

Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet, odpowiadający za prawie 1/4 wszystkich zachorowań na nowotwory w tej populacji. Nadal we wczesnym stadium zaawansowania wykrywanych jest zbyt mało przypadków, ok. 25%, stąd waga profilaktyki, głównie wtórnej, czyli badań skryningowych. Pomimo rozszerzenia zakresu wiekowego uprawnionych do uczestnictwa w bezpłatnym programie badań przesiewowych (mammografia), coraz mniej kobiet wykonuje te badania.

*- Aktualnie jesteśmy w bardzo specyficznym momencie, kiedy opublikowano kluczowe zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne, jako obwieszczenie Ministerstwa Zdrowia. Co ważne w kontekście leczenia raka piersi, nadal dzieje się bardzo dużo, zarówno w farmakoterapii, jak i chirurgii, gdzie przeważają techniki minimalnie inwazyjne, a leczenie jest indywidualizowane, najczęściej skojarzone, przy współpracy interdyscyplinarnej wielu specjalistów - wskazywali eksperci podczas debaty Polskiego Towarzystwa Onkologicznego z cyklu „Onkologia - Wspólna Sprawa”.*

*- Jeśli uświadomimy sobie, że 1 na 8 kobiet w ciągu całego swego życia zachoruje na raka piersi, to pokazuje, że jak dużym problemem mamy do czynienia, a więc profilaktyka jest tutaj niezwykle ważna, aby wcześniej wykryć zmiany, by nie trafiały do nas pacjentki, które mają już całą pierś zajęłą nowotworem. Oczywiście onkolog dysponuje bardzo nowoczesnymi terapiami, ale nie spowoduje, że zawsze, w każdym przypadku, wyleczy całkowicie każdą pacjentkę - wskazała dr Katarzyna Pogoda, z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii - PIB w Warszawie.*

Rak piersi jest niejednorodną jednostką chorobową, a plan leczenia oraz rokowanie pacjentki jest uzależnione od podtypu nowotworu, są to np. rak hormonozależny, potrójnie ujemny, HER2-dodatni. Rak piersi generalnie, na tle wszystkich nowotworów, jest jednostką chorobową dobrze rokującą.

*- W przypadku pacjentek z wczesnym rakiem piersi mamy aż 80% szansy na wyleczenie - dodała dr Pogoda.*

*- Niestety, zgłaszalność na badania przesiewowe nie wygląda dobrze, ok. 31% Polek uczestniczy w profilaktycznych badaniach mammograficznych. Mammografia to najbardziej skuteczna metoda, która pozwala wykrywać raka piersi, co przekłada się nie tylko na zdecydowanie większe szanse wyleczenia, ale także na ograniczenie intensywności leczenia, co ma niebagatelne znaczenie. Ważna jest także identyfikacja kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi, w wyniku nosicielstwa określonych mutacji genetycznych np. BRCA 1 i 2, które wymagają specjalnej opieki - podkreślał prof. Piotr Pluta, z Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi, ICZMP w Łodzi.*

Nadal obserwujemy efekt Angeliny Jolie, coraz więcej kobiet wykonuje badania genetyczne i przygląda się historii choroby w rodzinie.

*- Dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego ważna jest dostępność do tych badań, która aktualnie nie jest optymalna, są problemy ze stosowaniem metody NGS (sekwencjonowanie nowej generacji) na większą skalę oraz wykonywania badania BRCA w warunkach ambulatoryjnych - zaznaczył prof. Piotr Rutkowski, przewodniczący PTO.*

Zdaniem dr. Janusza Krupy, lekarza rodzinnego, prezesa Instytutu Człowieka Świadomego, w Polsce nadal za mało uwagi przykładamy do profilaktyki, zarówno pierwotnej, jak i wtórnej. Pacjenci często nie korzystają z badań przesiewowych, choć są one bezpłatne i szeroko dostępne. - My cały czas powtarzamy, że diagnoza na wczesnym etapie choroby umożliwia w większości przypadków całkowite

wyleczenie. Z mojego doświadczenia, jeśli porozmawiamy w gabinecie lekarza rodzinnego z pacjentem, dlaczego warto wykonać te badania, to chętniej weźmie on w nich udział. Dzięki opiece koordynowanej w POZ mamy teraz spotkanie z pacjentem dedykowane stricte rozmowie o profilaktyce i zdrowiu. Aktualnie ok. 45% placówek POZ uczestniczy w programie opieki koordynowanej, jest ona wdrażana od 1,5 roku, więc mamy nadzieję, że ten odsetek będzie rosnąć.

Co po mammografii? Pacjentka z podejrzeniem raka piersi trafia do chirurga lub onkologa, który zleca dalsze badania, takie jak USG, biopsja, tomografia.

*- Po ustaleniu stopnia zaawansowania nowotworu pacjentka jest kierowana na konsylium wielodyscyplinarne (w którym udział biorą m.in. chirurg, onkolog, koordynator, psycholog, kardiolog, patomorfolog czy radiolog) i to jest właśnie bardzo ważny element. Wspólnie patrzymy na pacjentkę i odpowiednio określamy ścieżkę terapeutyczną - wskazywała dr Pogoda.*

Modelowym rozwiązaniem w zakresie leczenia raka piersi są ośrodki Breast Cancer Units.

*- Trzeba podkreślić, że BCU to ogromne osiągnięcie, które działa. Wspólne pochylenie się nad pacjentem, omówienie wyników, pozwala naprawdę zoptymalizować leczenie. Unity narządowe pozwoliły także na wyodrębnienie grupy lekarzy, którzy specjalizują się w danej jednostce chorobowej i utrzymuje stałą współpracę. To podwyższa kompetencje, skuteczność i naszą wiedzę, co oczywiście jest ogromną korzyścią dla pacjenta - zaznaczył prof. Piotr Pluta.*

Badania genetyczne zmieniły podejście do leczenia raka piersi. Są one zlecane w szczególności, jeśli w rodzinie występowały przypadki raka piersi (podobnie ma się sytuacja w przypadku raka jajnika, prostaty czy trzustki).

*- Od 2017 roku stosuje się metodę wielkoskalową sekwencjonowania następnej generacji, gdzie bada się całe geny BRCA 1 i 2. Dzięki tej metodzie wykrywalność zwiększyła się z 7% do 21%. Głównym celem tej diagnostyki jest potwierdzenie uwarunkowania genetycznego raka piersi i objęcie profilaktyką całych rodzin oraz wsparcie w leczeniu, pozwalające na dobór odpowiedniego schematu terapii, w tym nowoczesnych leków celowanych - tłumaczył dr Andrzej Tysarowski, kierownik Pracowni Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów NIO-PIB w Warszawie.*

Roczne zapotrzebowanie na wykonanie badań BRCA 1/2 w nowej technologii to około 20 000 przypadków. Finansowanie badań genetycznych w celach profilaktycznych w poradniach genetycznych jest zapewnione. Natomiast innym rodzajem badań genetycznych w raku piersi są zlecenia z kliniki w celach leczniczych.

*- Tutaj sytuacja niestety nie wygląda tak różowo, ponieważ na chwilę obecną są pewne przeszkody dla jednostki w rozliczaniu tych badań. Obecny system rozliczania badań genetycznych bazuje na wytycznych z 2017 roku, gdzie mutacje były tylko wykonywane w poradni genetycznej, co blokuje zlecenie badań genetycznych z krwi przez klinikę w sytuacji, kiedy pacjentka jest ambulatoryjnie przyjmowana - kontynuował dr Tysarowski.*

Wprowadzenie chemioterapii przedoperacyjnej to ogromna zmiana w podejściu do leczenia, dotyczy ok. 50% pacjentek, a leczenie skojarzone pozwala na osiągnięcie dużo lepszych wyników leczenia.

- W chirurgii raka piersi stawiamy ogromny nacisk na leczenie oszczędzające, jest to metoda pierwszego wyboru, bardziej skuteczna. Nie zmienia to faktu, że około 30-40% pacjentek wymaga mastektomii. Chirurgia staje jednak coraz mniej inwazyjna poprzez zastosowanie metod endoskopowych, co przynosi większy komfort dla pacjenta i lepszy efekt kosmetyczny - powiedział prof. Piotr Pluta.

Radioterapia w leczeniu radykalnym jest stosowana jako leczenie uzupełniające, napromieniana jest piers lub ściana klatki piersiowej i w razie potrzeby obszar węzłów chłonnych. Po leczeniu oszczędzającym dodatkowo podawana jest dawka jako boost w obrębie łoży po usuniętym guzie, gdzie najczęściej dochodzi do wznowy.

- Promieniowanie może być podane z pól zewnętrznych, jako brachyterapia, lub w trakcie zabiegu chirurgicznego jako radioterapia śródoperacyjna, co skraca czas leczenia. Radioterapia tak naprawdę na każdym etapie choroby jest w stanie pomóc naszym pacjentkom, jeżeli występują przerzuty do różnych narządów, czy to do mózgowia, kości, płuca czy wątroby. Mamy techniki, które pozwalają nam na precyzyjne, punktowe, napromienienie tych zmian - wskazała prof. Dorota Gabryś, z Zakładu Radioterapii NIO-PIB w Gliwicach.

Program lekowy w raku piersi zawiera obecnie 22 cząsteczko-wskazania, jest bardzo bogaty i obejmuje dostęp do leczenia celowanego i immunoterapii.

- Jeśli myślimy o leczeniu nowoczesnym raka piersi, to przede wszystkim myślimy o grupie z wysokim ryzykiem nawrotu i tutaj precyzyjne leczenie często zaczyna się od terapii przedoperacyjnej, a dalsze postępowanie zależy od choroby resztkowej i podtypu raka. To, co się zadziało w ostatnim czasie w raku hormonozależnym HER2-ujemnym, to dołączenie inhibitorów CDK 4/6 u pacjentek naprawdę z wysokim ryzykiem nawrotu choroby. To jest nowy trend, który opiera się na wynikach badań klinicznych i rekomendacjach międzynarodowych. Czekamy na wprowadzenie tej grupy leków dla naszych pacjentek. Generalnie w raku hormonozależnym wiele się dzieje, też w chorobie przerzutowej, i tak naprawdę koniugaty wchodzi do leczenia wszystkich grup naszych pacjentek. Teraz przyszedł czas na dostęp do tych koniugatów w przypadku raków hormonozależnych z przerzutami - podkreślała dr Katarzyna Pogoda.

Dużym wyzwaniem pozostaje potrójnie ujemny rak piersi, który jest słabo wykrywalny w badaniu mammograficznym, ma niekorzystny naturalny przebieg, a guz rośnie szybciej niż nowotwory o innym fenotypie. Charakteryzuje się także skłonnością do szybkiego nawrotu (zwykle w ciągu 2-3 lat od rozpoznania), Ryzyko nawrotu w potrójnie ujemnym raku piersi jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku innych typów raka piersi. Ważne jest więc zastosowanie leczenia okołoperacyjnego. W ostatnim czasie do programu lekowego wprowadzono immunoterapię, dzięki której można skuteczniej zapobiegać nawrotom choroby.

Jak podsumował prof. Piotr Rutkowski, kluczowe kierunki poprawy w obszarze raka piersi to postawienie większego nacisku na profilaktykę pierwotną i wtórną, poszerzenie dostępu do badań molekularnych, i oprócz dalszego rozwoju BCU zapewniających dostęp do kompleksowej diagnostyki i leczenia - rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej, która zagwarantuje współpracę i konsultacje między ośrodkami, co usprawni ścieżkę pacjenta z rakiem piersi i innymi nowotworami.

Źródło: Pap-mediroom