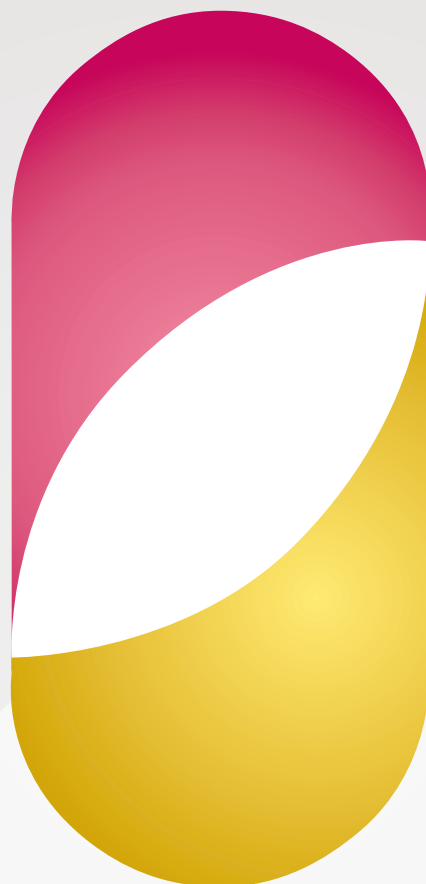




RAPORT
INSTYTUTU OCHRONY ZDROWIA
NA ZLECENIE
FUNDACJI ŻYJMY ZDROWO



**ZALECENIA
DLA POLITYKI PAŃSTWA
W ZAKRESIE
ZAAWANSOWANEGO
RAKA PIERSI**



**ZALECENIA
DLA POLITYKI PAŃSTWA
W ZAKRESIE
ZAAWANSOWANEGO
RAKA PIERSI**

Warszawa 2017



Raport przygotowany w ramach Kampanii Wykorzystaj czas na życie, prowadzonej przez Fundację Żyjmy Zdrowo. Kampania jest realizowana przy wsparciu finansowym firmy Pfizer Polska Sp. z o.o.

ISBN 978-83-944863-9-6

© Copyright by Instytut Ochrony Zdrowia w Polsce.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Autorem niniejszego opracowania jest Instytut Ochrony Zdrowia.

Opracowanie jest chronione prawami autorskimi. Żadna część opracowania nie może być kopiowana bądź wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią bez uzyskania pisemnej zgody Instytutu Ochrony Zdrowia.

Instytut Ochrony Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne decyzje i ich skutki, jakie zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania.



INSTYTUT OCHRONY ZDROWIA

ul. Filtrowa 70 lok. 5
02-057 Warszawa
e-mail: biuro@ioz.org.pl
www.ioz.org.pl

Skład: Sprint Project
Opracowanie graficzne: Sprint Project
Opracowanie graficzne okładki: Ewa Przytuła

ZALECENIA DLA POLITYKI PAŃSTWA W ZAKRESIE ZAAWANSOWANEGO RAKA PIERSI

AUTORZY

dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska
dr Katarzyna Pogoda
Anna Kłak
Joanna Stróżek

REDAKCJA NAUKOWA

dr n. hum. Filip Raciborski
dr n. med. Mariusz Gujski

Autorzy raportu składają podziękowanie za zaangażowanie w przygotowanie niniejszej publikacji i udział w Radzie Konsultacyjnej w składzie:

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
dr hab. n. med. Maria Litwiniuk
dr n. med. Elżbieta Senkus-Konefka
Andrzej Śliwczyński – NFZ
Krystyna Wechmann – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Spis treści

1. Wprowadzenie	7
2. Etiologia i epidemiologia	9
a. Definicja	9
b. Naturalny przebieg choroby	13
c. Czynniki ryzyka	17
d. Profilaktyka	19
e. Dane epidemiologiczne	21
i. Rak piersi (ogólnie)	21
ii. Zaawansowany rak piersi	22
3. Diagnostyka i leczenie chorych na zaawansowanego raka piersi	25
a. Diagnostyka zaawansowanego raka piersi	25
b. Leczenie chorych na zaawansowanego raka piersi oraz rokowanie w zależności od jego typu – ogólne zasady	26
c. Standardy i rekomendacje europejskie i polskie. Postęp w leczeniu chorych na uogólnionego raka piersi	27
d. Dostępność do leczenia. Finansowanie	32
e. Leczenie chorych w Breast Cancer Unit	33
4. Społeczny i ekonomiczny aspekt zaawansowanego raka piersi	35
a. Aspekt ekonomiczny	35
b. Społeczny i psychologiczny aspekt życia chorych na zaawansowanego raka piersi	40
c. Kampanie na rzecz kobiet z zaawansowanym rakiem piersi	43
5. Rekomendacje	47

Wprowadzenie

Rak piersi (a w zasadzie jego wczesne stadium) stał się chorobą, z którą już udało nam się niejako „oswoić”. W naszym otoczeniu coraz częściej spotykamy osoby, które z rakiem piersi zetknęły się bezpośrednio i nie wstydzą się o tym mówić. Jako społeczeństwo nie wyzbyliśmy się lęku przed tą chorobą, posiadamy jednak podstawową wiedzę na temat jej rozpoznawania i leczenia. Wiemy, że wczesny rak piersi nie jest wyrokiem i obecnie medycyna jest w stanie skutecznie sobie z nim radzić. Oczywiście pod warunkiem wczesnego rozpoznania.

Z zaawansowanym rakiem piersi (określanym inaczej mianem przerzutowego/rozlanego raka piersi) sytuacja jest całkowicie odmienna. Poświęca mu się bardzo niewiele uwagi, chociaż odpowiada on za zdecydowaną większość zgonów z powodu raka piersi zarówno w Polsce, jak i na świecie. Większość osób nie ma na jego temat żadnej wiedzy, a jeśli już ktoś kiedyś o nim słyszał, to kojarzy mu się wyłącznie z brakiem skutecznego leczenia i nieuchronną śmiercią. Te skojarzenia nie są oczywiście bezzasadne. Faktycznie, przerzutowy rak piersi jest obecnie chorobą nieuleczalną, a mediana czasu przeżycia wynosi około 2-3 lata i nie zmieniła się istotnie od dziesięcioleci. Co więcej, czas ten różni się istotnie w zależności od podtypu nowotworu. Najgorsze rokowania są w przypadku potrójnie ujemnego raka piersi (ER-ujemny PgR-ujemny HER2-ujemny), gdzie okres przeżycia wynosi około jednego roku. Wbrew powszechnej opinii zaawansowany rak piersi nie dotyczy wyłącznie kobiet, ale również mężczyzn. Co prawda są to znacznie rzadsze przypadki, ale zwykle diagnozuje się je w późniejszym stadium niż u kobiet.

Zaawansowany rak piersi jest chorobą silnie stygmatyzującą. W Polsce niechętnie rozmawiamy o śmierci i o wszystkim co jest z nią związane. W przypadku zaawansowanego raka piersi trudno jednak unikać tego tematu. Pojawia się wówczas pytanie: „ile czasu mi/tobie zostało?”. To niewątpliwie istotne, ale równie ważne – a może nawet ważniejsze – jest pytanie o jakość życia w tym okresie. Ta z kolei zależy od szeregu czynników, w tym szeroko rozumianego dobrostanu, relacji z innymi, a także sytuacji materialnej, która jest silnie powiązana z kwestią pracy zawodowej. W przypadku aktywnych zawodowo osób z zaawansowanym rakiem piersi, utrzymanie zatrudnienia stanowi poważne wyzwanie, co wynika z następstw choroby oraz procesu leczenia. Praca zawodowa to nie tylko pozyskiwanie zasobów niezbędnych do codziennego funkcjonowania, ale też dla części chorych możliwość samorealizacji. Cały czas brakuje jednak narzędzi systemowych wspierających utrzymanie zatrudnienia osób chorych, mimo iż jest to korzystne dla wszystkich zainteresowanych stron. W przypadku zaawansowanego raka piersi braków systemowych jest znacznie więcej. Dotyczą one zarówno dostępu do innowacyjnego leczenia, jak i organizacji pomocy oraz wsparcia dla chorych, ich rodzin i opiekunów. O marginalizacji tego tematu świadczy między innymi fakt, iż w „Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”, pomimo wskazania raka piersi jako priorytetowego obszaru terapeutycznego, nie odniesiono się wcale do problemu zaawansowanego raka piersi.

Zaawansowany rak piersi często określany jest mianem tematu tabu. Niniejszy raport wpisuje się w szereg inicjatyw mających na celu przełamanie tego stanu rzeczy. Autorzy raportu mają nadzieję, że pozwoli on przybliżyć szerszemu gronu odbiorców specyfikę tego nowotworu oraz sytuację pacjentów, którzy muszą się z nim zmagać każdego dnia. Jednocześnie żywią nadzieję, że poprzez budowanie świadomości w tym zakresie, możliwe będzie wprowadzenie w najbliższym czasie rozwiązań systemowych, które realnie wpłyną na poprawę sytuacji chorych z zaawansowanym rakiem piersi.

Etiologia i epidemiologia

a. Definicja

Rak piersi to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka gruczołu piersiowego. Rozwija się miejscowo w piersi i daje przerzuty do węzłów chłonnych oraz narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Zaawansowany rak piersi oznacza miejscowo zaawansowanego raka piersi (III stadium zaawansowania) oraz przerzutowego raka piersi (ang. *metastatic breast cancer*, MBC) czyli uogólnionego, rozsianego raka piersi, w którym doszło już do przerzutów do organów odległych (IV stadium zaawansowania); najczęściej do płuc, wątroby, mózgu i kości. Miejscowo zaawansowany rak piersi (ang. *locally advanced breast cancer*, LABC) najczęściej jest nieoperacyjny, ale jest to rak, który nie dał przerzutów odległych¹.

W zależności od ekspresji różnych receptorów, zaawansowany rak piersi dzieli się na trzy główne podtypy. W szerokim ujęciu rak piersi dzieli się na²:

1. **Hormonozależny (ER/PgR-dodatni, HER2-ujemny)** – u pacjentek zwykle przez kilka lat udaje się utrzymać dobrą kontrolę choroby nowotworowej przy użyciu hormonoterapii;
2. **HER2-dodatni (bez względu na ekspresję ER/PgR)** – agresywny podtyp choroby, ale rokowanie chorych po wprowadzeniu nowoczesnych metod terapii anty-HER2 znacznie się poprawiło, mediana czasu przeżycia sięga 4 lat;
3. **Potrójnie ujemny (ER-ujemny PgR-ujemny HER2-ujemny)** – rokowanie pacjentek jest najgorsze, często odpowiedzi na kolejne linie chemioterapii są słabe, mediana czasu przeżycia wynosi około 1 rok.

Wartym podkreślenia jest fakt, iż w przypadku hormonozależnego raka piersi, mimo lepszego ogólnego rokowania w stosunku do innych typów, rokowanie jest w tej chwili gorsze niż w przypadku pierwotnie bardziej agresywnych podtypów np. HER2 +, gdzie sytuację zmieniło wprowadzenie nowoczesnych terapii anty-HER2.

Typy morfologiczne

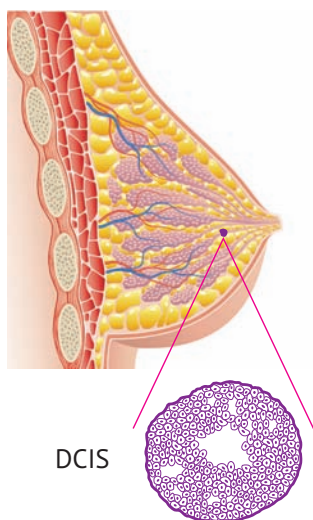
Rak piersi jest chorobą heterogenną. Na podstawie badań molekularnych rozróżnia się kilka podtypów raka piersi. Każdy z tych podtypów charakteryzuje się odmiennymi cechami biologicznymi, rokowaniem i podatnością na poszczególne metody leczenia. Raki piersi można klasyfikować na podstawie wielu czynników: obrazu mikroskopowego, obecności określonych receptorów warunkujących wrażliwość na konkretne metody leczenia, czy charakterystyki molekularnej. Ze względu na obecność naciekania podścieliska dokonuje się podziału nowotworów piersi na typy przedinwazyjne (niezagrożające przerzutami, wewnątrzprzewodowe) i naciekające (zagrożające przerzutami)^{3,4}.

1. T. Pieńkowski, Problem leczenia zaawansowanego raka piersi w Polsce, *Nasze Życie*, nr 72, Poznań, 2017.

2. Santa-Maria CA, Gradishar WJ., Changing treatment paradigms in metastatic breast cancer: Lessons learned. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):528-534.

3. Cedolini C, et al., Type of breast cancer diagnosis, screening, and survival, *Clin Breast Cancer.* 2014(4):235-40.

4. Bobek-Billewicz, Barbara, et al. Rak piersi. Eds. Jacek Jassem, and Maciej Krzakowski, *VM Media VM Group*, 2014.

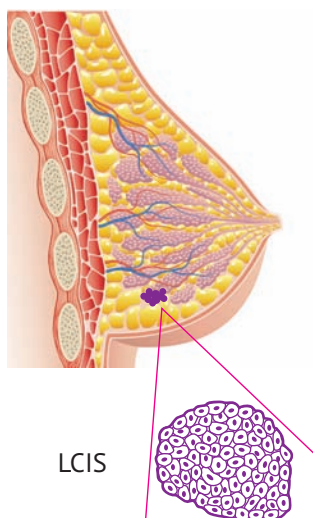


- **Przewodowy rak przedinwazyjny (DCIS)**

Rak przedinwazyjny przewodowy piersi, inaczej rak wewnątrzprzewodowy (łac. *carcinoma intraductale* a. *carcinoma ductale in situ*, CDIS; ang. *ductal carcinoma in situ*, DCIS) to rozrost nowotworowy komórek nabłonka gruczołu piersiowego bez oznak naciekania podścieliska. W obrazie mikroskopowym prezentują one typowe cechy złośliwości, np. zaburzoną zdolność do tworzenia struktur tkankowych, liczne figury podziałowe, czy nietypowo wyglądające jądra komórkowe. Ze względu na ograniczenie do lokalizacji wewnątrz przewodów, gdzie nie ma naczyń krwionośnych i chłonnych nowotwór, ten nie ma zdolności naciekania i tworzenia przerzutów. W zależności od budowy rozrostu, wyróżnia się następujące typy przewodowego raka przedinwazyjnego: sitowaty, lity, brodawkowaty i mikrobrodawkowaty. W zależności od stopnia nieprawidłowości jąder komórki i obecności martwicy, wyróżnia się trzy stopnie złośliwości: niski, pośredni i wysoki⁵. Na rycinie nr 1 przedstawiono mikroskopowy obraz DCIS.

Rycina 1. Mikroskopowy obraz przewodowego raka przedinwazyjnego (DCIS)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/nowotwory-piersi/nowotwory-zlosliwe-piersi/>



- **Zrazikowy rak przedinwazyjny (LCIS)**

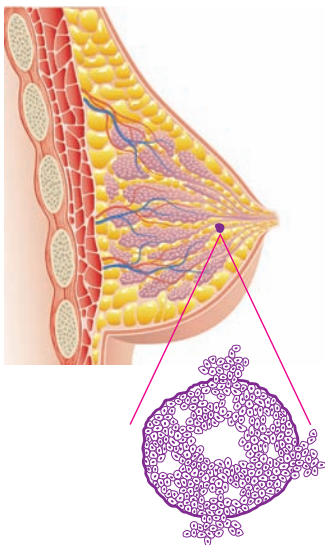
Rak zrazikowy piersi *in situ*, inaczej rak wewnątrzrazikowy (*carcinoma lobulare in situ*, LCIS) jest kolejnym typem przedinwazyjnego nowotworu piersi. Rak zrazikowy *in situ* oznacza brak nacieku komórek nowotworowych na tkanki znajdujące się poza błoną podstawną nabłonka. Ma jednolity obraz komórek. Wykrywa się go przypadkowo w czasie badań diagnostycznych innych rozrostów.⁶ Na rycinie nr 2 przedstawiono mikroskopowy obraz LCIS.

Rycina 2. Mikroskopowy obraz zrazikowego raka przedinwazyjnego (LCIS)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/nowotwory-piersi/nowotwory-zlosliwe-piersi/>

5. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, *et al.* ABC raka piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

6. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, *et al.* ABC raka piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.



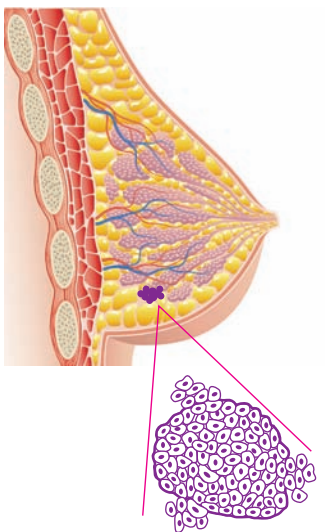
rak przewodowy inwazyjny

Rycina 3. Mikroskopowy obraz przewodowego raka inwazyjnego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/nowotwory-piersi/nowotwory-zlosliwe-piersi/>

- **Naciekający rak przewodowy**

Rak przewodowy naciekający przekracza błonę postawną nabłonka, naciekając okoliczne struktury. Odmiana naciekająca raka przewodowego piersi stanowi zdecydowaną większość (ok. 70–80%) raków piersi. Naciekający rak przewodowy piersi wiąże się z ryzykiem dawania przerzutów – głównie do kości, płuc i opłucnej, wątroby, mózgu, skóry i tkanek miękkich. W raku przewodowym naciekającym określa się stopień złośliwości histologicznej. Wyróżniamy trzy stopnie: niski, pośredni oraz wysoki⁷. Na rycinie nr 3 przedstawiono mikroskopowy obraz przewodowego raka inwazyjnego.



rak zrazikowy inwazyjny

Rycina 4. Mikroskopowy obraz naciekającego raka zrazikowego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/nowotwory-piersi/nowotwory-zlosliwe-piersi/>

- **Naciekający rak zrazikowy**

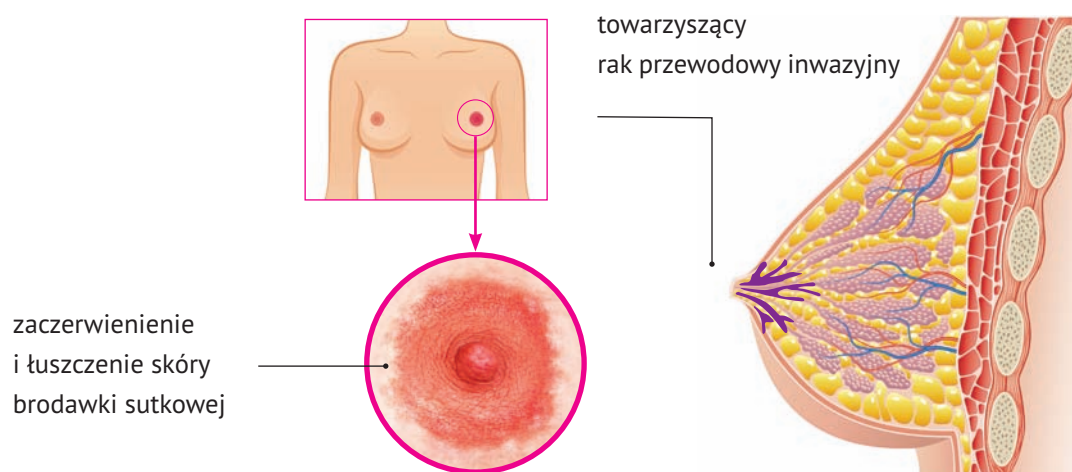
Naciekający rak zrazikowy piersi (naciekający, *carcinoma lobulare invasivum*) jest drugim co do częstości występowania typem mikroskopowym i stanowi 10-20% wszystkich przypadków raka piersi. Inne mikroskopowe podtypy raka naciekającego piersi występują rzadziej, stanowią około 5% przypadków. Należą do nich: rak cewkowy (tubularny), rak rdzeniasty, rak śluzowy, rak płasko-nabłonkowy⁸. Na rycinie nr 4 przedstawiono mikroskopowy obraz naciekającego raka zrazikowego.

7. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, *et al.* ABC raka piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

8. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, *et al.* ABC raka piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

- **Rak Pageta**

Rak Pageta (łac. *carcinoma Pageti*) to rzadki typ przedinwazyjnego, przewodowego raka piersi. W tym przypadku komórki rakowe (tzw. komórki Pageta) są umiejscowione w naskórku brodawki sutkowej, niekiedy także otoczki brodawki. Najczęściej występuje jednostronnie. W 95% choroba ta współwystępuje ze śródprzewodowym lub śródprzewodowym i naciekającym rakiem przewodowym piersi⁹. Na rycinie nr 5 przedstawiono kliniczny obraz raka Pageta.



Rycina 5. Kliniczny obraz raka Pageta

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/nowotwory-piersi/nowotwory-zlosliwe-piersi/>

- **Rak zapalny piersi**

Zapalny rak piersi (ang. *inflammatory breast cancer, IBC*) to bardzo agresywna postać raka przeważnie o niepomyślnym rokowaniu. Chorobie towarzyszy obrzmienie i bolesność piersi, zaczerwienienie skóry, gorączka oraz podwyższona liczba białych krwinek. Mikroskopowo stwierdza się zwykle nacieki raka przewodowego. Progresja zmian jest bardzo szybka. W ciągu kilku tygodni lub miesięcy następuje rozrost raka z tendencją do odległych przerzutów. Zwykle choroba dotyczy otyłych kobiet, po okresie menopauzy¹⁰.

- **Mięsaki**

Mięsaki piersi to rzadkie nowotwory złośliwe, które rozwijają się z tkanek mezenchymalnych¹¹. Należą do nich: włókniakomięsak, tłuszczakomięsak, złośliwy guz liściasty, mięsak mięśniakowaty prążkowanokomórkowy i mięsak naczyń krwionośnych¹².

- **Przerzuty do piersi**

Piers może stanowić również miejsce zmian przerzutowych w przebiegu innych nowotworów. Przerzuty do piersi najczęściej powstają w przebiegu raka narządu rodowego, czerniaka oraz raków przewodu pokarmowego¹³.

9. Jeziorski, Arkadiusz; Nejc, P. Sęk D.; Piekarski, J. What do we know about Paget's disease? *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2005, 55.6: 463-463.

10. Szczylik, Cezary, et al. New staging system for cancer. Review of changes published in the sixth edition of the AJCC Cancer Staging Manual, *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, 7.10: 795-807.

11. S. Al-Benna, K. Poggemann, H.U. Steinau, L. Steintraesser, Diagnosis and management of primary breast sarcoma, *Breast Cancer Research and Treatment*, 2010; 122: 619-626.

12. Mituś, Jerzy, et al. Rzadkie nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego, *Current Gynecologic Oncology*, 2011, 9.1: 38-46.

13. Bobek-Billewicz, Barbara, et al. Rak piersi, VM Media VM Group, 2014.

b. Naturalny przebieg choroby

Rak piersi powoduje charakterystyczne objawy. W szczególności do specyficznych dla tej choroby symptomów należy wyczuwalny guz w piersi lub zmiany w obrębie brodawki sutkowej. Przejawem zaawansowanego raka piersi jest wystąpienie zaczerwienienia i obrzęku skóry całej piersi z widocznymi drobnymi dołeczkami w skórze (tzw. objaw skórki pomarańczy). Równie istotnym objawem jest wystąpienie owrzodzenia, czyli uszkodzenia skóry w następstwie rozwijającego się guza. Niekiedy pierwszą oznaką choroby, którą spostrzega kobieta, jest pojawienie się pod pachą powiększonych, twardych guzków. Najczęściej są to pachowe węzły chłonne, które zawierają komórki przerzutowe^{14,15}.

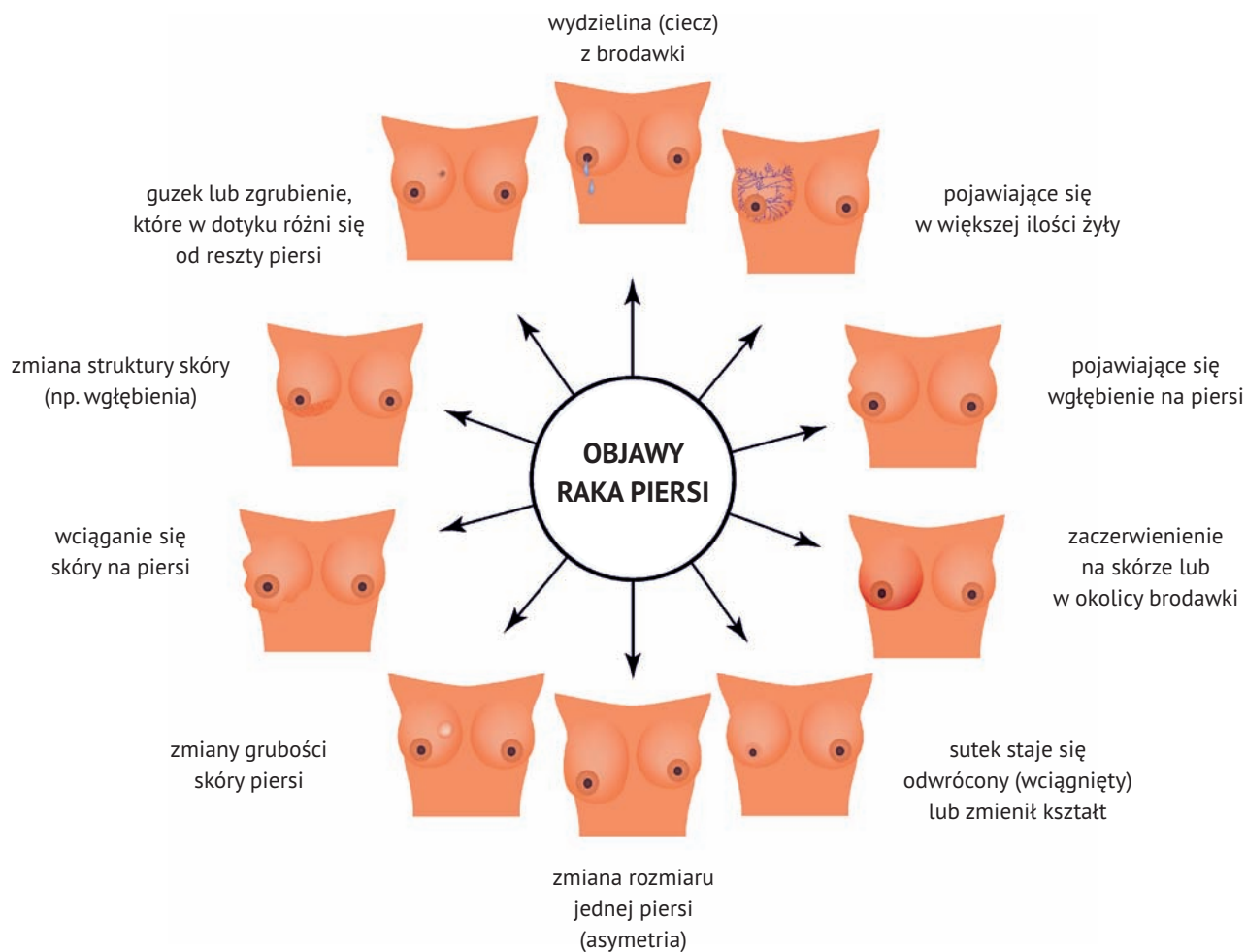
W początkowym stadium rak piersi przebiega bezobjawowo. Objawy kliniczne raka piersi zależą od stadium zaawansowania. Najczęściej choroba rozpoznawana jest przypadkowo jako twarde, niebolesne, wyczuwalne dotykaniem guzki w piersi¹⁶. Najczęściej (ok. 35% przypadków) guz zlokalizowany jest w kwadrancie górnym zewnętrznym (górną boczną część piersi), najrzadziej (ok. 5% przypadków) w dolnym wewnętrznym (dolnej przyśrodkowej części)¹⁷. Wyciek z brodawki budzi niepokój, szczególnie kiedy towarzyszy on guzkowi w okolicy zabrodawkowej lub okołobrodawkowej. Do innych objawów raka piersi zalicza się: asymetrię piersi, wciągnięcie brodawki, owrzodzenie brodawki lub skóry piersi, guzki dodatkowe w okolicy, ból piersi bez uchwytnych przyczyn, pogrubienie skóry, obraz „skórki pomarańczy”, świąd lub pieczenie brodawki. W wielu przypadkach rozwijającemu się rakowi, towarzyszy powiększenie pachowych węzłów chłonnych po stronie zajętej piersi. Natomiast w dalszych etapach – powiększenie węzłów szyjno-nadobojczykowych. Objawem tzw. raka zapalnego piersi jest szybko narastający obrzęk skóry, któremu towarzyszy zaczerwienienie skóry piersi, jej nadmierne ucieplenie i bolesność. W tabeli nr 1 i na rycinie nr 6 przedstawiono najczęściej występujące objawy raka piersi^{18,19}.

Tabela 1. Charakterystyczne objawy raka piersi

Charakterystyczne objawy raka piersi
wyczuwalny guz w piersi
zmiana wielkości, kształtu, obrysu i napięcia skóry piersi
wciągnięcie brodawki sutkowej (występujące nagle, tj. rozwijające się w ciągu np. kilku tygodni)
wciągnięcie skóry piersi i pojawienie się zmian w obrębie skóry piersi lub brodawki (np. wgłębienia, zaczerwienienia, usztywnienia)
krwisty wyciek z brodawki sutkowej
asymetria piersi
ból piersi bez uchwytnych przyczyn
świąd lub pieczenie brodawki

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

- Cedolini C, et al. Type of breast cancer diagnosis, screening, and survival. *Clin Breast Cancer*. 2014(4):235-40.
- Dyzmann-Sroka, Agnieszka, et al. ABC raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.
- Alison Bish et al. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 60, Issue 3, March 2006, 309-310
- Singh D1, Malila N, Pokhrel A, Anttila A. Association of symptoms and breast cancer in population-based mammography screening in Finland. *Int J Cancer*. 2015;136(6):E630-7.
- Hamood R, et al. Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 2017. doi: 10.1007/s10549-017-4485-0.
- Gomuła, Andrzej. Diagnostyka i leczenie raka piersi – opieka nad kobietą po mastektomii. Seria, 45.



Rycina 6. Charakterystyczne objawy raka piersi

Źródło: <http://veritamed.com/aktualnosc/1032/Pazdziernikowa-Akcja-Rozowa-Wstazka-rabat-40-na-USG-piersi>

Ocenę stopnia zaawansowania określa się na podstawie tzw. klasyfikacji TNM opracowanej przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (ang. *International Union Against Cancer*). Cecha „T” oznacza guz pierwotny, jego umiejscowienie oraz wielkość, cecha „N” – regionalne węzły chłonne, wielkość przerzutu w węzle oraz liczbę węzłów z przerzutami, natomiast cecha „M” – ew. obecność przerzutów do narządów odległych. Biorąc pod uwagę poszczególne cechy, wyróżnia się stopień zaawansowania choroby w stadium od 0 do IV, gdzie w ostatnim choroba staje się w zasadzie nieuleczalna. Dostępne są jednak terapie kontrolujące wzrost nowotworu i łagodzące objawy. Poszczególne stadia choroby zostały przedstawione na rycinie nr 7.²⁰

20. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, et al. ABC raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

STADIUM 0	STADIUM I	STADIUM II	STADIUM III	STADIUM IV
			rak piersi miejscowo zaawansowany	rozsziany/uogólniony rak piersi
<ul style="list-style-type: none"> nowotwór przedinwazyjny (łac. <i>carcinoma in situ</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> guz znajduje się w obrębie piersi, jego wielkość jest mniejsza niż 2 cm nie występują przerzuty 	<ul style="list-style-type: none"> guz jest nadal w piersi a leczenie operacyjne jest jeszcze możliwe przerzuty występują do najbliższych węzłów chłonnych 	<ul style="list-style-type: none"> guz rozprzestrzenił się w obrębie piersi, co uniemożliwia leczenie operacyjne rozległe przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych i/lub naciekanie okolicznych tkanek, jednak nie ma przerzutów do organów odległych 	<ul style="list-style-type: none"> najbardziej zaawansowane stadium, w którym dochodzi do przerzutów do organów odległych, najczęściej do wątroby, płuc, mózgu i kości

Rycina 7. Stadia zaawansowania raka piersi

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

Klasyfikacji raka piersi dokonuje się na podstawie badania klinicznego i obrazowego (klasyfikacja kliniczna) lub badania mikroskopowego (klasyfikacja patologiczna). Klasyczna klasyfikacja morfologiczna raków piersi oparta jest na mikroskopowym obrazie nowotworu. Nie oddaje on w pełni charakteru tego nowotworu w odniesieniu do przebiegu choroby oraz odpowiedzi na leczenie. Obecnie obowiązuje również nowa klasyfikacja – molekularna. Na podstawie cech molekularnych wyodrębnia się podstawowe typy raka piersi: luminalny A, luminalny B, HER2, bazalny (ryc. 8).^{21,22,23,24}

LUMINALNY A	LUMINALNY B	HER2	BAZALNY
<ul style="list-style-type: none"> obecne receptory estrogenowe „odbiorniki hormonu żeńskiego” 	<ul style="list-style-type: none"> gorsze rokowanie niż typ luminalny A, są to nowotwory mniej zróżnicowane, w których obserwuje się rzadsze występowanie receptorów hormonalnych 	<ul style="list-style-type: none"> większość postaci raka z nadmierną ekspresją lub amplifikacją genu <i>HER2</i> obecnie dostępne są liczne terapie a efekty kliniczne bardzo się poprawiły terapia celowana w rozszianym raku piersi z cechą <i>HER2</i> także wiąże się z rozwojem oporności 	<ul style="list-style-type: none"> w większości przypadków (60%) bez ekspresji receptorów hormonalnych i <i>HER2</i> jest to nowotwór najgorzej rokujący

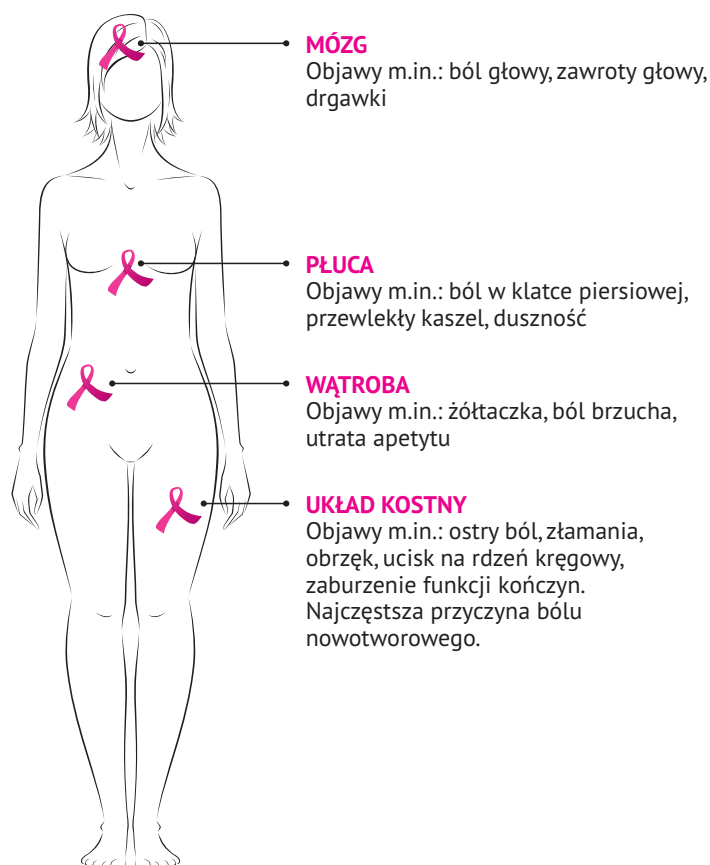
Rycina 8. Molekularne typy raka piersi

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

- Taherian-Fard A, Srihari S, Ragan MA. Breast cancer classification: linking molecular mechanisms to disease prognosis. *Brief Bioinform.* 2015;16(3):461-74.
- Lam SW1, Jimenez CR, Boven E. Breast cancer classification by proteomic technologies: current state of knowledge. *Cancer Treat Rev.* 2014;40(1):129-38.
- Vuong D, Simpson PT, Green B, Cummings MC, Lakhani SR. Molecular classification of breast cancer. *Virchows Arch.* 2014; 465(1):1-14.
- Santa-Maria CA, Gradishar WJ. Changing treatment paradigms in metastatic breast cancer: Lessons learned. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):528-534.

W odniesieniu do intencji leczenia wyodrębnia się dwie kategorie chorych: leczone z założeniem wyleczenia (stadium wczesnego zaawansowania lub zaawansowania miejscowego) oraz pacjentki leczone paliatywnie (jedynie w celu wydłużenia przeżycia i złagodzenia objawów, ale nie wyleczenia) z przerzutami do narządów odległych²⁵.

Każdy rodzaj przerzutu manifestuje się innymi objawami i dolegliwościami. Przerzuty do wątroby powodują utratę apetytu oraz bóle brzucha, przerzuty do płuc – duszność, ból w klatce piersiowej i przewlekły kaszel, przerzuty do mózgu - bóle i zawroty głowy, a także nudności, wymioty i drgawki. Natomiast przerzuty do kości objawiają się ostrymi bólami, złamaniami i zaburzeniem funkcji kończyn. W przypadku rozsiazanego raka piersi, bóle związane z przerzutami do kości są najczęstszymi bólami nowotworowymi. Występują u 2/3 pacjentek. Powikłania przerzutów do układu kostnego mogą być na tyle poważne, że w przypadku lokalizacji przerzutów w obrębie kręgosłupa, mogą prowadzić nawet do paraliżu. Na rycinie nr 9 przedstawiono najczęstsze objawy przerzutów zaawansowanego raka piersi²⁶.



Rycina 9. Najczęstsze objawy przerzutów zaawansowanego raka piersi

Źródło: <http://www.takdlazdrowia.pl>.

25. Breast Cancer Treatment (PDQ®) Patient Version <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032825/> [data odczytu: 08.10.2017].

26. Breast Cancer Treatment (PDQ®) Patient Version <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032825/> [data odczytu: 08.10.2017].

c. Czynniki ryzyka

Przyczyny powstawania raka piersi (w tym zaawansowanej jego postaci) są nadal nieznanymi. Jakkolwiek istnieje wiele zidentyfikowanych czynników zwiększających ryzyko jego wystąpienia. Zalicza się do nich m.in.: wiek, czynniki genetyczne, wpływ hormonów czy czynniki środowiskowe²⁷. W tabeli nr 2 przedstawiono czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi.

Tabela 2. Czynniki ryzyka raka piersi

Czynniki ryzyka raka piersi	
Płeć	<ul style="list-style-type: none">• rak piersi najczęściej występuje u kobiet,• na sto nowych zachorowań na raka piersi jedno występuje u mężczyzny
Wiek kobiet	<ul style="list-style-type: none">• liczba zachorowań zwiększa się po 35. roku życia• najwięcej zachorowań obserwuje się pomiędzy 50. a 70. rokiem życia
Czynniki genetyczne	<ul style="list-style-type: none">• zachorowania na raka piersi u krewnych 1. stopnia• potwierdzony zespół zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi, który związany jest z mutacjami genów tzw. BRCA1/2• u kobiet, u których stwierdzono mutację genów BRCA1/2, ryzyko wystąpienia raka piersi w ciągu całego życia waha się od 50 do 90%,
Wpływ hormonów	<ul style="list-style-type: none">• zwiększone ryzyko w przypadku wczesnej pierwszej miesiączki lub menopauzy występującej po 55. roku życia• brak ciąży lub późne posiadanie pierwszego dziecka• doustne środki antykoncepcyjne z estrogenami, hormonalna terapia zastępcza oparta na estrogenach i gestagenach
Wcześniejsze rozpoznanie innych, niezłośliwych chorób piersi	<ul style="list-style-type: none">• np. tzw. atypowych rozrostów w obrębie gruczołu piersiowego• rozpoznanie w przeszłości raka drugiej piersi
Czynniki znajdujące się w środowisku i w pożywieniu	<ul style="list-style-type: none">• spożywanie dużej ilości tłuszczów zwierzęcych i/lub alkoholu• działanie ochronne może mieć spożywanie ubogo tłuszczowych produktów mlecznych oraz pokarmów zawierających wapń i witaminę D
Otyłość	<ul style="list-style-type: none">• nadmiar tkanki tłuszczowej zaburza równowagę hormonalną, w ten sposób sprzyjając rozwojowi raka piersi

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu źródeł.

Wiek

Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta wraz z wiekiem będącym najistotniejszym czynnikiem ryzyka tej choroby. Wśród kobiet przed 45. rokiem życia rak piersi występuje rzadko. Około 80% zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia^{28,29}.

Obciążenie genetyczne

Szacuje się, że około 5-10% nowotworów piersi ma charakter dziedziczny. Pozostałe przypadki powstają w wyniku samorzutnych mutacji genów w ciągu całego życia. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka) chorych na ten nowotwór,

27. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, *et al.* ABC raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

28. Majeed W, *et al.* Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(8):3353-8.

29. Surdyka JA, *et al.* Selected breast cancer risk factors and early detection of the neoplasm in women from Lublin region attending screening program in St. John's Cancer Center, years 2005-2006. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(4):792-8.

zwłaszcza w młodym wieku. Obecnie potwierdzonym klinicznie kryterium dziedzicznego raka piersi jest stwierdzenie mutacji genów supresorowych *BRCA1* oraz *BRCA2*. Mutacja tych genów powoduje zespół wysokiej skłonności do dziedzicznego raka piersi. U kobiet z mutacją genów *BRCA* życiowe ryzyko wystąpienia raka piersi wynosi około 80%, a raka jajnika około 30%. W rodzinach z dziedzicznym rakiem piersi występują również inne nowotwory (np. rak jajnika, jelita grubego, trzonu macicy, prostaty, trzustki). Innymi genami, których mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, są geny: *ATP*, *BRIP1*, *TP53*, *CHEK2* i *PTEN*³⁰.

Czynniki reproduktywne

Czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest również wczesny wiek pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki, co wydłuża narażenie powstającej tkanki gruczołowej piersi na hormony jajnika (estrogeny i progesteron). Im dłuższy czas narażenia, tym większe ryzyko zachorowania. Kolejnym reprodukcyjnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest wiek pierwszej donoszonej ciąży. Kobiety, które nie rodziły lub przebyły pierwszą donoszoną ciążę po 30. roku życia, mają dwa razy większe ryzyko zachorowania niż te, które przebyły ją przed 20. rokiem życia. Największy wzrost ryzyka dotyczy kobiet z pierwszą donoszoną ciążą po 35. roku życia³¹.

Czynniki hormonalne

Innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka piersi jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej oraz, w mniejszym stopniu, doustnej antykoncepcji³².

Styl życia

Wyniki badań wskazują, że ryzyko zachorowania na raka piersi ma związek z nadmiernym spożywaniem tłuszczów oraz z nadwagą. Podobnie spożycie alkoholu również zwiększa ryzyko raka piersi³³.

Inne nowotwory w przeszłości

Innym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest rak piersi w przeszłości, który ponad trzykrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Inne nowotwory związane z większym ryzykiem zachorowania na raka piersi to rak trzonu macicy i rak jajnika³⁴.

Gęstość tkanki gruczołowej

Kobiety z tzw. gęstą tkanką gruczołową mają większe ryzyko zachorowania na raka piersi³⁵.

Promieniowanie jonizujące

Wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi może także spowodować promieniowanie jonizujące (np. u kobiet, które w młodości były napromieniane z powodu chłoniaka Hodgkina)³⁶.

30. O'Brien KM, *et al.* Breast cancer subtypes and previously established genetic risk factors: a bayesian approach. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23(1):84-97.

31. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.

32. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.

33. Surdyka JA, *et al.* Selected breast cancer risk factors and early detection of the neoplasm in women from Lublin region attending screening program in St. John's Cancer Center, years 2005-2006. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(4):792-8.

34. Surdyka JA, *et al.* Selected breast cancer risk factors and early detection of the neoplasm in women from Lublin region attending screening program in St. John's Cancer Center, years 2005-2006. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(4):792-8.

35. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.

36. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.

d. Profilaktyka

Możliwości profilaktyki pierwotnej obejmującej działania, które mają na celu zapobieganie zachorowania na raka piersi, są niewielkie. Zasadniczą rolę w ograniczaniu negatywnych konsekwencji choroby odgrywa profilaktyka wtórna polegająca na wykonywaniu badań profilaktycznych (przesiewowych), prowadzących do wcześniejszego wykrycia nowotworu. Warunkiem skuteczności jest masowość, długoterminowość oraz wysoka jakość^{37,38}.

Mammograficzne badania przesiewowe mogą obniżyć umieralność z powodu raka piersi o 20-30%. Taki efekt jest możliwy do osiągnięcia przy masowym, powtarzalnym charakterze badań przesiewowych prowadzonych w odpowiedniej wiekowo grupie populacyjnej³⁹. W Europie zaleca się objęcie profilaktycznymi badaniami mammograficznymi kobiet w wieku 50-69 lat i wykonywanie badania co 2-3 lata⁴⁰. Nieuzasadnione jest wykonywanie badań przesiewowych u młodszych kobiet w związku z rzadszym występowaniem raka oraz mniejszą czułością mammografii w tej grupie wiekowej. W Polsce zaleca się objęcie profilaktyką mammograficzną kobiety w wieku 50-69 lat i wykonywanie badania co 2 lata. Inne badania diagnostyczne w profilaktyce raka piersi nie są rutynowo zalecane^{41,42}.

Kobiety z grupy najwyższego i wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi związanego najczęściej z nosicielstwem mutacji *BRCA* powinny być objęte opieką poradni onkologicznej i poradni genetycznej, w celu jak najwcześniejszego wykrycia nowotworu. W przypadku kobiet, u których występuje wysokie genetyczne ryzyko raka piersi, stosuje się również profilaktykę farmakologiczną i chirurgiczną⁴³. Farmakologiczna profilaktyka hormonalna polega na stosowaniu tamoksyfenu przez 5 lat, co zmniejsza ryzyko raka piersi o 40%. Usunięcie jajników przed menopauzą zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jajnika i raka piersi odpowiednio o 80-95% i 50%. Profilaktyczna mastektomia z rekonstrukcją piersi i zachowaniem brodawki sutkowej dotyczy kobiet u których wykryto mutację genów *BRCA1/2*. Badanie rezonansem magnetycznym (MR) zaleca się u wszystkich kobiet, u których ryzyko zachorowania na raka piersi wynosi co najmniej 20%⁴⁴.

U kobiet w wieku przedmenopauzalnym zaleca się samokontrolę piersi raz w miesiącu po miesiączce. U nosicielek mutacji genu *BRCA1* w wieku 25-60 lat zaleca się wykonanie raz w roku badania piersi metodą rezonansu magnetycznego, a w połowie pomiędzy tymi badaniami zaleca się wykonanie mammografii lub USG piersi^{45,46}. Na rycinie nr 10 przedstawiono schemat badania mammograficznego, natomiast na rycinie nr 11 przykładowe wyniki takiego badania.

37. Tkaczuk-Wlach, Joanna; Sobstyl, Małgorzata; Jakiel, Grzegorz. Rak piersi-znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 16.4: 343.

38. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, et al. ABC raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.

39. Cedolini C, et al. Type of breast cancer diagnosis, screening, and survival. *Clin Breast Cancer*. 2014(4):235-40.

40. Singh D1, Malila N, Pokhrel A, Anttila A. Association of symptoms and breast cancer in population-based mammography screening in Finland. *Int J Cancer*. 2015;136(6):E630-7.

41. Ministerstwo Zdrowia. Program profilaktyki raka piersi <http://www.mz.gov.pl/leczenie/swiadczenia-w-ramach-programow-zdrowotnych/program-profilaktyki-raka-piersi/> [data odczytu: 24.09.2017].

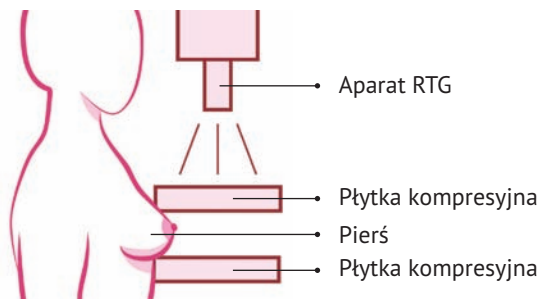
42. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy profilaktyczne <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/> [data odczytu: 24.09.2017].

43. Matsen CB, Neumayer LA. Breast cancer: a review for the general surgeon. *JAMA Surg*. 2013;148(10):971-9.

44. Tkaczuk-Wlach, Joanna; Sobstyl, Małgorzata; Jakiel, Grzegorz. Rak piersi-znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 16.4: 343.

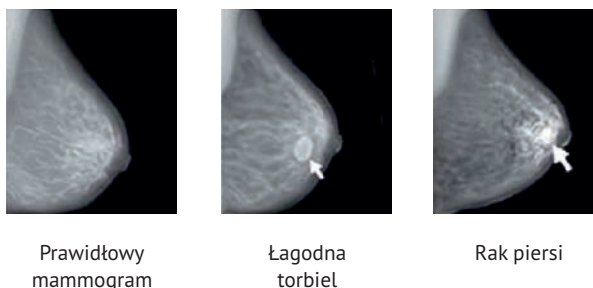
45. Cedolini C, et al. Type of breast cancer diagnosis, screening, and survival. *Clin Breast Cancer*. 2014(4):235-40.

46. Dyzmann-Sroka, Agnieszka, et al. ABC raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.



Rycina 10. Schemat badania mammograficznego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://onko-med.pl/diagnostyka/badania-przesiewowe/>



Rycina 11. Wyniki badania mammograficznego

Źródło: <http://onko-med.pl/diagnostyka/badania-przesiewowe/>

W Polsce istotną rolę w profilaktyce chorób nowotworowych – w tym zaawansowanego raka piersi – odgrywa Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.⁴⁷ Program skierowany jest przede wszystkim do szpitali i przychodni oraz do ogółu społeczeństwa. Jego celem jest zakup dla szpitali wyspecjalistycznego sprzętu medycznego służącego leczeniu chorób nowotworowych. Ponadto założeniem programu jest profilaktyka chorób nowotworowych m.in. poprzez promowanie zdrowego stylu życia oraz prowadzenie regularnych badań u obywateli. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, pomimo wskazania raka piersi jako priorytetowego obszaru terapeutycznego, nie odnosi się do zaawansowanego raka piersi. Skutkiem takiej sytuacji jest ogniskowanie działań państwa na wczesnych fazach tego nowotworu. Działania w kierunku poprawy wyników leczenia powinny obejmować zarówno wczesnego jak i zaawansowanego raka piersi.

Kolejną kluczową inicjatywą realizowaną w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych jest „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” utworzona przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne, przy współudziale innych towarzystw naukowych, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacji pozarządowych i pacjenckich, podmiotów leczniczych oraz środowisk akademickich. Celem projektu jest wskazanie głównych kierunków zmian, które zmierzają do osiągnięcia poprawy populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi w Polsce, a także jakości życia chorych na nowotwory. Przykłady innych krajów wskazują, że konsekwentne realizowanie tego rodzaju projektów pozwala osiągnąć zamierzone cele.⁴⁸ Warto jednak podkreślić, iż w chwili obecnej „Strategia...” nie jest dokumentem obowiązującym w Polsce. Została skierowana do Ministerstwa Zdrowia, jednak nie doczekała się przyjęcia w formie aktu prawnego i wdrożenia.



Rycina 12. Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024

Źródło: www.walkazrakiem.pl

47. Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024. Czerwiec 2016.

48. World Health Organization. Media centre, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [data odczytu: 24.09.2017].

e. Dane epidemiologiczne

i. Rak piersi (ogólnie)

Dane szacunkowe Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) wskazują, że rocznie na całym świecie raka piersi rozpoznaje się u 1,7 mln kobiet, a ponad 500 tys. umiera z tego powodu⁴⁹. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród kobiet w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej⁵⁰. Najmniej zachorowań na raka piersi notuje się w południowej Azji i Afryce⁵¹. Rak piersi, który należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet, u mężczyzn występuje rzadko⁵².

W Polsce rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet, stanowi około 22% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych i około 14% zgonów z tego powodu. Zachorowalność na ten nowotwór stale wzrasta. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w 2014 roku odnotowano blisko 18 tys. nowych zachorowań, podczas gdy w 2010 roku 15,7 tys. nowych przypadków.⁵³

Dane KRN wskazują, że w Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad 2-krotnie. W 2014 roku w wyniosła 51,6 na 100 tys. ludności i miała najwyższą wartość wśród zachorowalności na nowotwory u kobiet.⁵⁴

W grupie kobiet po 50. roku życia występuje 80% zachorowań na raka piersi, przy czym prawie 50% zachorowań diagnozuje się między 50. a 69. rokiem życia. Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia (ponad 200/100 tys. ludności), po czym ulega zmniejszeniu. Zachorowalność u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20-49 lat) wzrosła w ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy. Jednocześnie dane KRN z 2014 roku wskazują, że w populacji kobiet młodych i w średnim wieku najczęstsze nowotwory to nowotwory piersi (odpowiednio: 28% zachorowań, 25% zgonów oraz 27% zachorowań, 17% zgonów). Jest to bardzo niepokojące zjawisko biorąc pod uwagę fakt, że w grupie młodych kobiet choroba ta ma znacznie bardziej agresywny przebieg i gorsze rokowania. Jakkolwiek dane KRN wskazują, że najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50-69 lat.⁵⁵

Dane KRN wskazują, że od połowy lat 90. ubiegłego wieku utrzymuje się powolny spadek standaryzowanych współczynników umieralności z powodu raka piersi. W 2014 roku z powodu tej choroby zmarło w Polsce 5975 kobiet, przy czym standaryzowany współczynnik zgonu dla populacji Europy wyniósł 21,25. Dla porównania w roku 1999 wartości te wyniosły odpowiednio: 4553 i 21,09. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi występuje po 50. roku życia (90%). Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu systematycznie wzrasta wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych. Dane szczegółowe przedstawiono na rycinie nr 13.

Rak piersi jest drugą po raku płuca przyczyną zgonów nowotworowych wśród polskich kobiet (odpowiednio: 17,1% i 13,9%)⁵⁶. Z powodu tego nowotworu umiera co roku około 6 tys. Polek. Wskaźnik 5-letniego przeżycia, będący miernikiem efektywnego leczenia, wzrasta w Polsce i wynosi obecnie 77% (dla porównania wskaźnik ten w latach 1995-1999 wyniósł 67%). Jakkolwiek jest on nadal o 10 punktów procentowych niższy niż w Europie Zachodniej i USA⁵⁷.

49. OECD.Stat <http://stats.oecd.org/> [data odczytu: 24.09.2017].

50. Ministerstwo Zdrowia. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zwalczenia-chorob-nowotworowych/narodowy-program-zwalczenia-chorob-nowotworowych-na-lata-2016-2024/> [data odczytu: 24.09.2017].

51. OECD.Stat <http://stats.oecd.org/> [data odczytu: 24.09.2017].

52. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.

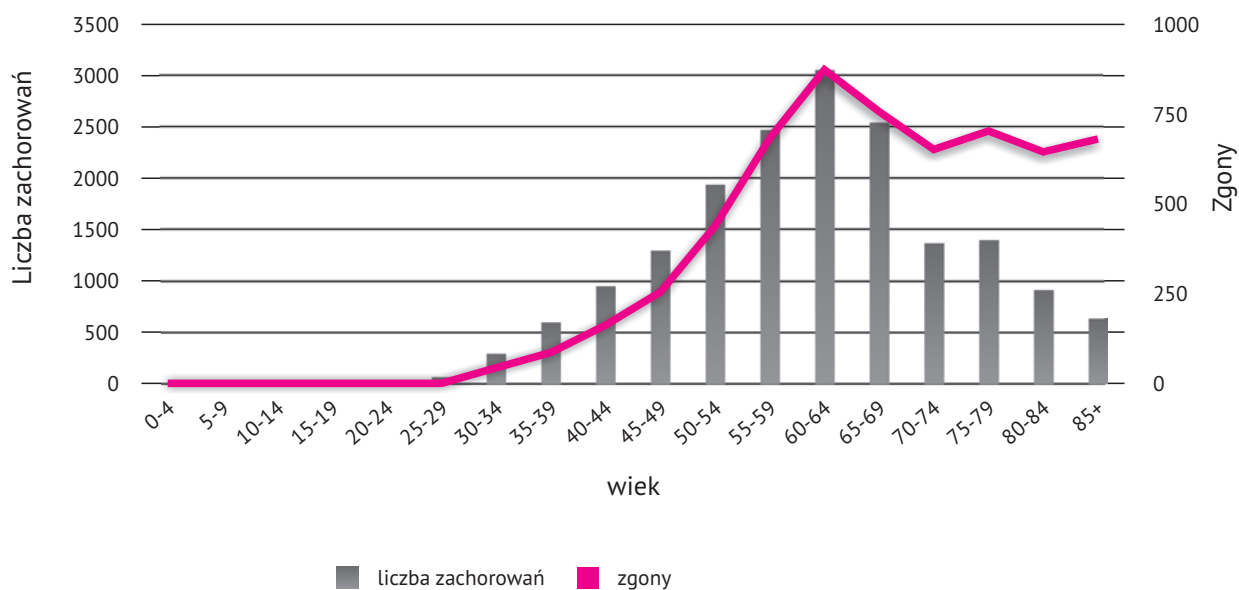
53. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory piersi u kobiet (C50) <http://onkologia.org.pl/nowodwory-piersi-kobiet/> [data odczytu: 24.09.2017].

54. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku. *Krajowy Rejestr Nowotworów.* Warszawa 2016.

55. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory piersi u kobiet (C50) <http://onkologia.org.pl/nowodwory-piersi-kobiet/> [data odczytu: 24.09.2017].

56. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku. *Krajowy Rejestr Nowotworów.* Warszawa 2016.

57. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.



Rycina 13. Liczba zachorowań i zgonów z powodu raka piersi w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRN.

ii. Zaawansowany rak piersi

Zarówno w Polsce, jak i w krajach Europy szczegółowe dane dotyczące zachorowalności oraz umieralności na zaawansowanego raka piersi nie są dostępne. Można jednak założyć, iż praktycznie wszystkie zgony na raka piersi dotyczą zaawansowanego raka piersi. Autorzy raportu dotyczącego zaawansowanego raka piersi podają szacunkowe dane wskazując, że podobnie jak wczesny, zaawansowany rak piersi często jest rozpoznawany w grupie kobiet powyżej 50. roku życia. U 30% kobiet chorych na raka piersi we wczesnym stadium dochodzi do uogólnienia choroby. Rozpoznanie zaawansowanego raka piersi oznacza, że nowotwór rozprzestrzenił się do innych narządów⁵⁸.

Szacuje się, że u około 5-6% chorych rak piersi ma rozsiany charakter już w momencie rozpoznania. Częściej jednak zaawansowany rak piersi występuje na skutek nawrotu choroby, który występuje u około 30-40% kobiet, które pierwotnie były leczone we wczesnych stadiach (czyli I lub II). U tej grupy pacjentek stosowane jest pierwotnie radykalne leczenie, które polega na operacyjnym usunięciu guza i zajętych węzłów w skojarzeniu z tzw. systemowym leczeniem uzupełniającym i/lub radioterapią, mającymi na celu zniszczenie pozostałych komórek rakowych. U wielu z tych chorych następuje jednak nawrót choroby z przerzutami do innych narządów. Dane szacunkowe wskazują, że w grupie kobiet chorych na raka piersi 70% ma hormonozależnego HER2-ujemnego raka piersi. W zależności od typu zaawansowanego raka piersi, mediana czasu przeżycia kobiet od momentu rozsiewu wynosi od 1 do 4 lat (w przypadku potrójnie ujemnego zaawansowanego raka piersi – około 1 roku; w przypadku pozostałych typów – do 4 lat).

58. Niewidoczna kobieta. Raport dotyczący wpływu osobistego, społecznego i ekonomicznego zaawansowanego raka piersi w Europie <http://www.wearehereandnow.com/pl/files/here-and-now-report.pdf> [data odczytu: 24.09.2017].

Podsumowanie

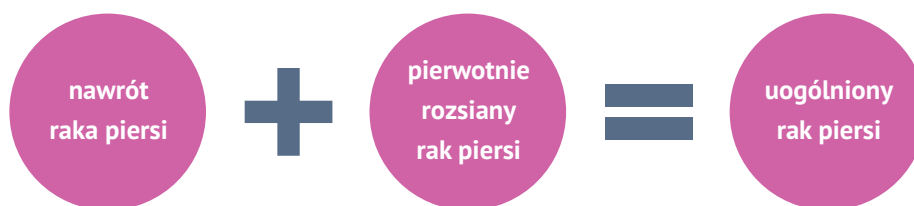
Rak piersi to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka gruczołu piersiowego. Rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. W zależności od ekspresji różnych receptorów, rak piersi dzieli się na podtypy: hormonozależny (ER/PgR-dodatni, HER2-ujemny), HER2-dodatni (bez względu na ekspresję ER/PgR) oraz potrójnie ujemny (ER-ujemny PgR-ujemny HER2-ujemny). Przyczyny powstawania raka piersi nie są nadal w pełni znane. Istnieje jednak wiele zidentyfikowanych czynników zwiększających ryzyko jego wystąpienia. Rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych. W Polsce jest obecnie rozpoznawany u około 18 tys. kobiet rocznie, a zachorowalność wykazuje stały wzrost. Nowotwór jest najczęściej rozpoznawany w grupie kobiet powyżej 50. roku życia. U około 70% chorych rozpoznaje się hormonozależnego HER2-ujemnego raka piersi. Szacuje się, że u około 5-6% pacjentek raka piersi rozpoznaje się w stadium zaawansowanym. Częściej jednak (u około 30-40% kobiet) zaawansowany rak piersi występuje na skutek nawrotu choroby po pierwotnym leczeniu nowotworu we wczesnych stadiach. Rozpoznanie zaawansowanego raka piersi oznacza, że nowotwór rozprzestrzenił się do innych narządów. Mediana czasu przeżycia chorych na zaawansowanego raka piersi wynosi od 1 do 4 lat (w przypadku potrójnie ujemnego zaawansowanego raka piersi – około 1 roku; w przypadku pozostałych typów – do 4 lat). W Polsce istotną rolę w zakresie profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych odgrywa „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”, który pomimo wskazania raka piersi jako priorytetowego obszaru terapeutycznego, nie odnosi się do zaawansowanego raka piersi. Kluczowym jest jednak, aby działania państwa w zakresie opieki nad chorymi na raka piersi obejmowały chorych zarówno we wczesnym, jak i w zaawansowanym stadium nowotworu.

Diagnostyka i leczenie chorych na zaawansowanego raka piersi

Katarzyna Pogoda, Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld

a. Diagnostyka zaawansowanego raka piersi

Rak piersi jest nowotworem o dość dobrym rokowaniu. U zdecydowanej większości chorych rozpoznawany jest we wczesnym stadium, kiedy nie ma przerzutów odległych. Prowadzone jest wówczas radykalne leczenie, którego celem jest wyleczenie chorej. Mimo dużego postępu, jaki dokonął się w ostatnich latach, nadal u około 1/3 pacjentek dochodzi po pewnym czasie do nawrotu raka piersi. Poza tym u około 6% kobiet, które rozpoczynają terapię onkologiczną, stwierdza się przerzuty odległe. Biorąc pod uwagę te dane, należy uznać, że większość chorych leczonych z powodu przerzutowego raka piersi stanowią kobiety, u których po leczeniu radykalnym doszło do nawrotu choroby. Rozsiew może nastąpić nawet wiele lat po leczeniu pierwotnym.



Rycina 1. Chore na uogólnionego raka piersi.

W ramach standardowych badań kontrolnych po wyleczeniu wczesnego raka piersi zalecana jest tylko mammografia wykonywana raz w roku [1]. Jedynie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów wykonuje się pełną diagnostykę obrazową, aby stwierdzić, czy ich przyczyną jest nawrót choroby i aby określić jej ewentualny zakres [2].

Pacjentki mogą skarżyć się na wiele dolegliwości z powodu wystąpienia przerzutów odległych. Do najczęstszych objawów należą:

- bóle kości;
- osłabienie;
- ból brzucha;
- duszność;
- ból głowy;
- żółtaczka.
- kaszel;
- nudności i wymioty;

W ramach diagnostyki w zależności od wskazań klinicznych wykonuje się różne badania obrazowe: RTG, USG, scyntyografię kośćca, TK i MR oraz badania krwi (morfologia, biochemia). Ocenia się narządy klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy oraz kościec pod kątem przerzutów. Dodatkowo, jeśli podejrzewa się nawrót w obrębie mózgu, zleca się odpowiednią diagnostykę (TK lub MR) ośrodkowego układu nerwowego.

b. Leczenie chorych na zaawansowanego raka piersi oraz rokowanie w zależności od jego typu – ogólne zasady

Uogólniony rak piersi jest **chorobą przewlekłą**. Chorych najczęściej nie można wyleczyć poza przypadkami izolowanych przerzutów, które usuwa się operacyjnie. Niemniej leczenie pacjentek w stadium rozsiewu często może być prowadzone przez wiele lat.

Należy zwrócić uwagę na cele leczenia chorych na przerzutowego raka piersi, do których należą:

- wydłużenie czasu przeżycia;
- kontrola objawów choroby;
- opóźnienie progresji choroby;
- utrzymanie lub poprawa jakości życia

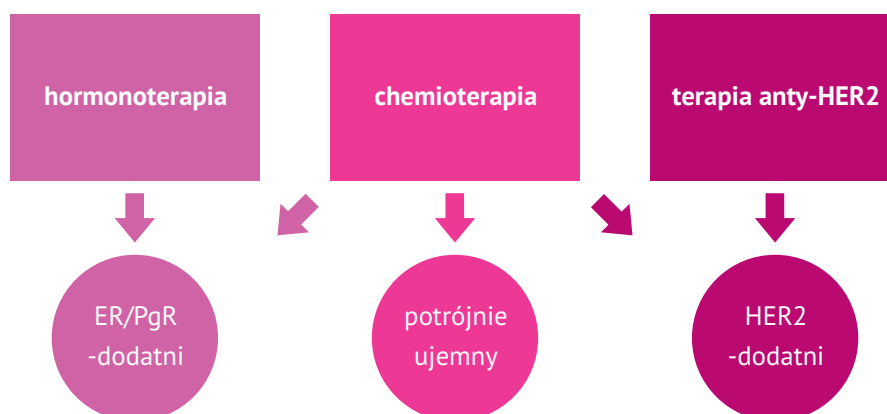
Dla każdej chorej hierarchia tych założeń jest różna i warto ją omówić z pacjentką na początku terapii. Leczenie powinno umożliwić pacjentce jak najdłuższe pozostawanie w jak najlepszej kondycji, tak aby mogła kontynuować dotychczasową pracę zawodową i sprostać obowiązkom dnia codziennego.

Uogólniony rak piersi **nie jest jedną chorobą**. W przypadku obecności przerzutów leczenie opiera się na terapii systemowej, którą dobiera się uwzględniając **wiele czynników** [1-2]:

- **zależnych od typu raka piersi:** stanu receptorów hormonalnych (ER- receptora estrogenowego, PgR – receptora progesteronowego) i HER2 (receptora ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu typu 2), wcześniejszego leczenia onkologicznego;
- **rozległości choroby:** obecności objawów związanych z przerzutami, zaburzeniami parametrów wątrobowych i nerkowych, wydolności szpiku, preferencji dotyczących formy leczenia (doustne vs dożylnie) i objawów ubocznych, np. utraty włosów;
- **stanu chorej** (wieku biologicznego, współistniejących chorób) i jej preferencji (m.in. możliwości dojazdu do ośrodka leczącego, warunków socjoekonomicznych itp.).

W systemowym leczeniu chorych na raka piersi stosuje się 3 główne metody, które wynikają z obecności odpowiednich receptorów na powierzchni lub w komórkach nowotworowych:

- **hormonoterapię** – u pacjentek z obecnością w komórkach raka receptorów hormonalnych (ER i PgR);
- **chemioterapię** – u wszystkich chorych;
- **terapię anti-HER2** – u chorych na HER2-dodatniego raka piersi (ze zwiększoną ekspresją receptora HER2).



Rycina 2. Systemowa terapia w zależności od podtypu raka piersi.

Stan receptorów (ER, PgR i HER2) zawsze oznacza się w guzie pierwotnym piersi, gdy pacjentka jest leczona radykalnie. W przypadku nawrotu czasami ponownie sprawdza się stan tych receptorów, zwłaszcza gdy przerzuty powstały wiele lat po pierwotnym leczeniu raka piersi i jest możliwość wykonania biopsji (np. przerzutów w wątrobie, tkankach miękkich, węzłach chłonnych). U części chorych dochodzi do tzw. **konwersji receptorów**, czyli zmiany wyniku z dodatniego na negatywny i odwrotnie. Ta informacja może mieć kluczowy wpływ na wybór terapii.

W przypadku obecności nasilonych zaburzeń czynności wielu narządów wynikających z szybkiej progresji choroby nowotworowej, które powodują obecność objawów klinicznych lub odchyień w badaniach laboratoryjnych, należy szybko zastosować bardziej agresywną terapię – najczęściej chemioterapię. W pozostałych sytuacjach, które są zdecydowanie częstsze, wybór terapii zależy od stanu receptorów [2].

W przypadku bolesnych przerzutów w kościach stosuje się paliatywną radioterapię. Napromienianie ma również zastosowanie w przypadku przerzutów w mózgu.

Niezwykle istotne w leczeniu chorych na uogólnionego raka piersi jest leczenie wspomagające prowadzone równocześnie z leczeniem przyczynowym. Jak już wcześniej wspomniano, jednym z celów leczenia chorych jest utrzymanie lub poprawa jakości życia pacjentek. Samo leczenie nie powinno być bardziej uciążliwe niż choroba. Obecnie dysponujemy dosyć skutecznymi metodami pozwalającymi w znacznym stopniu opanować większość dolegliwości takich jak np. ból, nudności i wymioty [2].

c. Standardy i rekomendacje europejskie i polskie. Postęp w leczeniu chorych na uogólnionego raka piersi

Wybór systemowej terapii u chorych na raka piersi z przerzutami w dużej mierze zależy od podtypu biologicznego. W najprostszy sposób raka piersi można podzielić na 3 główne grupy (co warunkuje wybory terapeutyczne):

1. **Hormonozależny** (ER/PgR-dodatni, HER2-ujemny) – rokowanie chorych jest najlepsze, często u pacjentek udaje się utrzymać dobrą kontrolę choroby nowotworowej przez kilka lat.
2. **HER2-dodatni** (bez względu na ekspresję ER/PgR) – agresywny podtyp, ale rokowanie chorych po wprowadzeniu terapii anty-HER2 znacznie się poprawiło. Obecnie mediana czasu przeżycia sięga 4 lat.
3. **Potrójnie ujemny** (ER-ujemny PgR-ujemny HER2-ujemny) – rokowanie pacjentek jest najgorsze. Często odpowiedzi na kolejne linie chemioterapii są krótkie. Mediana czasu przeżycia wynosi około 1 roku [3].

LECZENIE CHORYCH NA UOGÓLNIIONEGO ER-DODATNIEGO, HER2-UJEMNEGO RAKA PIERSI

U chorych na przerzutowego hormonozależnego raka piersi **hormonoterapia** jest preferowaną metodą leczenia, również w przypadku obecności przerzutów w narządach mięszszowych (wątroby, płuca). Chemioterapia ma uzasadnienie w przypadku szybkiej progresji lub hormonooporności (czyli na przykład, gdy do nawrotu raka piersi dochodzi w ciągu 2 lat od rozpoczęcia uzupełniającej hormonoterapii lub progresja wystąpi przed upływem 6 miesięcy od rozpoczęcia 1. linii paliatywnej hormonoterapii – w wybranych przypadkach można jednak podjąć również próbę kolejnej hormonoterapii) [2].

Przerzuty u pacjentek z hormonozależnym rakiem piersi najczęściej pojawiają się wiele lat po leczeniu radykalnym i wtedy, rozpoczynając terapię, należy sięgać po hormonoterapię. Wyniki leczenia są porównywalne z chemioterapią, natomiast jakość życia pacjentek jest zdecydowanie lepsza w przypadku hormonoterapii. Hormonoterapia, jeśli jest skuteczna, pozwala opóźnić o wiele miesięcy czas, kiedy konieczne jest włączenie chemioterapii. Wizyty w trakcie hormonoterapii są rzadsze niż w przypadku chemioterapii z uwagi na sposób podawania oraz zdecydowanie mniejszą toksyczność, a tym samym konieczność monitorowania działań

niepożądanych. To często pozwala chorym na prowadzenie życia takiego jak przed rozpoznaniem przerzutowego raka piersi.

Tabela 1. Hormonoterapia w raku piersi.

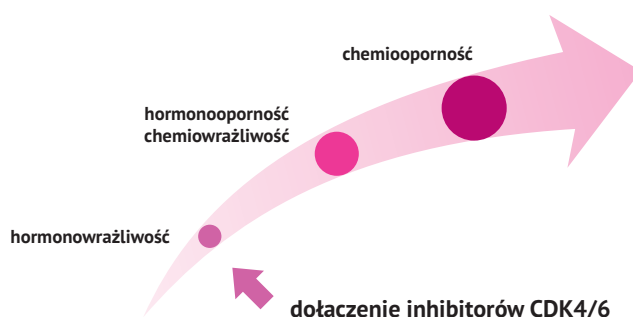
Lek	Postać	Dawkowanie	Refundacja
tamoksyfen	tabletki	20 mg -1 x 1 tabl.	tak – 1 i 2 linia hormonoterapii
anastrozol	tabletki	1 mg -1 x 1 tabl.	tak – 2 linia hormonoterapii
letrozol	tabletki	2,5 mg -1 x 1 tabl.	tak – 2 linia hormonoterapii
egzemestan	tabletki	25 mg -1 x 1 tabl.	tak – 2 linia hormonoterapii
fulwestrant	zastrzyk domięśniowo	2 zastrzyki po 250 mg co 4 tygodnie z dodatkową dawką po 2 tygodniach od pierwszej dawki	tak
goserelina	zastrzyk podskórnie	3,6 mg podskórnie co 28 dni u kobiet przed menopauzą w połączeniu z inną hormonoterapią	tak

Opracowano również nowe leki, które zwiększają skuteczność hormonoterapii. **Ewerolimus** (lek z grupy inhibitorów mTOR) jest lekiem stosowanym w połączeniu z **egzemestanem** u wybranych chorych (brak refundacji w Polsce). Niemniej stosowanie tego leku wiąże się z dość uciążliwymi działaniami niepożądanymi. W listopadzie 2016 r. zarejestrowano w UE nowy lek – **palbocyklib**, a w sierpniu 2017 – **ribocyklib** (leki z grupy inhibitorów kinazy zależnej od cykliny 4. i 6. – CDK4/6) – które w połączeniu z **letrozolem** lub **fulwestrantem** są bardziej skuteczne niż standardowa hormonoterapia. Dołączenie nowego leku wydłuża w leczeniu pierwszorazowym czas do progresji choroby o około 10 miesięcy (z 14 miesięcy do 24 miesięcy). Co ważne, dołączenie leków z tej grupy do hormonoterapii nie pogarsza jakości życia. Kolejne leki z tej grupy są intensywnie badane. Należy uznać, że dołączenie inhibitorów CDK4/6 stanowi przełom w leczeniu chorych na hormonozależnego raka piersi. Leki te nie są jednak do tej pory refundowane w Polsce.

Tabela 2. Optymalizacja terapii – dołączenie inhibitorów kinazy zależnej od cykliny 4. i 6.

Lek	Hormonoterapia w połączeniu	Linia leczenia	Stan menopauzalny	Dawkowanie	Rejestracja w UE	Refundacja
palbocyklib	inhibitor aromatazy lub fulwestrant	1. lub 2.	przed i po menopauzie	tabl. 125 mg dziennie przez 3 tygodnie, tydzień przerwy	tak	nie
rybocyklib	letrozol	1.	po menopauzie	600 mg dziennie przez 3 tygodnie, tydzień przerwy	tak	nie
abemacyklib	inhibitor aromatazy lub fulwestrant	1. lub 2.	po menopauzie	150 mg dwa razy dziennie	nie	nie

U większości chorych na hormonozależnego raka piersi na początku choroby komórki nowotworowe są wrażliwe na hormonoterapię. Dołączenie inhibitora CDK4/6 pozwala utrzymać ten stan znacznie dłużej. Po pewnym czasie w komórkach nowotworowych rozwija się hormonoodporność. Wtedy jedynym leczeniem jest chemioterapia, której działania niepożądane są znacznie bardziej nasilone.



Rycina 3. Optymalizacja terapii chorych na hormonozależnego raka piersi.

LECZENIE CHORYCH NA PRZERZUTOWEGO HER2-DODATNIEGO RAKA PIERSI

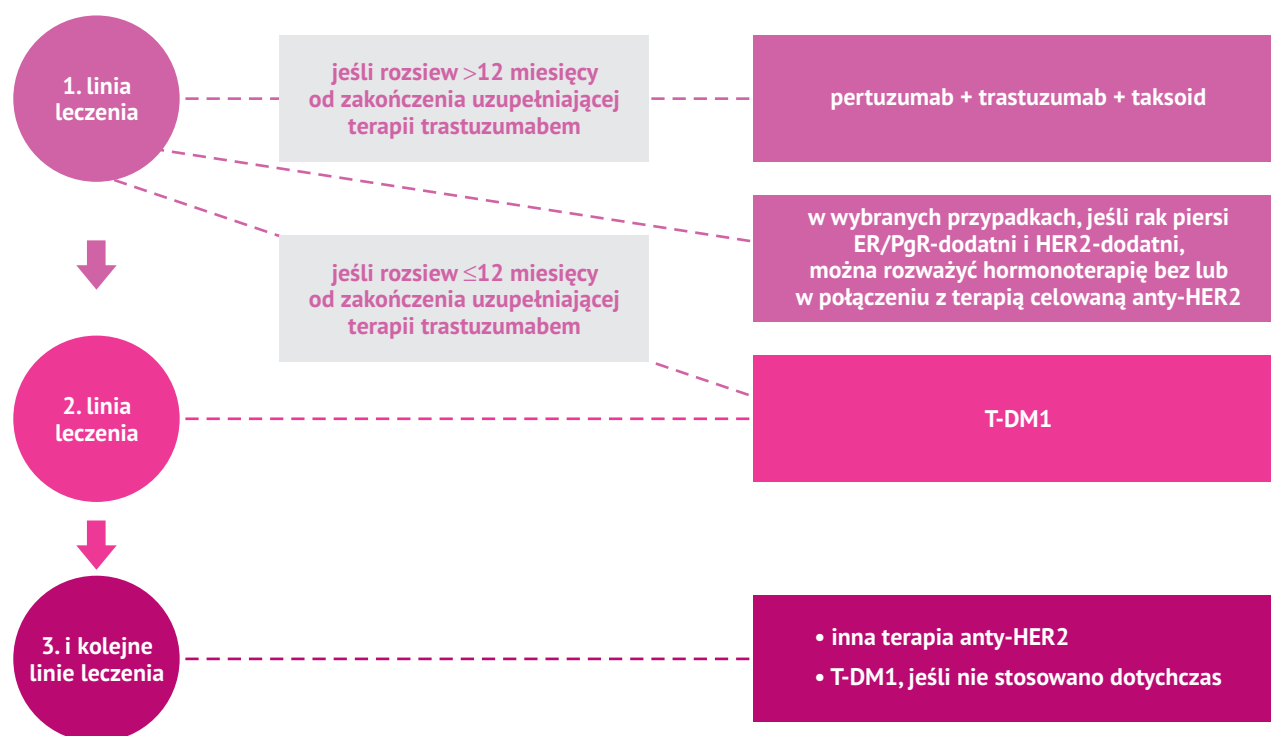
Podstawę terapii stanowi **leczenie skierowane przeciw HER2**, które należy stosować jak najdłużej od nawrotu choroby.

Standardem postępowania w ramach 1. linii leczenia jest terapia złożona z **pertuzumabu, trastuzumabu i leku cytotoksycznego (najczęściej docetakselu)** [1-2]. Leczenie to wydłuża czas przeżycia chorych o 16 miesięcy (40 miesięcy vs 56 miesięcy). Taka terapia jest dostępna dla polskich pacjentek w programie lekowym. Gdy dochodzi do progresji choroby zgodnie z europejskimi zaleceniami należy stosować **T-DM1** (połączenie **trastuzumabu** z cytostatykiem – **majtanzyną**). Leczenie to również poprawia rokowanie chorych (czas przeżycia o 6 miesięcy: 25 miesięcy vs 31 miesięcy). Obecnie ta terapia nie jest refundowana w Polsce. Chore mogą być natomiast leczone w programie lekowym **lapatynibem** (doustnym lekiem anti-HER2) w połączeniu z **kapecytabiną** (doustnym lekiem cytotoksycznym). Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi Advanced Breast Cancer (ABC3) opracowanymi przez European School of Oncology (ESO) i European Society for Medical Oncology (ESMO) w kolejnych liniach leczenia należy kontynuować terapię anti-HER2 z innymi cytostatykami [2]. W polskich warunkach, z uwagi na brak refundacji, obecnie stosuje się tylko chemioterapię [1].

Tabela 3. Leki anti-HER2 w leczeniu chorych na HER2-dodatniego raka piersi.

LEK: TRASTUZUMAB					
Postać leku	Leki stosowane razem	Linia leczenia	Dawkowanie	Rejestracja w UE	Refundacja w Polsce
dożylna lub podskórna	chemioterapia, po jej zakończeniu monoterapia trastuzumabem	każda	dożylnie 6 mg/kg masy ciała co 3 tygodnie (dawka nasycająca 8 mg/kg masy ciała); podskórnie: 600 mg co 3 tygodnie	tak	w połączeniu z pertuzumabem: możliwa jedna linia leczenia w połączeniu z chemioterapią u chorych, u których wcześniej nie stosowano trastuzumabu lub w przypadku wcześniejszej terapii w ramach leczenia okołooperacyjnego

LEK: TRASTUZUMAB – ciąg dalszy					
Postać leku	Leki stosowane razem	Linia leczenia	Dawkowanie	Rejestracja w UE	Refundacja w Polsce
dożylna lub podskórna					w skojarzeniu z chemioterapią: w 2. rzucie leczenia, po uprzednim leczeniu antracyklinami; tylko u chorych, u których wcześniej nie stosowano trastuzumabu
LEK: PERTUZUMAB					
dożylna	razem z trastuzumabem i chemioterapią	1.	420 mg dożylnie co 3 tygodnie (dawka nasycająca 840 mg dożylnie)	tak	tak – 1. linia leczenia w połączeniu z trastuzumabem i docetakselem
LEK: T-DM1					
dożylna	monoterapia	2. i kolejne	3,6 mg/kg masy ciała co 3 tygodnie	tak	nie
LEK: LAPATYNIB					
doustna	z kapecytabiną	2. i kolejne	1250 mg dziennie	tak	tak



Rycina 4. Zalecenia postępowania u chorych na uogólnionego HER2-dodatniego raka piersi [2].

LECZENIE CHORYCH NA PRZERZUTOWEGO ER/PGR-UJEMNEGO HER2-UJEMNEGO, CZYLI POTRÓJNIE UJEMNEGO RAKA PIERSI

U chorych na rozszanego potrójnie ujemnego raka piersi jedyną metodą terapii w chwili obecnej jest **chemioterapia** [1-2]. Preferuje się terapię jednym lekiem cytotoksycznym – czyli monoterapię. Chemioterapię wielolekową należy rozważyć jedynie w przypadku szybkiej progresji, obecności przerzutów zagrażających życiu, w sytuacji konieczności osiągnięcia szybkiej kontroli nad chorobą [2].

Wybór terapii najczęściej zależy od wcześniejszego leczenia. Leki cytotoksyczne stosowane u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi to m.in. **antracykliny** (*dokсорubicyna, epirubicyna*), **taksany** (*paklitaksel, docetaksel*), **kapecytabina, winorelbina, pochodne platyny** (*cisplatyna, karboplatyna*), **gemcytabina** [2]. Jeżeli antracykliny i taksany stosowano w ramach terapii okołoperacyjnej, można do nich wrócić. Antracykliny podaje się do wyczerpania życiowej dawki (po jej przekroczeniu znacznie rośnie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych), można też stosować **dokсорubicynę liposomalną**. Z kolei do taksanów warto wrócić, gdy nawrót choroby wystąpił po roku od zakończenia terapii uzupełniającej tymi lekami.

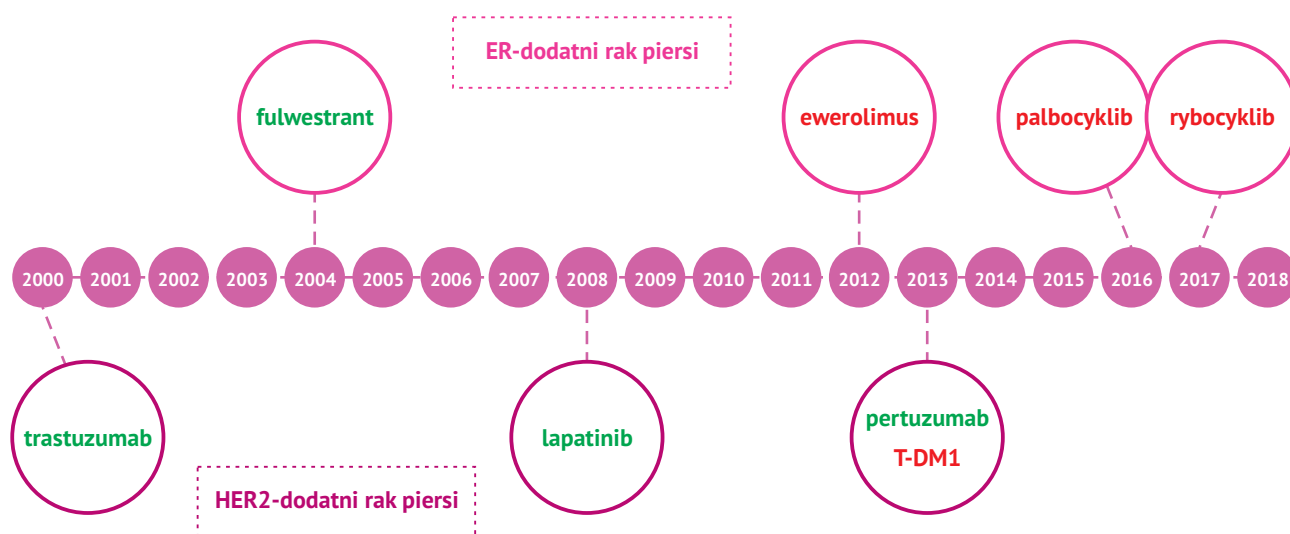
Chemioterapię można podawać:

- dożylnie lub doustnie (tabletki: kapecytabina, winorelbina);
- w schematach co tydzień lub co 3 tygodnie.

Obecnie popularność zyskuje również chemioterapia metronomiczna, tj. podawanie niskich dawek leków w małych odstępach czasowych – pozwala to na osiągnięcie efektu terapeutycznego przy bardzo niskiej toksyczności.

Tabela 4. Chemioterapia w uogólnionym raku piersi.

Lek	Postać leku	Dawkowanie	Uwagi
dokсорubicyna	dożylna	20-30 mg co tydzień	z uwagi na kardiotoxyczność dawka życiowa wynosi 450 mg/m ²
paklitaksel	dożylna	80 mg/m ² co tydzień	częściej stosowany w monoterapii niż docetaksel
docetaksel	dożylna	75-100 mg/m ² co 3 tygodnie	stosowany częściej w ramach schematu PTH (pertuzumab + trastuzumab + docetaksel)
kapecytabina	doustna	2500 mg/m ² w dwóch dawkach dziennie przez 2 tygodnie, następnie tydzień przerwy	po antracyklinach i taksanach, wygodna forma podania
winorelbina	dożylna lub doustna	co tydzień 25-30 mg/m ² dożylnie lub 60-80 mg/m ² doustnie	po antracyklinach i taksanach, wygodna forma podania
cisplatyna	dożylna	40-50 mg/m ² co tydzień	w kolejnych liniach leczenia; lek częściej stosowany u nosicieli mutacji BRCA
gemcytabina	dożylna	1000 mg/m ² co tydzień	w kolejnych liniach leczenia
cyklofosfamid	dożylna lub doustna	1000 mg co tydzień dożylnie lub 100 mg doustnie dziennie	po terapię często sięga się u pacjentek z zaburzeniami czynności wątroby



Rycina 5. Postęp w leczeniu chorych na uogólnionego ER-dodatniego i HER2-dodatniego raka piersi. Na osi czasu zaznaczono leki zarejestrowane w UE w kolejnych latach. Na czerwono leki nieobjęte refundacją w Polsce, na zielono leki objęte refundacją (w ramach katalogu lub programu lekowego).

d. Dostępność do leczenia. Finansowanie

Chemioterapia i hormonoterapia są dostępne i refundowane w Polsce. Chemioterapia może być podawana w ramach hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym. Pacjentki mogą również przyjmować ją w formie tabletek w domu – jest to wygodna forma, zwłaszcza u chorych, u których występuje problem z dostępem do żył obwodowych.

Hormonoterapia w tabletkach wypisywana jest na receptach. Najczęściej pacjentki nie muszą za nią płacić – poziom refundacji „B” (bezpłatny do limitu). W obrębie doustnej hormonoterapii stosowanych jest wiele leków generycznych. Obecnie żadne nowoczesne terapie, które znacznie poprawiają skuteczność hormonoterapii – jak inhibitory CDK4/6 – nie są refundowane w Polsce. Jest to bardzo intensywnie badana grupa leków. Inhibitory CDK4/6 w połączeniu z hormonoterapią stanowią preferowaną opcję terapeutyczną zgodnie z europejskimi zaleceniami ABC3 (w najbliższym czasie opublikowane zostaną zalecenia ABC4, które w tym zakresie pokrywają się z poprzednimi). Należy dołożyć starań, aby polskie pacjentki miały dostęp do refundacji tej grupy leków, jak to jest w przypadku wielu innych państw (Austrii, Niemiec, Danii, Holandii, Norwegii, Szwecji, Szwajcarii i Islandii). Jest to, obok suboptymalnej organizacji diagnostyki i leczenia raka piersi i powszechnego nadużywania chemioterapii, jeden z kluczowych problemów polskich chorych na uogólnionego raka piersi.

W przypadku terapii anty-HER2 leczenie stosowane jest w ramach programu lekowego. Polskie chore mają dostęp do pertuzumabu, trastuzumabu (są to dwa przeciwciała monoklonalne skierowane przeciw HER2) i docetakselu (schemat PTH), które stosowane razem stanowią standard leczenia w 1. linii HER2-dodatniego przerzutowego raka piersi.

W przypadku progresji choroby podczas tej terapii w ramach programu lekowego można podać lapatinib (lek anty-HER2) z kapecytabiną. U wybranych chorych, które nie są kandydatkami do terapii według schematu PTH, można zastosować sam trastuzumab z chemioterapią pod warunkiem, że wcześniej nigdy nie stosowano trastuzumabu. Zgodnie z wcześniej wspomnianymi europejskimi zaleceniami ABC3, terapię anty-HER2 należy prowadzić przez cały czas w kolejnych liniach począwszy od 1. linii leczenia.

W Polsce możliwe jest leczenie anty-HER2 tylko w ramach maksymalnie 2. linii leczenia.

W kolejnych liniach można stosować samą chemioterapię, co jest leczeniem suboptymalnym. Nie ma refundacji leku T-DM1 (standard 2. linii leczenia zgodnie z zaleceniami ABC3, lek refundowany w większości państw UE) ani trastuzumabu w kolejnych liniach leczenia (zgodnie z wytycznymi zalecanego do stosowania praktycznie cały czas; w sytuacji progresji należy zmieniać tylko lek cytotoksyczny).

Wymienione wyżej ograniczenia – brak refundacji inhibitorów CDK4/6 i terapii anty-HER2 w kolejnych liniach – są jednym z powodów gorszych wyników leczenia polskich chorych w porównaniu z innymi krajami UE. Część naszych pacjentek miała szansę dostępu do tych nowoczesnych terapii poprzez udział w badaniach klinicznych, niemniej obecnie leki są niedostępne dla nowych chorych. Z uwagi na uzyskane wyniki terapii z ich zastosowaniem zarejestrowano w UE, a badania kliniczne są prowadzone w znacznie mniejszym zakresie.

Uogólniony rak piersi jest chorobą przewlekłą, dlatego należy dążyć do dostępu nowoczesnych, skutecznych terapii, umożliwiających utrzymanie dobrej jakości życia i prowadzenia dotychczasowego życia jak najdłużej.

W przypadku potrójnie ujemnego raka piersi nadal brakuje skutecznej terapii. Chemioterapia, którą dysponujemy, jest skuteczna na krótki czas. W ostatnich latach zaprezentowano pierwsze obiecujące wyniki leczenia z zastosowaniem terapii ukierunkowanych molekularnie w wąskich podgrupach chorych na potrójnie ujemnego raka: olaparib (inhibitor PARP) u chorych z mutacją *BRCA1/2* i leków blokujących szlak receptora androgenowego w przypadku raków z ekspresją receptora androgenowego. Ponadto w tej grupie chorych trwają intensywne badania nad immunoterapią, niemniej dostępne wyniki nie są tak spektakularne, jak w przypadku innych nowotworów.

U pacjentek z uogólnionym rakiem piersi niezmiernie ważne jest skuteczne leczenie wspomagające. W Polsce nie ma problemu z refundacją leków przeciwbólowych czy przeciwwymiotnych. Refundacją objęte są również bisfosfoniary – leki stosowane wspomagająco w przypadku zmian przerzutowych w kośćcu. Polskie chore nie mają jednak dostępu do denosumabu – leku również wzmacniającego zmienione przerzutowo kości, bezpiecznego u chorych z cechami niewydolności nerek.

Tabela 5. Potrzeby medyczne chorych na uogólnionego raka piersi w Polsce.

Hormonozależny HER2-ujemny rak piersi	Refundacja inhibitorów CDK4/6 (palbocyklibu, rybocyklibu), ewerolimusu
Raki HER2-dodatnie	Refundacja T-DM1, trastuzumab w kolejnych liniach leczenia
Rak potrójnie ujemny	Nowe skuteczne leki
Przerzuty w kośćcu, zwłaszcza u chorych z niewydolnością nerek – leczenie wspomagające	Refundacja denosumabu

e. Leczenie chorych w Breast Cancer Unit

Leczenie każdej pacjentki powinno być indywidualnie omawiane w ramach **konsyliów wielodyscyplinarnych**. Podczas tych spotkań ustalane jest optymalne leczenie onkologiczne z uwzględnieniem terapii wspomagającej. Za każdym razem omawiane jest dalsze postępowanie u chorej w przypadku progresji choroby lub pojawienia się nasilonej toksyczności. W skład zespołu wielodyscyplinarnego wchodzi najczęściej chirurg onkolog, onkolog i radioterapeuta. Korzystają oni często z pomocy innych specjalistów – radiologa, patologa, psychologa, psychiatry, kardiologa, ortopedy, neurochirurga, ginekologa, specjalisty od rehabilitacji itp. Ogromną zaletą oddziału leczącego jedynie chore na raka piersi, czyli Breast Unit, jest dogłębna wiedza i wieloletnie doświadczenie zespołu w terapii jednej jednostki chorobowej, która i tak jest niezmiernie złożona. Onkologia jest niezwykle wymagającą dziedziną medycyny, postęp następuje bardzo szybko. Dlatego dedykowany zespół pracujący

w ramach Breast Unit gwarantuje opiekę na jak najwyższym poziomie, co przekłada się na dużo lepsze wyniki leczenia chorych. W Polsce w ostatnich latach powstaje wiele oddziałów Breast Unit. Niemniej szpitale same występują o akredytację tych ośrodków. W ostatnim czasie zapowiedziano rozpoczęcie prac nad systemowym rozwiązaniem organizacji tych oddziałów.

Podsumowanie

Uogólniony rak piersi jest chorobą przewlekłą. Celem leczenia chorych jest przedłużenie czasu przeżycia, ale również zmniejszenie nasilenia dolegliwości i maksymalizacja jakości życia. Wybierając leczenie należy uwzględnić zarówno biologiczny podtyp raka piersi (oceniający na podstawie ekspresji receptorów ER, PgR i HER2), przebyte leczenie, jak również czynniki związane z chorobą (w tym współistniejące choroby i preferencje pacjentki). W przypadku chorych na hormonozależnego raka piersi zdecydowanie lepsze wyniki leczenia uzyskuje się, gdy hormonoterapię łączy się z nowymi lekami (tzw. inhibitorami kinazy zależnymi od cykliny 4. i 6.). U chorych na HER2-dodatniego raka piersi kluczowe znaczenie ma ciągłe blokowanie szlaku HER2. Natomiast u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi nadal nie ma skutecznej terapii – chemioterapia pozostaje jedyną metodą leczenia. Oprócz leczenia przyczynowego niezwykle istotne jest leczenie wspomagające. Dostęp do nowoczesnych terapii dla polskich pacjentek jest ograniczony.

Piśmiennictwo:

1. Krzakowski M, Warzocha K. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. *Via Medica* 2013.
2. Cardoso F, Costa A, Senkus E i wsp. 3rd ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 3). *Annals of Oncology* 2017; 28: 16-33.
3. Lobbezoo DJA, van Kampen RJW, Voogd AC i wsp. Prognosis of metastatic breast cancer subtypes: the hormone receptor/HER2-positive subtype is associated with the most favorable outcome. *Breast Cancer Research and Treatment* 2013; 141: 507-514.

Społeczny i ekonomiczny aspekt zaawansowanego raka piersi

Nowotwór piersi, podobnie jak inne choroby, niesie za sobą szereg skutków nie tylko związanych z leczeniem i pobytem w placówkach leczniczych, ale także tych ekonomicznych i społecznych. Choroba wpływa na różne aspekty życia osób nią dotkniętych i może generować między innymi problemy finansowe wynikające z utraty pracy lub niemożności jej wykonywania, trudności w komunikacji z najbliższymi, czego następstwem może być załamanie nerwowe oraz depresja. Walka z nowotworem to czas niepewności dla pacjenta i skrajnych emocji, które towarzyszą temu okresowi, począwszy od poddania się i odizolowania od dotychczasowego życia, aż do emocji pozytywnych skupionych na walce o siebie i lepsze życie pomimo następstw choroby – sytuacje takie mogą wystąpić szczególnie w przypadku zaawansowanych form nowotworu.

Większość danych dotyczących następstw społecznych i ekonomicznych raka piersi dotyczy ogółu chorych na ten rodzaj nowotworu. Statystyki nie obejmują podziału na stadia i stopnie zaawansowania choroby, w związku z czym przedstawienie danych na temat zaawansowanego raka piersi nie jest w tym przypadku możliwe. Z tego względu prezentowane informacje będą się odnosić głównie do raka piersi ogółem.

a. Aspekt ekonomiczny

Choroba nowotworowa niesie za sobą szereg wydatków ponoszonych przez system opieki zdrowotnej (budżet państwa) oraz pacjenta i jego rodzinę. Można je podzielić na koszty mierzalne (możliwe do przeliczenia w jednostkach monetarnych) oraz niemierzalne (związane z bólem i cierpieniem).

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wyróżnia następujące kategorie przy ocenie kosztów choroby:

- **koszty bezpośrednie medyczne** – związane z zużyciem zasobów bezpośrednio potrzebnych do zapewnienia opieki medycznej;
- **koszty bezpośrednie niemedyce** – związane z zużyciem zasobów niezwiązanych bezpośrednio z opieką medyczną, ale służących do jej zapewnienia, w tym między innymi wydatki poniesione na: administrację szpitala, personel niemedyce, dojazd do szpitala itp.
- **koszty pośrednie**, definiowane jako koszty zasobów utraconych w związku z chorobą i jej konsekwencjami. Według raportów Agencji Oceny Technologii Medycznych są to koszty utraconej produktywności osób chorych i ich opiekunów nieformalnych; w ramach kosztów pośrednich należy ująć koszty związane z pracą płatną¹.

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA) – projekt, Warszawa 2016.

Koszty choroby		
Koszty bezpośrednie medyczne	Koszty bezpośrednie niemedyczne	Koszty pośrednie
<ul style="list-style-type: none"> zakup leków wyroby medyczne diagnostyka hospitalizacja praca personelu medycznego 	<ul style="list-style-type: none"> transport chorego opieka rodziny nad osobą chorą wydatki na administrację szpitala personel niemedyczny renty i zasiłki dla chorych i opiekunów utracone składki ZUS oraz podatki 	<ul style="list-style-type: none"> transport niemedyczny dieta świadczenia rehabilitacyjne koszty ponoszone przez bliskich pacjenta

Rycina 1. Kategorie kosztów choroby

Źródło: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA) – projekt, Warszawa 2016.

Określenie kosztów zmniejszonej produktywności w następstwie choroby jest zadaniem skomplikowanym i opartym na określonych założeniach. Uzyskane w ten sposób dane mają charakter szacunkowy i mogą budzić kontrowersje. W tych statystykach brakuje jednego, wspólnego, rzetelnego przelicznika oddającego stan faktyczny kosztów. Istotny problem stanowi tu odpowiednie przeliczenie ich składowych, m.in. produktywności, która w każdym przypadku wygląda inaczej i może być w inny sposób liczona. Najczęściej wykorzystywanymi metodami stosowanymi do ich przeliczeń są: metoda kapitału ludzkiego (ang. *Human Capital Approach* – HCA) oraz kosztów frykcyjnych (ang. *Friction Cost Approach* – FCA). W sytuacji liczenia HCA utratę produktywności spowodowaną chorobą traktuje się jako koszt dla społeczeństwa, natomiast przy obliczaniu FCA bierze się pod uwagę tylko tę część produktywności, która nie została wyrównana w inny sposób².

Według raportów opublikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rośnie liczba wydawanych zaświadczeń lekarskich dla pacjentek z nowotworem piersi (ogółem) – w 2012 r. było to 38 144, a w 2016 r. 46 479 (wzrost o blisko 22%). Wraz ze wzrostem liczby wydawanych zwolnień lekarskich rośnie również łączna liczba dni absencji – w 2012 r. wyniosła 942 255 dni, natomiast w 2016 r. było to 1 099 652 dni (wzrost o blisko 17%). Przeciętna długość absencji dla jednej pacjentki wynosi obecnie około 24 osobodni (tabela 1).

Tabela 1. Liczba dni absencji w pracy oraz liczba wydanych zaświadczeń lekarskich spowodowanych nowotworem piersi.

Lata	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich
2012	942 255	38 144
2013	974 497	39 876
2014	1 021 195	42 303
2015	1 074 620	44 920
2016	1 099 652	46 579

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, opracowanie własne

2. Władysław M., Szmurło D., Kostrzewska K., Adamski J. et al., Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych – metodyka, badanie pilotażowe i rekomendacje, HTA Consulting, Warszawa 2014

Ogólna liczba osób, którym wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie spowodowane nowotworem piersi, wyniosła w 2013 r. nieco ponad 12,2 tys. Ponad połowę tej grupy stanowiły kobiety w wieku 50-59 lat (ponad 6,1 tys. osób). Liczna była także grupa 40-49 lat (3,5 tys. kobiet). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura osób ubezpieczonych w ZUS-ie, którym w danym roku wydano przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nowotworem piersi według wieku i płci.

Wiek ubezpieczonych	OGÓŁEM liczba	w odsetkach	Mężczyźni liczba	w odsetkach	Kobiety liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	12 234	100	136	100	12 098	100
19 lat i mniej	3	0		0,7	2	0
20-29	130	1,1	13	9,6	117	1
30-39	1 302	10,6	25	18,4	1 277	10,5
40-49	3 561	29,1	20	14,7	3 541	29,3
50-59	6 174	50,5	46	33,8	6 128	50,6
60-64	828	6,8	20	14,7	808	6,7
65 lat i więcej	236	1,9	11	8,1	225	1,9

Źródło: Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B., Gryglewicz J.; Raport Rak piersi w Polsce- leczenie to inwestycja; Warszawa 2014

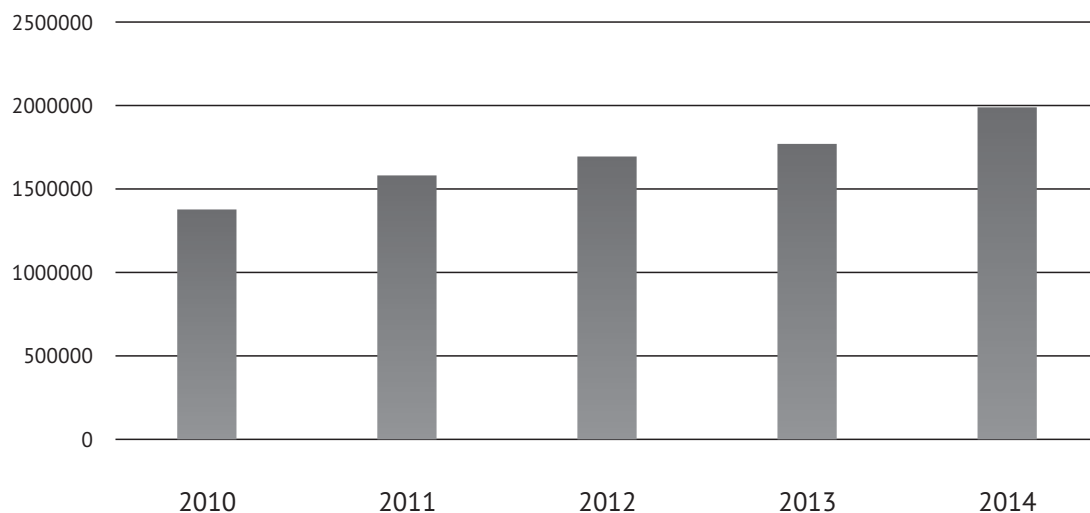
Ważnym czynnikiem uwzględnianym w liczeniu kosztów pośrednich jest zjawisko absenteizmu (nieobecności pracownika w pracy). Absenteizm spowodowany rakiem piersi stanowi coraz wyższy procent PKB, w 2010 r. wynosił on 0,025% PKB natomiast w 2014 r. 0,031% PKB (tabela 3). Szacunki opracowane przez prof. Nojszewską pokazały, że koszty pośrednie w 2010 r. wyniosły 359 754 068 zł a w 2014 r. osiągnęły sumę 526 992 710 zł (tabela 3). Dane te ukazują znaczną tendencję wzrostową kosztów związanych z nieobecnością w pracy spowodowaną nowotworem piersi.

Tabela 3. Koszty pośrednie związane z absenteizmem chorych na nowotwór piersi

Lata	Koszt pośredni w PLN	Koszt pośredni jako procent PKB
2010	359 754 068,4	0,025
2011	408 945 227,1	0,026
2012	461 756 185,8	0,028
2013	486 218 328,2	0,029
2014	526 992 710,8	0,031

Źródło: Nojszewska E., Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce; Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

W analizie zjawiska absenteizmu związanego z rakiem piersi należy uwzględnić nie tylko nieobecność w pracy samego chorego, ale również bliskiej osoby czy opiekuna. W 2010 r. koszt pośredni wynikający z tego tytułu wyniósł 1 393 503 zł, w 2012 r. 1 706 445 zł, natomiast w 2014 r. wzrósł do 2 007 859 zł.



Rycina 2. Koszty pośrednie związane z absenteizmem opiekunów chorego w PLN.

Źródło: Nojszewska E., Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce; Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

Zgodnie ze statystykami przedstawionymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia koszty związane z leczeniem nowotworu piersi oscylują w granicach ok. 500 mln rocznie. W 2010 r. wyniosły 521 307 tys. zł (przy liczbie pacjentek 143 911), w 2012 roku 489 055 tys. zł (158 534 pacjentek), a w 2014 roku 543 766 tys. zł (174 005 pacjentek). Udział środków przeznaczanych na opiekę i terapię nowotworu piersi w odniesieniu do wszystkich wydatków na terapię i opiekę NFZ jest wysoki i przekracza 1% (tabela 4).

Tabela 4. Dane statystyczne NFZ dotyczące liczby pacjentek z rozpoznaniem nowotworem piersi oraz wydatków na ich leczenie.

Lata	Liczba pacjentek	Dynamika liczby pacjentek względem roku 2009	Wydatki na leczenie raka piersi w NFZ w tys. zł	Całkowite wydatki na leczenie w NFZ (koszty świadczeń) bez kosztów leków i POZ w tys. zł	Dynamika wydatków na leczenie raka piersi w NFZ względem roku 2009	Udział kosztów leczenia raka piersi w kosztach świadczeń, bez kosztów leków i POZ, NFZ
2010	143 911	104%	521 307	39 148 420	101%	1,33%
2011	151 831	109%	478 737	40 999 136	93%	1,17%
2012	158 534	114%	489 055	43 566 070	95%	1,12%
2013	166 031	119%	518 471	44 919 550	100%	1,15%
2014	174 005	125%	543 766	45 976 037	105%	1,18%

Źródło: Nojszewska E., Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce; Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

Świadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych mogą mieć różną formę, tj. pieniężną (renty z tytułu niezdolności do pracy, absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, rehabilitacja lecznicza, renty socjalne) i rzeczową (sprzęt rehabilitacyjny, świadczenia w naturze).

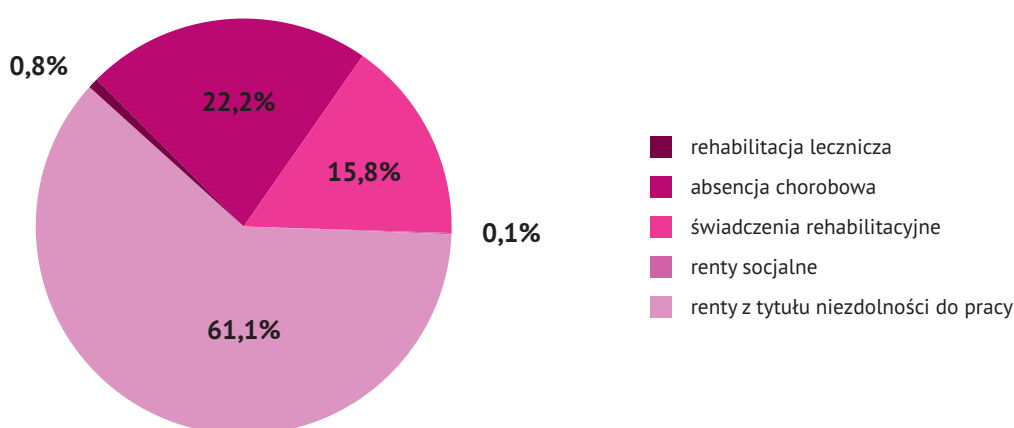
Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeznaczył w 2010 r. 207 589 tys. zł na pieniądze świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z nowotworem piersi, w 2012 r. była to suma równa 232 016 tys. zł, natomiast w 2013 r. 254 446 tys. zł. W roku 2014 suma tych wydatków była podobna jak w 2012 r. i wyniosła 234 316 tys. zł (tabela 5). Znaczny odsetek tych kosztów stanowią renty z tytułu niezdolności do pracy, które w 2010 r. wyniosły 147 093 tys. zł, w 2013 r. 155 008 tys. zł a w 2014 r. 125 989 tys. zł. Istotną część wydatków z ubezpieczeń społecznych na poczet nowotworu piersi stanowi absencja chorobowa, z tytułu której w 2010 roku ZUS wydał 42 093 tys. zł, w 2012 r. 54 583 tys. zł, a w 2014 r. 59 782 tys. zł (tabela 5).

Tabela 5. Wydatki ZUS na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z nowotworem piersi (w tys. zł).

	2010	2011	2012	2013	2014
Renty z tytułu niezdolności do pracy	147 093,20	145 708,80	141 660,10	155 008,60	125 989,30
Absencja chorobowa	42 093,20	47 074,60	54 583,70	56 677,40	59 782,90
Świadczenia rehabilitacyjne	16 570,80	24 451,40	36 667,60	39 825,20	44 557,60
Rehabilitacja lecznicza	987,10	1 360,70	1 791,30	2 564,30	3 174,80
Renty socjalne	176,70	237,90	314,00	371,30	812,00
Suma wydatków związanych z nowotworem piersi	207 589,30	218 833,30	232 016,70	254 446,80	234 316,60
Wydatki na wszystkie nowotwory	1 406 552,70	1 469 889,80	1 528 796,40	1 673 520,50	1 545 419,20

Źródło: Nojszewska E., Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce; Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

Na przykładzie danych zebranych za rok 2012 można przeanalizować strukturę wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem piersi. Największą część kosztów stanowią renty z tytułu niezdolności do pracy (61,1%), natomiast najmniejszy udział mają renty socjalne (0,10%) (Rycina 3).



Rycina 3. Struktura wydatków w roku 2012 na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną nowotworem piersi według rodzajów świadczeń.

Źródło: Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B., Gryglewicz J.; Raport Rak piersi w Polsce - leczenie to inwestycja; Warszawa 2014

b. Społeczny i psychologiczny aspekt życia osób chorych na zaawansowanego raka piersi

Stan zdrowia to odczucia nie tylko fizyczne, ale także psychiczne (subiektywne odczucia człowieka dotyczące jego komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia). Jako zdrowie rozumie się zdolność do egzystencji w społeczeństwie oraz do samodzielnego radzenia sobie w codziennych sytuacjach.

Problemy z jakimi zmagają się pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi



Źródło: opracowanie własne

Zdrowie psychiczne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie psychiczne jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować³. Pojawienie się w życiu choroby jest momentem zachwiania dotychczasowej jakości życia. Walka z chorobą znacząco wpływa na psychikę człowieka. Zaawansowany nowotwór piersi, który w dalszym ciągu kojarzy się najczęściej ze śmiercią, wpływa negatywnie na samopoczucie pacjenta. Częste pogrążanie się w strachu, smutku, przygnębieniu może skutkować stanami lękowymi a także depresją, która opóźnia procesy terapeutyczne. Brak dostatecznej ilości informacji dotyczących zaawansowanego nowotworu piersi pogłębia zły stan psychiczny pacjenta, utwierdzając go w przekonaniu, że nie ma nadziei na wyleczenie. Zdrowie psychiczne odgrywa bardzo ważną rolę w walce z chorobą. Poprzez pozytywne nastawienie pacjent jest w stanie dobrze funkcjonować mimo ograniczeń wynikających z choroby. Zdrowie psychiczne jest czynnikiem wpływającym na jakość życia⁴. Szacuje się, że około 30% pacjentów z zaawansowanym nowotworem cierpi na depresję⁵.

3. http://www.who.int/mental_health/en/, data dostępu: 19.09.2017, 17:30.

4. Kalembrik A., Juczyński Z., Psychologiczny wymiar "jakości życia" w chorobach nowotworowych; *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica* 5, 71-82, 2001.

5. Murawiec S., Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne; *OncoReview* 2012/Vol. 2/Nr 3/201-208.

Wymiary jakości życia		
Wymiar czasu	Wymiar doświadczenia	Wymiar odniesienia
<ul style="list-style-type: none"> przeszłość teraźniejszość bliska przyszłość daleka przyszłość 	<ul style="list-style-type: none"> fizycznego psychicznego interpersonalnego społeczno-ekonomicznego (poziom) wartości 	<ul style="list-style-type: none"> grupa kulturowa, polityczna, społeczna rodzina jednostka

Rycina 4. Wymiary jakości życia

Źródło: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H., Psychoonkologia Diagnostyka – Metody terapeutyczne; Elsevier, 2011

Jakość życia

Franz Porzsolt podkreśla, że „jakość życia stanowi różnicę między wartością teoretyczną a realną, gdzie wartość teoretyczna to potrzeby ludzi, a wartość realna to rzeczywistość”⁶. Według Porzsolta jakość życia jest niska, gdy zauważalna jest znacząca różnica między wartością teoretyczną a realną. Choroba nowotworowa w wielu sytuacjach przewartościowuje poglądy oraz priorytety. Jakość życia w sytuacji ciężkiej choroby zmienia się znacząco. Pacjent więcej uwagi poświęca swojemu stanowi zdrowia niż otoczeniu (przyjaciołom, rodzinie, pracy). Na odnalezienie się w nowej sytuacji znaczny wpływ ma osobowość pacjenta, jego nastawienie, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach nowych, stresogennych⁷. Dla części pacjentów choroba może działać motywująco do walki o siebie, natomiast dla drugiej części choroba jest powodem do zaprzestania wszelkich aktywności, które sprawiały mu przyjemność⁸. Wykazano, że im bardziej konstruktywnie osoba chora radzi sobie z chorobą nowotworową, tym lepiej funkcjonuje fizycznie, poznawczo, emocjonalnie, w relacjach społecznych i tym lepszą jakość życia odczuwa⁹.

Aspekt społeczno-psychologiczny

Choroby nowotworowe są nadal tematem tabu w Polsce. Słowo „rak”, „nowotwór” kojarzy się z ogromnym cierpieniem i śmiercią przez co pacjenci z nowotworami borykają się z wieloma problemami takimi jak: brak akceptacji siebie, brak zrozumienia, zaprzestanie dotychczasowej aktywności. Poważnym problemem jest poczucie wykluczenia społecznego, które jest spowodowane nie tyle niechęcią do takich osób, ale brakiem wiedzy społeczeństwa na temat tej choroby. Osoby zdrowe nie wiedzą jak rozmawiać z takimi osobami i w jaki sposób im pomóc, przez co czują się zakłopotane w rozmowie, co osoba chora szybko odczuwa i źle interpretuje. Wynikiem tego jest wycofanie się z życia zawodowego i towarzyskiego^{10,11}.

Relacje towarzyskie

Pojawienie się w życiu choroby jest niezwykle trudną sytuacją dla osoby chorej, ale także dla jej przyjaciół i rodziny. Stopniowe wycofywanie się z życia towarzyskiego i rodzinnego negatywnie wpływa na wzajemne

6. Porzsolt F., Nutzlose Wirkungen und zweifelhafte therapeutische Strategien. Ulmer Universitätsmagazin 235 7-8; 2000.
7. Turska W., Skowron A., Metodyka oceny jakości życia; *Farm Pol*, 2009, 65(8): 572-580.
8. Kalembrik A., Juczyński Z., Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych; *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 5, 71-82, 2001.
9. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B., Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych; *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(3): 106-113.
10. Szadowska-Szlachetka Z., Łuczyc M., Ślusarska B., Nowicki G., Łuczyc R., Bartoszek A., Problemy społeczno-socjalne chorego na nowotwór a zakres wsparcia społecznego pacjenta i jego rodziny; *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(4): 164-172.
11. Turska W., Skowron A., Metodyka oceny jakości życia; *Farm Pol*, 2009, 65(8): 572-580.

relacje z bliskimi. Pacjentki wycofują się nie tylko z życia towarzyskiego, ale także życia seksualnego. Z powodu braku akceptacji swojego wyglądu, który uległ zmianie w wyniku choroby (brak włosów, usunięta pierś, zmiany skórne, zmiany wagi ciała) rezygnują z kontaktów intymnych. Oddalają się od swoich partnerów i przeistaczają swoje relacje z partnerskich na opiekuńcze. Mimo wsparcia jakie kobieta dostaje od swoich najbliższych, może czuć się niezrozumiana i samotna. Najbliżsi obserwują wycofanie się chorej ze swojej roli partnerki, matki, przyjaciółki. W takiej sytuacji ważne jest wsparcie duchowe oraz społeczne, które będzie motywowało kobietę do aktywnego życia pomimo choroby¹².

Poczucie wykluczenia społecznego

Choroba nowotworowa może prowadzić do utraty pewności siebie, własnej tożsamości. Jest to nowa sytuacja, w której znajduje się człowiek. Przystosowanie się do niej sprawia osobie chorej i jej najbliższym wiele trudności i problemów. Pojawiają się bariery w komunikacji. Prowadzi to do izolacji psychicznej i społecznej chorej. Dyskomfort psychiczny i fizyczny sprawia, że kobieta nie czuje się dobrze w towarzystwie innych osób, z którymi się już nie utożsamia. Znacznie częściej odczuwa brak zrozumienia, oddalenie emocjonalne. Kolejną barierą w komunikacji z osobą chorą jest mylne określenie choroby nowotworowej jako „wyrok śmierci”, co sprawia, że otoczenie nie wie jak zachowywać się w towarzystwie osoby z nowotworem. Choroba drugiej osoby sprawia, że myśli o śmierci pojawiają się częściej, co jest sprzyja unikaniu rozmowy z taką osobą, a w konsekwencji prowadzi często do utraty relacji. Przeżywanie w takim wypadku przeciwności losu jakimi są: wykluczenie społeczne, brak wsparcia czy brak poczucia bycia ważną są jeszcze bardziej odczuwane i przeżywane przez pacjentkę. Kobieta zamyka się w sobie, odczuwa stany lękowe, obawia się o przyszłość. Przystaje zabiegać o kontakty ze światem zewnętrznym¹³.

Stan psychiczny/zdrowie psychiczne

Pacjentki chorujące na zaawansowanego raka piersi mają problem z zaakceptowaniem siebie po przebytej chorobie – czują się gorsze, mniej kobiece, niepotrzebne, tracą radość życia i pewność siebie, czują się jakby ich życie dobiegało końca, nie widzą dla siebie przyszłości. Prowadzi to w wielu przypadkach do depresji, która pozbawia nadziei polepszenia ogólnego stanu zdrowia i opóźnia powrót do trybu życia sprzed pojawienia się choroby. W takim przypadku niezwykle ważna jest pomoc psychoonkologa, który dzięki swojemu doświadczeniu pomaga dojść pacjentce do równowagi emocjonalnej. Inną formą pomocy w stanach depresyjnych są grupy wsparcia kobiet, które są na podobnym etapie życiowym, zaakceptowały obecny stan rzeczy, pogodziły się z utratą dawnego życia, mają pomysły na przetrwanie najgorszych momentów choroby, tego jak można poradzić sobie z chorobą oraz co zrobić, aby jak najlepiej wykorzystać każdy dzień życia. Każda osoba w inny sposób radzi sobie w walce z chorobą. Część pacjentek przyjmuje postawy bierne – poddają się i rezygnują z prawdziwego życia, a część kobiet aktywnie radzi sobie z chorobą poprzez normalne funkcjonowanie w społeczeństwie¹⁴. W takich sytuacjach wsparcie drugiej osoby jest niezwykle ważne w procesie terapeutycznym. Pacjenci obserwując siebie nawzajem szybciej dochodzą do zdrowia psychicznego niż kobiety izolujące się od towarzystwa innych ludzi.

Diagnoza zaawansowanego nowotworu piersi to trudny okres także dla rodziny, która nie jest przygotowana psychicznie do radzenia sobie z negatywnymi emocjami i skutkami ekonomicznymi wywołanymi chorobą.

-
12. Szadowska-Szlachetka Z., Łuczyk M., Ślusarska B., Nowicki G., Łuczyk R., Bartoszek A., Problemy społeczno-socjalne chorego na nowotwór a zakres wsparcia społecznego pacjenta i jego rodziny; *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(4): 164-172.
 13. Szadowska-Szlachetka Z., Łuczyk M., Ślusarska B., Nowicki G., Łuczyk R., Bartoszek A., Problemy społeczno-socjalne chorego na nowotwór a zakres wsparcia społecznego pacjenta i jego rodziny; *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(4): 164-172.
 14. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B., Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych; *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(3): 106-113.

Zwiększona liczba obowiązków związana z opieką nad pacjentem oraz utrzymaniem odpowiedniego statusu ekonomicznego spada na bliskich osoby chorej. Osoby te, starają się wspierać psychicznie daną osobę, mimo że jest to dla nich równie ciężki okres i miewają problemy z radzeniem sobie ze stresem. Ważną rolę w takim momencie odgrywa rozmowa z psychologiem, który jest pomocny w sytuacjach kryzysowych. Wsparcie psychologiczne jest istotne w procesie zaakceptowania obecnego stanu rzeczy i codziennego funkcjonowania mimo ograniczeń wynikających z choroby. Pozytywne nastawienie najbliższych osób do walki z chorobą wpływa pozytywnie na stan psychiczny pacjenta.

Aktywność zawodowa

Zaawansowane stadium choroby zmusza niekiedy kobiety do zmiany trybu czy charakteru pracy, a często do całkowitej rezygnacji lub przejścia na świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy. Jest to kolejna duża zmiana w sytuacji chorej, która w ten sposób traci pewną stabilizację, zajęcie, miejsce spotkania ze znajomymi/współpracownikami. Myśląc o chorobie zaniedbują swoje obowiązki zawodowe, nie potrafią oderwać się od swoich problemów zdrowotnych, zatrzymują proces swojego samorozwoju, rozwoju kariery. Zdarzają się sytuacje, kiedy niedoświadczony pracodawca, nieposiadający wiedzy o tym jak postępować z takimi osobami, wręcza im wypowiedzenie. Sprawia to, że takie osoby czują się gorsze i marginalizowane. Nie mają motywacji do dalszego funkcjonowania na rynku pracy.

Sytuacja materialna

Spadek dochodów w gospodarstwie domowym to kolejny problem z jakim borykają się chore osoby. Jest on spowodowany m.in.: ponoszonymi kosztami leczenia, częściową lub całkowitą rezygnacją z aktywności zawodowej, przejściem na świadczenia rentowe, które są znacznie niższe od stałych dochodów¹⁵. Koszty ponoszą także pozostali członkowie rodziny, którzy ze względu na konieczność opieki nad chorą osobą muszą brać zwolnienia lub całkowicie zrezygnować z pracy. Znaczna część pacjentek obserwuje obniżenie jakości i warunków życia. Sytuacja materialna wpływa w sposób znaczący na samopoczucie i komfort psychiczny osób chorych, a ten odgrywa ogromną rolę w walce z chorobą. Złe samopoczucie psychiczne opóźnia bowiem prawidłowe procesy leczenia.

c. Kampanie na rzecz kobiet z zaawansowanym rakiem piersi

W ciągu ostatnich lat wzrosła liczba kampanii edukacyjnych dotyczących zaawansowanego raka piersi, mających na celu zredukowanie zjawiska odizolowania osoby chorej z życia społecznego. Mają one pomóc przełamać barierę komunikacyjną między osobami zdrowymi a chorymi, a także pomóc chorym kobietom odnaleźć się w nowej sytuacji. Powstają grupy wsparcia, w których spotykają się kobiety borykające się z podobnymi problemami. Powstające blogi zachęcają kobiety do wyjścia z domu i walki o siebie; udowadniają, że kobiety mające zaawansowanego raka piersi nie są gorsze od innych kobiet i tak samo zasługują na godne i szczęśliwe życie jak osoby zdrowe.

Obecnie prowadzone kampanie edukacyjne mają na celu pokazanie problemów kobiet z zaawansowanym rakiem piersi. Jest to w dalszym ciągu temat niszowy, o którym można znaleźć znikome informacje.

15. Kalembrik A., Juczyński Z., Psychologiczny wymiar "jakości życia" w chorobach nowotworowych; Acta Universitatis Lodziensis. *Folia Psychologica* 5, 71-82, 2001

Kobiety chore na zaawansowanego raka piersi pomimo swojej sytuacji zdrowotnej nie poddają się i aktywnie działają w kierunku ukazania problemu pomijania i unikania tematu zaawansowanego raka piersi. Powstają nowe kampanie, w których pacjentki chętnie biorą udział, opowiadając o swoich przeżyciach, doświadczeniach.



Jedną z takich inicjatyw jest kampania "Wykorzystaj czas na życie", która edukuje kobiety oraz ich najbliższą rodzinę o tym jak radzić sobie w trudnych sytuacjach związanych z chorobą. Dostarcza także najważniejszych informacji na temat choroby, których często nie znają nawet zainteresowane osoby. Na stronie poświęconej kampanii pacjentki mogą podzielić się swoimi doświadczeniami oraz poznać historie innych pacjentek. Kampania „Wykorzystaj czas na życie” to także warsztaty, podczas których kobiety mogą porozmawiać z psychoonkologiem o sposobach radzenia sobie z załamaniem i depresją, a także przekonać się, że warto żyć aktywnie¹⁶.

Źródło: <http://wykorzystajczasnazycie.pl>



Powstała z inicjatywy kobiet Federacja Stowarzyszeń Amazonki zrzesza kobiety ze wszystkimi rodzajami raka piersi w całej Polsce. Amazonki to ruch udzielający praktycznego wsparcia i motywacji do dalszej walki o zdrowie i życie. Stowarzyszenie prowadzi liczne programy edukacyjne i społeczne, dzięki którym przestaje być cicho o kobietach z rakiem piersi. Amazonki dbają o rozprzestrzenianie wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. W ramach swojej działalności Federacja oferuje kobietom szkolenia, zajęcia rehabilitacyjne, porady. Grupy wsparcia utworzone przez Amazonki funkcjonują w całej Polsce^{17,18}.

Źródło: <http://www.amazonkifederacja.pl/>



Źródło: <http://www.ruchspoleczny.org.pl/>



W ramach kampanii edukacyjnej „Poszerzamy HERyzonty” Federacja Stowarzyszeń Amazonki organizuje warsztaty dla kobiet z zaawansowanym nowotworem piersi. Warsztaty mają na celu poszerzenie wiedzy pacjentek o ich chorobie, mechanizmach powstawania choroby i sposobach jej leczenia¹⁹.

Źródło: <http://www.amazonkifederacja.pl/index.php/co-robimy/nasze-kampanie/item/456-poszerzamy-heryzonty>

16. <http://wykorzystajczasnazycie.pl/>; data dostępu: 19.09.2017,17:30.
17. <http://amazonki.net/artykuly/kategoria/33/amazonki>, data dostępu: 19.09.2017,17:40.
18. <http://www.amazonki.org.pl/aktualnosci/>, data dostępu: 19.09.2017,17:50.
19. <http://www.heryzonty.pl/>, data dostępu: 19.09.2017,19:30.

Podsumowanie

Zaawansowany nowotwór piersi to temat w dalszym ciągu pomijany. Statystyki dotyczące kosztów związanych z leczeniem nowotworu piersi nie uwzględniają podziału na stadia zaawansowania choroby. Brak takich danych może dawać mylne wrażenie, że każde ze stadiów tego nowotworu ma taki sam przebieg choroby i generuje za sobą podobne koszty. Czas i koszty leczenia są znacznie większe w chorobie przewlekłej niż leczenie wczesnej postaci nowotworu.

Pozytywnym zjawiskiem jest rosnąca liczba kampanii i grup wsparcia dla kobiet z zaawansowanym nowotworem piersi.

Rekomendacje

Przedstawione poniżej rekomendacje w znacznym stopniu bazują na wytycznych opublikowanych w 2017 r. przez The ABC Global Alliance w dokumencie „ABC Global Charter 2017”, ale jednocześnie uwzględniają obecną sytuację w Polsce. W ramach tej inicjatywy wyznaczono 10 celów, których realizacja w okresie najbliższych 10 lat ma pozwolić na istotną poprawę w zakresie zaawansowanego raka piersi (ang. Advanced Breast Cancer – ABC).

1. Podniesienie do minimum 4 lat mediany czasu przeżycia pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi do roku 2025

W ostatniej dekadzie rokowania dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi uległy jedynie niewielkiej poprawie. Szacuje się, że częstość występowania tego nowotworu będzie dalej rosła. Pacjenci muszą być leczeni przez interdyscyplinarny zespół specjalistów zgodnie z najwyższej jakości wytycznymi międzynarodowymi lub krajowymi. Decydenci powinni umożliwiać dostęp do innowacyjnych terapii oraz metod paliatywnych wszystkim pacjentom z zaawansowanym rakiem piersi na równych zasadach, nie dyskryminując żadnej grupy pacjentów. Obecnie pomimo dużych nakładów przeznaczanych w Polsce na leczenia raka piersi nie wszystkie pacjentki korzystają z równego dostępu do innowacyjnego leczenia. Problem ten dotyczy w szczególności osób z potrójnie ujemnym oraz hormonozależnym HER 2-ujemnym typem nowotworu.

Potrzebne są dedykowane i skoordynowane badania w kierunku zaawansowanego raka piersi. Stanowisko pacjentów powinno być uwzględniane przy projektowaniu badań klinicznych oraz rozwoju rejestrów klinicznych.

2. Poprawienie jakości życia pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi w trakcie diagnostyki i leczenia

Ograniczone wykorzystanie w praktyce klinicznej narzędzi dotyczących jakości życia można częściowo przypisać trudnościom związanym z definiowaniem oraz pomiarem jakości życia u pacjentów z zaawansowanym i przerzutowym nowotworem. Z tego względu kluczowe znaczenie ma opracowywanie i wdrażanie narzędzi, które uwzględnią specyfikę zaawansowanego raka piersi. Jakość życia powinna obejmować fizyczny, społeczny i emocjonalny dobrostan, w tym również relacje międzyludzkie – wspierając tym samym potrzebę holistycznego i interdyscyplinarnego podejścia do opieki na pacjentem. Należy wesprzeć pacjentów tak, aby kwestia poprawy jakości życia była omawiana z nimi i ich najbliższym otoczeniem, podobnie jak powinna być szczegółowo omawiana stosowana/proponowana terapia.

3. Poprawienie dostępności do wiarygodnych danych epidemiologicznych oraz wyników leczenia zaawansowanego raka piersi

Rejestry nowotworów na całym świecie gromadzą przeważnie informacje jedynie o liczbie początkowych rozpoznań oraz o śmiertelności. W większości sytuacji nie dokumentuje się nawrotów choroby nowotworowej, które stanowią gro przypadków zaawansowanego raka piersi. Istnieje pilna potrzeba stworzenia łatwego dostępu do wysokiej jakości danych dotyczących zaawansowanego raka piersi, obejmujących postęp choroby, jej nawroty oraz czas przeżycia. Dane te będą mogły być wykorzystane między innymi do kształtowania decyzji politycznych dotyczących tego nowotworu. Należy przy tym uwzględnić również stanowisko pacjentów dotyczące projektowania badań klinicznych oraz rozwoju rejestrów klinicznych.

4. Poprawienie dostępności do wszechstronnej opieki obejmującej opiekę paliatywną, leczenie wspomagające oraz wsparcie psychospołeczne dla pacjentów, rodzin oraz opiekunów w celu zapewnienia pacjentom najlepszego leczenia

Pacjenci z zaawansowanym rakiem piersi wymagają dostępu do interdyscyplinarnej opieki klinicznej oraz różnego rodzaju specjalistów w celu poprawy leczenia i ogólnej jakości życia. Wsparcie powinno różnić się od tego dla pacjentów z wczesnym stadium raka piersi, szczególnie w odniesieniu do rodzajów dostępnych informacji. Każdy pacjent z zaawansowanym rakiem piersi powinien mieć zapewniony dostęp do koordynatora leczenia onkologicznego, który jest także członkiem wielodyscyplinarnego zespołu i który koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez konsylium.

Szeroki zakres materiałów informacyjnych powinien być dostępny dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi i dostosowany do ich specyficznych potrzeb. Powinien pomagać pacjentom w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Należy uwzględnić również wsparcie w zakresie zdrowia i relacji seksualnych, które często są pomijane. Potrzeby rodzin i opiekunów powinny również zostać zidentyfikowane i zaspokojone w odpowiedni sposób.

5. Dążenie do zapewnienia wsparcia finansowego na leczenie, opiekę i pomoc wszystkim pacjentom z zaawansowanym rakiem piersi, którzy nie mogą pracować

Istotne jest zapewnienie mechanizmu wsparcia finansowego dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi, którzy stracili zatrudnienie. Poprzez mechanizmy polityki odpowiedzialności należy dążyć do zapewnienia pacjentom dostępu do leczenia i leków niezależnie od ich sytuacji materialnej. Ważne jest również zapewnienie pacjentom dodatkowego wsparcia finansowego w razie zaistnienia potrzeby, np. opieki nad dziećmi, transportu w celu uzyskania leczenia, czy wspieranie pacjentów poprzez usługi doradztwa finansowego umożliwiające im lepsze zarządzanie finansami w trakcie leczenia.

6. Zaoferowanie szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem dla wszystkich świadczeniodawców

Umiejętności z zakresu komunikacji powinny być zawarte jako istotny element programów edukacyjnych dla pracowników sektora zdrowia, którzy opiekują się pacjentami z zaawansowanym rakiem piersi. Dotyczy to między innymi uwzględnienia tych umiejętności w podstawie programowej kształcenia na uczelniach medycznych. We wszystkich krajach należy wdrożyć nowo opracowany program nauczania ESMO-ASCO (Global Oncology Curriculum).

W szkoleniach dotyczących komunikacji z pacjentem należy położyć nacisk na zrozumienie znaczenia jakości życia z perspektywy chorego. Pozwoli to lepiej wspierać i pomagać w decyzjach dotyczących leczenia. Efektywność programów edukacyjnych powinna być weryfikowana.

Doświadczenia płynące z innych zaawansowanych i przewlekłych chorób mogą być wykorzystywane przez pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi do zmiany percepcji swojej sytuacji. Ważne jest, by przestać traktować chorobę jako wyrok śmierci, a zacząć postrzegać ją jako stan, w którym można żyć przez dłuższy czas.

7. Zapewnienie dostępu do informacji na temat zaawansowanego raka piersi wszystkim pacjentom, którzy są nimi zainteresowani

W pierwszej kolejności należy poprawić dostęp do już istniejących (aktualnych) materiałów informacyjnych, zanim zostaną opracowywane nowe. Należy także wspierać i usprawniać nawiązywanie kontaktów oraz dzielenie się przykładami najlepszych praktyk pomiędzy poszczególnymi organizacjami. Materiały powinny skupiać się na wyjaśnieniu kwestii najbardziej istotnych dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi, takich jak obawy dotyczące bólu i niepewność co do choroby oraz jej przebiegu. Materiały powinny pomagać pacjentom w procesie podejmowania decyzji, sprzyjając zaspokajaniu ich indywidualnych potrzeb.

W krajach o niskim i średnim dochodzie należy wyraźnie określić, jakie terapie są dostępne dla pacjentów w ramach istniejących w danym państwie regulacji. Należy również podać informacje na temat leczenia oferowanego w innych krajach, aby umożliwić pacjentom dostęp do tych terapii (o ile są w stanie z nich skorzystać). W Polsce, z pewnymi ograniczeniami, dostępne dla pacjentów są nowoczesne terapie w HER2 dodatnim zaawansowanym raku piersi.

8. Podniesienie poziomu świadomości społecznej na temat zaawansowanego raka piersi

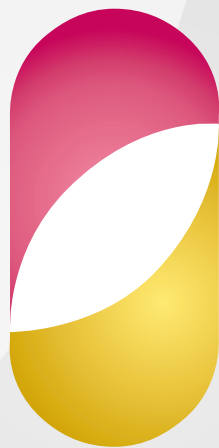
Piętno i izolacja odczuwane przez pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi mogą być przypisane ograniczonemu zrozumieniu tej choroby przez ogół społeczeństwa. W związku z tym istnieje potrzeba edukowania opinii publicznej na temat znaczenia takich terminów jak: „zaawansowany oraz przerzutowy rak piersi”. Należy podkreślać, iż pacjenci z zaawansowanym rakiem piersi są w stanie żyć z chorobą. Jednocześnie w przejrzysty sposób winno się przekazywać prawdę na temat choroby i jej przebiegu, a w szczególności o medianie całkowitego czasu przeżycia.

9. Poprawienie dostępu do pozaklinicznych metod wsparcia dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi

Poza opieką kliniczną pacjenci często nie mają wiedzy na temat dostępnych możliwości uzyskania wsparcia w codziennym życiu od takich podmiotów jak lokalne organizacje wolontariuszy czy rzecznicy pacjentów. Potrzebne jest wprowadzenie rozwiązań, które pozwolą zminimalizować bariery w dostępie do usług wsparcia dla pacjentów. Należy również zapewnić pacjentom możliwość kontaktu z osobami, które pomogą im w zrozumieniu usług, z których mogą skorzystać oraz tego do czego są uprawnieni.

10. Wspieranie prawa do zatrudnienia dla pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi

Wielu pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi chce lub musi kontynuować pracę zawodową w okresie ich diagnozowania i leczenia. Istnieje jednak bardzo niewiele strategii i wytycznych, które dotyczą utrzymania zatrudnienia podczas procesu leczenia rozsialego raka. Większość pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi nie jest dodatkowo chroniona w miejscu pracy i często odmawia im się elastyczności zatrudnienia, która ułatwiłaby radzenie sobie ze skutkami choroby i jej leczeniem. Ponadto pacjenci z zaawansowanym rakiem piersi mogą być narażeni na dyskryminację wynikającą z braku wystarczającej świadomości społeczeństwa na temat tej choroby. Ochrona przed dyskryminacją w miejscu pracy powinna pochodzić zarówno od pracodawców jak i regulacji systemowych. Należy uświadamiać pacjentów na temat ich praw i możliwości ochrony poprzez dostarczanie im informacji oraz rzetelnej wiedzy.



 **ŻYJMY
ZDROWO**

