

# VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

## Zwiększyła się umieralność z powodu raka endometrium – konieczna jest zmiana leczenia

W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej w Polsce widać wzrost umieralności kobiet z powodu raka trzonu macicy. – *Żeby odwrócić ten trend, konieczne są stworzenie wyspecjalizowanych ośrodków leczenia, poprawa diagnostyki i umożliwienie stosowania skutecznych terapii* – mówili uczestnicy debaty „Dlaczego Polki nie muszą umierać z powodu raka trzonu macicy” podczas VI Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny.



Fot. Patryk Rydzik

Rak trzonu macicy (endometrium) to pod względem liczby zachorowań czwarty nowotwór u kobiet i najczęstszy nowotwór ginekologiczny. Co roku w Polsce ponad 6 tys. kobiet słyszy taką diagnozę, a niemal 1900 umiera. – *Niestety Polska jest w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższej zachorowalności na raka trzonu macicy. W większości krajów Europy Zachodniej nastąpiła stabilizacja zachorowań, a u nas wciąż widzimy ich wzrost* – podkreślała dr hab. n. med. Joanna Didkowska, kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Nowotworów NIO-PIB w Warszawie. Jedną z przyczyn wzrostu liczby zachorowań jest coraz większy problem otyłości, która jest jednym z głównych czynników ryzyka. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują jeszcze jeden bardzo niepokojący trend. – *W odróżnieniu od Europy Zachodniej, gdzie spada umieralność z powodu raka trzonu macicy, w Polsce umieralność rośnie. Od 2005 r. rozpoczął się dramatyczny wzrost umieralności: o 5 proc. rocznie. Dotyczy to głównie kobiet w starszych grupach wiekowych. Nie potrafię wyjaśnić, dlaczego tak się dzieje* – zaznaczyła ekspertka. Problem jest dobrze znany klinicycom. – *Sytuacja jest naprawdę poważna – jeszcze w 2005 r. stosunek liczby zgonów do liczby zachorowań wynosił 18 proc., w 2019 r. to było aż 31 proc. W Europie umiera ok. 20 proc. pacjentek z rakiem trzonu macicy, w Polsce o 10 proc. więcej* – zwracał uwagę dr hab. n. med. Radosław Mądry, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

### Dlaczego rak trzonu macicy coraz częściej zabija Polki?

Jeszcze do niedawna rak trzonu macicy był uważany za „łagodniejszy” nowotwór. Mimo że nie ma badania skriningowego, jak np. w raku szyjki macicy czy raku piersi, to w ok. 75 proc. przypadków jest on wykrywany w pierwszym stadium zaawansowania. Zwykle niepokojącym objawem

#### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński** – kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
- **dr hab. n. med. Joanna Didkowska** – kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
- **dr hab. n. med. Ewa Kalinka** – kierownik Kliniki Onkologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
- **Anna Kupiecka** – prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej
- **dr hab. n. med. Radosław Mądry** – kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

są nietypowe krwawienia lub pojawienie się krwawień po menopauzie, co dla kobiety jest bardzo silnym bodźcem, żeby iść do lekarza.

– Co się wydarzyło po 2005 r., że tak wzrosła umieralność? Być może zaczęliśmy nieco zbyt „łagodnie” leczyć ten nowotwór. Wiele prac naukowych wówczas pokazywało, że u części chorych można zrezygnować z radioterapii jako leczenia uzupełniającego. Potem jednak te zalecenia uległy pewnym korektom. Okazało się, że tylko wybrana grupa pacjentek może nie otrzymać tej formy leczenia uzupełniającego – zastanawiał się dr hab. Radosław Mądry.

Grupa ekspertów z Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO) kierowana przez prof. Jacka Sznurkowskiego i prof. Mariusza Bidzińskiego właśnie zakończyła prace nad pogłębionymi zaleceniami postępowania w raku trzonu macicy.

– Już niedługo będziemy mogli je wykorzystywać. Trzeba przekonać dużą grupę, także ginekologów, żeby nie traktowali tego nowotworu jako swego rodzaju „mniejszego raka”, którego można leczyć łagodniej. Jest tak samo zabójczy jak inne nowotwory – podkreślał dr hab. Radosław Mądry.

Zdaniem ekspertów, by odwrócić niekorzystny trend rosnącej umieralności, konieczna jest poprawa całego systemu leczenia.

– Trzeba zacząć od profilaktyki. Wiemy, że w grupie ryzyka są kobiety po menopauzie, z otyłością, zaburzeniami metabolicznymi, cukrzycą. Powinny one być objęte szczególną troską i monitorowaniem. Być może dzięki temu udałoby się nam zbudować system jeszcze wcześniejszego wykrywania tego nowotworu. Później konieczne jest prowadzenie pacjentki we właściwy sposób przez cały proces diagnostyki, leczenia i rehabilitacji – przekonywał prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

### Referencyjne ośrodki

Podstawowym problemem jest rozproszenie leczenia raka trzonu macicy. Kobiety często są kierowane do ośrodków, które nie mają odpowiedniego doświadczenia w diagnostyce i terapii tego nowotworu.

– Europejskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej stoi na stanowisku, że ośrodek leczenia raka trzonu macicy powinien zajmować się co najmniej 80 pacjentkami rocznie. Przeglądałem dane udostępnione przez NFZ. Statystyki w Polsce są brutalne: niektóre placówki wykonują 1–2 zabiegi rocznie! To oznacza, że te pacjentki od początku nie są prawidłowo prowadzone. Powinny mieć wykonaną diagnostykę, zaplanowane właściwe leczenie, które później musi być realizowane. Nie robi tego



Fot. Patryk Byczyk

”

dr hab. Joanna Didkowska: *Polska jest w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższej zachorowalności na raka trzonu macicy. W większości krajów Europy Zachodniej nastąpiła stabilizacja zachorowań, a u nas wciąż widzimy ich wzrost*

dobrze szpital, w którym leczy się kilka przypadków tego nowotworu rocznie – przekonywał prof. Mariusz Bidziński. Kierownik Kliniki Onkologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi dr hab. n. med. Ewa Kalinka za obecny stan rozproszenia leczenia obwiniła mechanizmy finansowania, które spowodowały, że leczenie operacyjne nowotworów ginekologicznych stało się dla szpitali niezwykle opłacalne. – Często w niewielkich szpitalach dyrekcja naciska na ginekologów, żeby przeprowadzali operacje. Nie ma jednak możliwości, żeby pacjentki miały leczenie i opiekę na odpowiednim poziomie, jeśli w szpitalu jest wykonywanych kilka czy kilkanaście operacji raka trzonu macicy rocznie. Konieczna jest koncentracja leczenia w ośrodkach, które się w tym specjalizują. Powinno to mieć odzwierciedlenie w wyceńnię świadczeń – przekonywała.

Szansą na zmiany jest wdrożenie w całej Polsce Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), a także tworzenie ośrodków kompleksowego leczenia raka trzonu macicy, na wzór Breast Cancer Units. – Widzimy pozytywne efekty w województwach, w których był prowadzony pilotaż KSO. Postępuje też proces tworzenia unitów narządowych i mam nadzieję, że w najbliższych miesiącach ten proces przyspieszy. Nie stać nas na słabą, mało efektywną i drogą medycynę – przekonywał prof. Mariusz Bidziński. Jego zdaniem docelowo w każdym województwie powinno powstać 3–5 ośrodków zajmujących się leczeniem raka trzonu macicy, które powinny współ-



Fot. Lukasz Cynalewski/Agencja Wyborcza.pl

”

dr hab. Radosław Mądry: *Konieczne jest wykonanie bardzo dobrej jakości badań molekularnych i immunohistochemicznych. Dziś już wiemy, że w raku trzonu macicy mamy tak naprawdę cztery typy nowotworu i każdy powinien być nieco inaczej leczony*

pracować z mniejszymi szpitalami, gdzie mogłaby się odbywać diagnostyka wstępna i gdzie mogłyby trafiać pacjentki po zakończonym leczeniu.

### Diagnostyka – warunek optymalnego leczenia

Optymalne leczenie raka trzonu macicy zależy dziś nie tylko od stopnia jego zaawansowania i stanu pacjentki, lecz także od cech molekularnych guza. – Konieczne jest wykonanie bardzo dobrej jakości badań molekularnych i immunohistochemicznych. Dziś już wiemy, że w raku trzonu macicy mamy tak naprawdę cztery typy nowotworu i każdy powinien być nieco inaczej leczony. Już na podstawie materiału z biopsji, który ma potwierdzić podejrzenie raka, można dokonać stratyfikacji pacjentek i ocenić, jak powinny być leczone: czy wystarczy sama operacja, czy niezbędne jest leczenie uzupełniające, a jeśli tak, to jakie – mówił dr hab. Radosław Mądry.

Wyniki badania molekularnego są niezbędne również wtedy, gdy pojawia się nawrót choroby lub pacjentka zgłasza się już z nowotworem w stadium zaawansowanym.

– Co prawda w pierwszej linii leczenia zaawansowanego raka trzonu macicy podstawą jest nadal chemioterapia, jednak gdy okazuje się ona nieskuteczna i choroba wraca, to w niektórych przypadkach zdecydowanie lepszym rozwiązaniem niż podanie kolejnej linii chemioterapii jest zastosowanie immunoterapii lub immunoterapii

Anna Śmiątek



Fot. Bartosz Bobrowski/Agencja Wyborcza.pl

”

prof. Mariusz Bidziński: *W grupie ryzyka są kobiety po menopauzie, z otyłością, zaburzeniami metabolicznymi, cukrzycą. Powinny one być objęte szczególną troską i monitorowaniem*

połączonej z leczeniem antyangiogennym. Powoduje ona mniejsze działania niepożądane niż chemioterapia, również jej tolerancja jest znacznie lepsza – pacjentki mają lepszą jakość życia, dłużej kontrolują chorobę, a przede wszystkim mają dłuższe parametry przeżycia – mówiła dr hab. Ewa Kalinka. Zwróciła uwagę, że jest parametr, który pokazuje, u jakich pacjentek takie leczenie zadziała.

W ubiegłym roku Europejska Agencja Leków zarejestrowała pierwszą immunoterapię dla pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem trzonu macicy i upośledzeniem mechanizmu naprawy niesparowanych zasad (dMMR) lub z wysoką niestabilnością mikrosatelitarną (MSI-H), u których doszło do progresji w trakcie lub po terapii opartej na związkach platyny. Szacuje się, że niestabilność mikrosatelitarną ma ok. 30 proc. pacjentek z rakiem trzonu macicy.

Immunoterapia nie jest jeszcze w Polsce refundowana w przypadku raka trzonu macicy. Dziś jedyną szansą na otrzymanie takiego leczenia jest ratunkowy dostęp do technologii lekowych (RDTL).

– Procedura RDTL jest czasochłonna i nigdy nie jesteśmy pewni, czy dostaniemy zgodę na zastosowanie leczenia. Dlatego chcielibyśmy, żeby było ono dostępne dla pacjentek w ramach programu lekowego – mówiła dr hab. Ewa Kalinka. Dodatkowym problemem jest to, że możliwość wystąpienia o RDTL mają tylko szpitale onkologiczne, jeśli więc pacjentka nie jest leczona w takim ośrodku, nie ma szans na

# VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. <https://www.iczmp.edu.pl/klinika-onkologii/>

”

dr hab. Ewa Kalinka: W pierwszej linii leczenia zaawansowanego raka trzonu macicy podstawą jest nadal chemioterapia, jednak gdy okazuje się ona nieskuteczna i choroba wraca, to w niektórych przypadkach zdecydowanie lepszym rozwiązaniem jest zastosowanie immunoterapii lub immunoterapii połączonej z leczeniem antyangiogennym



Fot. Patryk Fyzyk

”

Anna Kupiecka: Immunoterapia, która mogłaby poprawić rokowanie kobiet w najtrudniejszej sytuacji, z chorobą nawrotową, jest dostępna tylko w ramach RDTL. Często się zdarza, że odpowiedź na wniosek o ratunkowe leczenie przychodzi za późno

taką terapię. – Chciałabym móc nie czekać na zgodę, tylko od razu, gdy to konieczne, stosować u moich pacjentek wszystkie leki, w przypadku których mamy dowody naukowe, że są bezpieczne i skuteczne – zaznaczyła ekspertka.

### System z punktu widzenia pacjenta

W organizacjach pacjenckich kobiety najczęściej szukają pomocy, gdy nowotwór nawraca lub okazuje się, że nie mają szans na optymalne leczenie, gdyż terapia nie jest refundowana. – Zgłaszają się do nas w zaawansowanym stadium choroby, w najtrudniejszych sytuacjach. Opowiadają o problemach z diagnostyką, o błędnianiu się od lekarza do lekarza, od ośrodka do ośrodka. One przede wszystkim nie chcą umierać, chcą żyć, chcą być dobrze leczone – mówiła Anna Kupiecka z Fundacji Onkocafe – Razem Lepiej.

Zwróciła uwagę na różnice w odsetkach 5-letnich przeżyć kobiet z nowotworami litymi w Polsce i krajach Europy Zachodniej. – Mamy o 20 proc. mniejsze szanse na 5-letnie przeżycie. Przerazają problemy w organizacji leczenia, a także fakt, że immunoterapia, która mogłaby poprawić rokowanie kobiet w najtrudniejszej sytuacji, z chorobą nawrotową, jest dostępna tylko w ramach RDTL. Często się zdarza, że odpowiedź na wniosek o ratunkowe leczenie przychodzi za późno. W przypadku raka piersi udało nam się przyspieszyć wchodzenie nowych terapii na listy

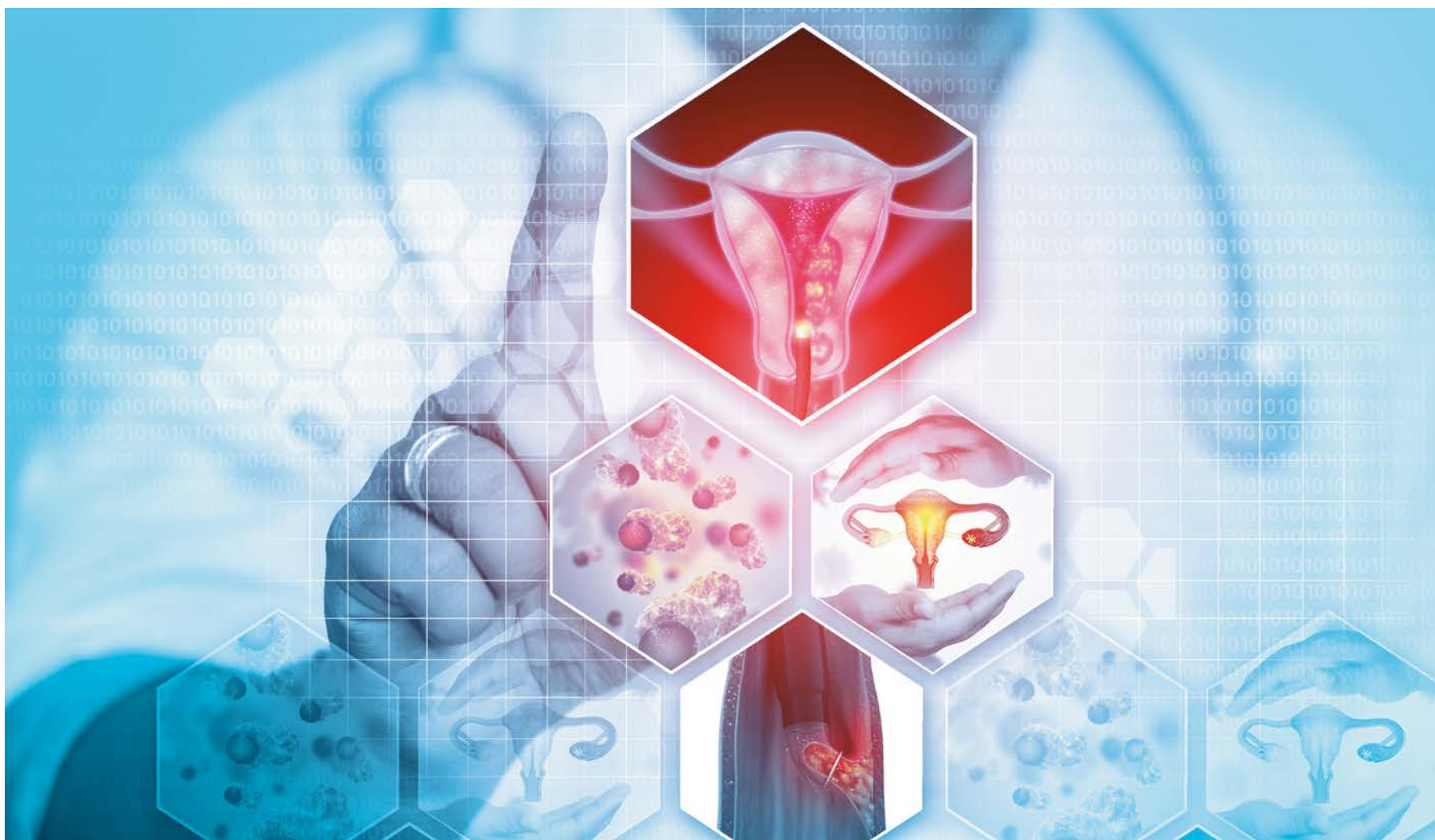
refundacyjne. Teraz trzeba w większym stopniu zaopiekować się pacjentkami z rakiem trzonu macicy, które do tej pory były pozostawione same sobie – przekonywała Anna Kupiecka. Zwróciła uwagę, że ośrodki zajmujące się leczeniem powinny być tak umiejscowione, by również kobiety z mniejszych miejscowości mogły do nich dotrzeć.

### Konieczne są kompleksowe działania

Eksperti i pacjenci są zdeterminowani, by odwrócić niekorzystny trend nadmiarowej umieralności w raku trzonu macicy.

– Gdy w Finlandii wzrosła umieralność z powodu raka szyjki macicy o 1 przypadek na 100 tys. osób, minister zdrowia został wezwany na dywanik do premiera i musiał tłumaczyć, co się stało. Już od kilku lat zwracałam uwagę, że zwiększa się umieralność z powodu raka trzonu macicy. Szkoda, że wcześniej nie zaczęto zastanawiać się nad przyczynami i nie podjęto interwencji – mówiła dr hab. Joanna Didkowska.

Prowadzone obecnie prace nad KSO i ośrodkami referencyjnymi, a także zalecenia PTGO dotyczące leczenia raka trzonu macicy dają nadzieję, że sytuacja się poprawi. – Na efekty trzeba poczekać, ale nie ma wątpliwości, że konieczne są kompleksowe działania – zaznaczył prof. Mariusz Bidziński. Niezbędna jest współpraca ekspertów, pacjentów i Ministerstwa Zdrowia. ■



Fot. iStockphoto