednostek stawia bardzo wysokie wymagania jakościowe, co długoterminowo prawdopodobnie będzie się opłacać również w sensie finansowym, ale początkowo wymaga wyłożenia dużych środków. I te pieniądze skądś się muszą wziąć. Jest nadzieja, że nowe regulacje prawne będą powiązane z nowymi zasadami finansowania, w przypadku których przede wszystkim preferowana i nagradzana będzie jakość usług. W ramach jakości świadczeń istnieje kilka parametrów, których w Polsce dotychczas nie doceniało. Jednym z nich jest centralizacja kompetencji, co przekłada się na podwyższanie standardów usług i poprawę wyników leczenia. Każdy *breast unit* powinien leczyć przynajmniej 150 nowych przypadków rocznie, a poszczególni specjaliści powinni poświęcać minimum 40–50 proc. swojego czasu tylko na leczenie raka piersi. Planowanie leczenia przez zespoły wielodyscyplinarne, kontrola i koordynacja procesu terapeutycznego muszą się odbywać w wyspecjalizowanych ośrodkach. Oczywiście wykonanie niektórych procedur, np. związanych z chemioterapią, może być realizowane poza takim ośrodkiem, już bliżej pacjenta.

„Po dziesiątkach lat zwiększania agresywności leczenia przekonaaliśmy się, że to niekoniecznie poprawia wyniki terapii i że można rezygnować z niektórych jej elementów”

Ostatnie 20 lat to czas niezwykłego rozwoju różnych technologii medycznych w onkologii, w tym w leczeniu raka piersi. Jakże wskazałyby pani kroki milowe w leczeniu tego nowotworu?

W raku piersi mamy ogromny postęp, jeżeli chodzi o poprawę wyników mierzonych przeżyciami – umieralność z powodu tego nowotworu w krajach rozwiniętych spada w szybkim tempie od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Należy to wiązać z jednej strony ze zwiększeniem świadomości raka piersi, wprowadzeniem badań przesiewowych i wcześniejszą zgłaszalnością chorych ze zmianami objawowymi, a z drugiej strony z wprowadzeniem leczenia uzupełniającego. W systemowym leczeniu raka piersi największy postęp przyniosło stosowanie hormonoterapii uzupełniającej, chemioterapii uzupełniającej, a w ostatnich latach trastuzumabu, czyli przeciwciała przeciwko HER-2. Po dziesiątkach lat zwiększania agresywności leczenia przekonaaliśmy się, że to niekoniecznie poprawia wyniki terapii i że można rezygnować z niektórych jej elementów. W efekcie uzyskujemy te same rezultaty przy dużo mniejszym niekorzystnym wpływie terapii na jakość życia chorych.

Czy ma pani na myśli stosowanie agresywnej chemioterapii?

Mam na myśli przede wszystkim leczenie chirurgiczne, czyli zastępowanie amputacji piersi zabiegami oszczędzającymi. Obecnie szacuje się, że ok. 2/3 chorych tak naprawdę kwalifikuje się do zabiegów oszczędzających. I te zabiegi są coraz częściej wykonywane. Zmniejszana jest również rozległość zabiegów w obrębie węzłów chłonnych pachowych, co pozwala uniknąć powikłań w postaci masywnych obrzęków ręki i ramienia. Zrozumielśmy, że więcej niekoniecznie znaczy lepiej – również w odniesieniu do leczenia systemowego. U części chorych chemioterapia nie poprawia wyników leczenia lub ta poprawa jest tak niewielka, że nie równoważy toksyczności tej metody terapeutycznej. Ogromny postęp technologiczny dokonał się także w radioterapii. Współczesna radioterapia jest o wiele lepiej tolerowana przez pacjentów, notujemy znacznie mniej powikłań. Coraz lepszy jest efekt kosmetyczny współczesnego

leczenia raka piersi. Dziś nie mówimy już tylko o zachowaniu piersi, ale o zachowaniu piersi niezmienionej albo prawie niezmienionej przez zastosowaną terapię.

W Polsce ciągle rak piersi zbyt często jest diagnozowany w zaawansowanym stopniu rozwoju...

W Polsce zgłaszalność na badania przesiewowe wynosi ok. 50 proc. Jest lepiej niż kilka lat temu, kiedy ten wskaźnik wynosił zaledwie ok. 30 proc., ale wciąż nie jest idealnie. Do tych 50 proc. należy dodać kobiety, które badają się we własnym zakresie, ale ciągle daleko nam do skandynawskich 85 proc. zgłaszalności. Mentalności ludzi łatwo nie zmienimy. Zachowania prozdrowotne trzeba promować poprzez preferencyjne warunki ubezpieczenia, tworzenie specjalnych pakietów dla pracowników, poprzez egzekwowanie ich wykorzystywania przez pracodawców na zasadach kar i nagród. Ale nie poprzez nakaz – nakaz w naszym kraju nie działa.

W ciągu ostatnich 15 lat obserwujemy proces przekształcania raka piersi – kiedyś choroby śmiertelnej – w chorobę przewlekłą. Dotyczy to jednak przede wszystkim pacjentek zdiagnozowanych na wczesnym etapie choroby i pacjentek z HER-2-dodatnim typem nowotworu. Jakże są perspektywy chorych z zaawansowanym rakiem piersi?

Realia są takie, że nie do końca umiemy tego zaawansowanego raka piersi wyleczyć. Zaawansowany rak piersi jest chorobą nieuleczalną, co oznacza, że zdecydowana większość chorych z takim rozpoznaniem umrze z powodu tego nowotworu. Oczywiście wyniki leczenia się poprawiają, ale pojęcie choroby przewlekłej dotyczy niestety tylko niewielkiego odsetka chorych. Mediana czasu przeżycia, czyli czas, który przeżywa połowa chorych w zaawansowanym raku piersi, wynosi obecnie ok. 4 lat. Co ważne, w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat zrozumieliśmy, że rak piersi nie jest jedną chorobą, że są to co najmniej trzy biologicznie różne choroby. Jedną to najczęstsze raki, tzw. luminalne, czyli z dodatnimi receptorami estrogenowymi. Druga to raki HER-2-dodatnie – w ich leczeniu w ostatnich latach dokonał się największy postęp. No i jest wreszcie populacja raków potrójnie ujemnych, które, na szczęście, są najrzadsze, ale w których mamy najmniej do zaoferowania chorym. Mają one najbardziej agresywny przebieg, a mediana czasu przeżycia jest rzędu nie 4, ale 2 lat.

Najczęstszy rak luminalny to typ raka wrażliwego na hormonoterapię. Hormonoterapia jest bardzo „wdzięczną” metodą leczenia, o niewielkiej toksyczności, która nadaje się do stosowania przewlekłego. Chore często latami są utrzymywane właśnie na leczeniu hormonalnym. Funkcjonują w zasadzie normalnie, nie widać po nich choroby, mogą prowadzić normalne życie rodzinne, kontynuować dotychczasowe role społeczne.



Fot.: iStockphoto.com

W którymś momencie dochodzi jednak do wyczerpania hormonowrażliwości i wtedy propozycją dla chorej pozostaje chemioterapia, która niestety jest metodą bardziej toksyczną i wiąże się często z dużym pogorszeniem jakości życia, które zaczyna się kręcić wokół choroby.

W jakim kierunku rozwija się teraz leczenie zaawansowanego raka piersi?

Mam taką teorię, że każdy typ raka ma swoje 5 minut. I że rozwój w onkologii nie jest jednorodny i harmonijny. W 2005 r. zaczęły się pojawiać leki na raka nerkowokomórkowego, w 2010 r. – na raka gruczołu krokowego opornego na kastrację, w ostatnich latach – szereg nowych leków dla chorych na raka piersi HER-2-dodatniego. W tej chwili w tej grupie w zasadzie na horyzoncie nie ma żadnych bardzo obiecujących nowości. Obecne 5 minut należy chyba właśnie do zaawansowanego raka luminalnego. Pojawiły się inhibitory CDK4/6, czyli m.in. palbocyklid, który właśnie został zarejestrowany w Europie. Palbocyklid prawie dwukrotnie wydłuża czas przeżycia bez progresji. Przy tym jest subiektywnie bardzo dobrze tolerowany – wiele

chorych w zasadzie nie odczuwa żadnych objawów ubocznych. Dobrze, że palbocyklid ma już rejestrację europejską – czekamy na możliwości finansowania w Polsce. Niestety, jak wszystkie nowe leki, jest to lek drogi. Ewerolimus też jest pewnym postępem. Jest toksyczny, ale z toksycznością można się nauczyć sobie radzić. To niewątpliwie preparat, który ma pewną wartość, ale myślę, że inhibitory CDK4/6 zdecydowanie zepchną go na drugi plan. Raki potrójnie ujemne wciąż czekają na swoje 5 minut. Obecnie istnieją dwie obiecujące ścieżki w ich leczeniu. Jedną to inhibitory PARP – leki, które działają w zasadzie tylko u osób obciążonych mutacją *BRCA1* lub *BRCA2*. Drugą ciekawą niszą są tzw. raki luminalne z ekspresją receptora androgenowego. To raki potrójnie ujemne, które mają biologię zbliżoną do raków luminalnych, ale zamiast receptora estrogenowego mają receptor androgenowy. Jak wykazują badania, w takich przypadkach skuteczne są leki antyandrogenowe, czyli takie, jakie stosuje się w raku gruczołu krokowego. Jest to na pewno kolejna obiecująca ścieżka terapeutyczna.

Rozmawiał Krystian Lurka