

**Zachorować może każdy z nas.
Zwiększ swoje szanse w walce z rakiem.**

Nowotwory atakują coraz częściej. Zachorować może każdy z nas: jesteśmy pozbawieni immunitetu. Większość nowotworów pojawia się po 50 roku życia, a przecież nie zatrzymamy upływu czasu. Jeżeli dodatkowo nowotwór pojawia się wśród naszych najbliższych, w części przypadków dzieje się tak z powodu wspólnej dla członków rodziny predyspozycji genetycznej. Wprawdzie można ograniczyć ryzyko unikając niektórych zachowań (na przykład przestając palić tytoń), stosując odpowiednią dietę (bogatą w warzywa i owoce, oliwę z oliwek zamiast tłuszczu zwierzęcego, w ryby zastępujące czerwone mięso, które pojawia się na stole jeden – dwa razy w tygodniu), zwiększając aktywność fizyczną (regularnie uprawiając odpowiadający nam sport: wachlarz wyboru jest bardzo szeroki) – nigdy jednak nie będziemy w 100% wolni od zagrożenia.

Statystyka mówi, że zachoruje co trzecia osoba z naszego społeczeństwa, zaś nowotwór stanie się przyczyną śmierci co czwartego obywatela. Czy wobec tego nowotwory to bezlitosne fatum, przed którym nie ma ratunku? Wiele osób uważa rozpoznanie choroby nowotworowej za nieuchronny wyrok. Zupełnie niesłusznie. **Człowieka chorego na nowotwór można skutecznie leczyć, uzyskując wyleczenie i wyzdrowienie. Im wcześniej wykryjemy chorobę, tym większe są szanse na jej skuteczne leczenie.** Z kolei im później osoba, którą dotknęło schorzenie zgłosi się do lekarza, tym wyższe ryzyko wystąpienia przerzutów lub zajęcia przez guz sąsiadujących z nim struktur anatomicznych, uniemożliwiają w ten sposób wykonanie radykalnego zabiegu chirurgicznego. W niektórych przypadkach objawy pojawiają się późno i są niecharakterystyczne: na przykład dyskretny ucisk w górnej części jamy brzusznej u chorego na raka żołądka lub trzustki, często wiązane z codziennymi problemami czy przebytą w przeszłości chorobą wrzodową i w związku z tym bagatelizowane. W efekcie niektórzy dotknięci problemem zgłoszą się późno. Ale w olbrzymiej większości przypadków wczesne rozpoznanie oznacza wysokie szanse na wyleczenie. W Stanach Zjednoczonych walkę z nowotworem wygrywa 60% pacjentów, w Europie Zachodniej – 50%. W Polsce: 30%. Jakie są przyczyny dysproporcji? Cześć pytanych wskaże wyraźne różnice w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Z pewnością nie pozostaje to bez wpływu, ale uważa się, że największe znaczenie ma świadomość onkologiczna populacji poszczególnych krajów. Czyli właśnie to, czy wiemy, że po pierwsze: można wygrać walkę z nowotworem, a po drugie: czym prędzej ją rozpoczniemy, tym większe będą nasze szanse. Skąd mamy wiedzieć, że to właśnie nas dotyka problem i że to

właśnie nam przychodzi się z nim zmierzyć? Znając objawy chorób nowotworowych. Warto je znać, ponieważ wiedza o nich może uratować życie – nasze, naszych bliskich, czyjekolwiek („*Zaden człowiek nie jest samotną wyspą.(...) Nie pytaj, komu bije dzwon, bije on tobie*” J. Donne). Objawy, które powinny zwrócić naszą uwagę są następujące:

- **kaszel i chrypka nieustępujące pomimo leczenia, zwłaszcza u osoby palącej tytoń; krwioplucie**
- **powiększające się, zmieniające barwę i kształt znamię skóry; niegojące się owrzodzenie lub guzek położone na skórze (w którymkolwiek miejscu)**
- **niebolesne zgrubienie (guzek) piersi**
- **pojawienie się zaparć, krwi w stolcu**
- **przedłużające się, nieregularne krwawienie z narządów płciowych u kobiet**
- **uczucie pełności w nadbrzuszu, ból, zaburzenia apetytu, trudności w przelknięciu pokarmu**
- **obecność krwi w moczu, problemy z jego oddawaniem**
- **utrzymujące się powiększenie węzłów chłonnych (w pachach, pachwinach, na szyi)**
- **złe samopoczucie, gorączka, utrata masy, anemia**

Nie zawsze pojawienie się wyżej wymienionych objawów oznacza wystąpienie choroby nowotworowej. Ale rozstrzygną to dopiero odpowiednie badania, zalecone przez lekarza. Jeżeli zauważymy którekolwiek z nich u siebie, wizyta w gabinecie lekarskim jest koniecznością (w części przypadków można wykluczyć nowotwór jako przyczynę niepokojących objawów, często wspólnych dla różnych schorzeń). **Pamiętajmy, że im wcześniej rozpoznamy i zaczniemy terapię, tym większe staną się nasze szanse.** Część chorych przerażona przez widmo zagrożenia wybiera chowanie głowy w piasek i bierne oczekiwanie na rozwój wypadków. „Co ma być, to będzie, na coś trzeba umrzeć” – mówią, kiedy zapyta się, czy rozmawiali już z lekarzem. Część powie, że „raka i tak nie można wyleczyć, zatem pójście do lekarza niczego nie zmieni”. Powyższe opinie są całkowicie nieuzasadnione. Często stosowane wskazywanie ich rzekomej słuszności to przykładowa historia osoby, która zauważyła objawy, zwlekała z pójściem do lekarza („wtedy jeszcze czuła się dobrze”), zgłosiła się późno, kiedy ból i duży, krwawiący guz nie pozwalały jej funkcjonować. Lekarz pobrał wycinek do badania mikroskopowego, a po pięciu tygodniach ten ktoś umarł. Usłyszymy interpretację: „To jednak prawda, co mówią – guz boi się noża i nie wolno go ruszać” Proszę mi wierzyć, że ta interpretacja nie jest właściwa. Nie ma nic

wspólnego z prawdą: ani z biologią nowotworu, ani z życiem osoby, która dotknął. Chory umarł z powodu zaawansowania choroby nowotworowej, pojawienia się przerzutów. Stało się tak, ponieważ zgłosił się późno. Z winy własnej lub osoby, która poradziła mu poczekać. Czasem przyczyna jest zupełnie inna: wystąpienie nowotworu o podstępny przebieg i późno występujących, niecharakterystycznych objawach. Chory zgłasza się dość szybko po ich zauważeniu, niestety rak w momencie rozpoznania jest już bardzo zaawansowany – tak jednak nie dzieje się w przypadku najczęściej występującego nowotworu u kobiet, którym jest rak piersi. Jednak to właśnie utrwalone stereotypy o nieuleczalności raka i późna zgłaszalność są głównymi przyczynami niskiego odsetka wyleczonych w Polsce. Wiedza o nowotworach często przeraża, unikamy jej z powodu krążących (niestety nadal) stereotypów. **Otóż można wygrać z nowotworem. Z pewnością nie warto umierać z powodu choroby, którą w większości przypadków można skutecznie leczyć.**

Czyli: z jednej strony nie palimy, stosujemy odpowiednią dietę, regularnie uprawiamy sport, zmniejszając w ten sposób ryzyko wystąpienia różnych, nie tylko nowotworowych, chorób. Z drugiej - znamy objawy i szybko zgłaszamy się do lekarza w celu wyjaśnienia ich przyczyny. Postępując świadomie, zwiększamy swoje szanse.

Czy istnieją jeszcze inne sposoby, dzięki którym możemy uniknąć niepowodzenia? Tak! **Pamiętajmy, że im wcześniej wykryty nowotwór, tym większe szanse jego wyleczenia.** Czy można zatem wykryć raka zanim wystąpią jakiegokolwiek objawy? Okazało się, że w przypadkach niektórych nowotworów - tak. Niestety nie we wszystkich, ale rozpoznanie bezobjawowego nowotworu dotyczy akurat tych stanowiących istotny problem epidemiologiczny, a więc często występujących w naszej populacji: raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego.

Fakt, że badanie zdrowych, bezobjawowych osób zmniejsza umieralność z powodu wymienionych wcześniej trzech nowotworów udowodniono w badaniach oceniających efekty ich leczenia. O zaletach tych badań świadczą również statystyki pochodzące z krajów, w których badania przesiewowe są prowadzone od dłuższego czasu, a zgłaszalność zapraszanych na nie osób jest wysoka. Godny naśladowania przykład stanowią kraje skandynawskie. Oto w latach 50-tych XX wieku sytuacja epidemiologiczna raka szyjki macicy była podobna do występującej współcześnie w Polsce, czyli – zła. Odnotowywano wysoką liczbę zachorowań. W Polsce nadal część kobiet trafia do lekarzy z dużym opóźnieniem, przez co wysoki stopień zaawansowania uniemożliwia skuteczne leczenie chorych. Populacyjne badania przesiewowe w grupie kobiet w wieku 25–69 lat polegające na wykonywaniu cytologii rozmazu z szyjki macicy wprowadzono na Islandii w 1959 roku, w

Finlandii – w 1963. Dzięki bardzo wysokiej (100%) frekwencji na przestrzeni 20 lat znacznie obniżono nie tylko umieralność, ale i zachorowalność na raka szyjki macicy (lecząc rozpoznane dzięki cytologii stany przednowotworowe i nie dopuszczając tym samym do pojawienia się raka).

Kolejnym przykładem zwiększenia szans na wyleczenie z choroby nowotworowej dzięki badaniom przesiewowym jest rak piersi. Podobnie jak dla chorych na raka szyjki macicy, również tutaj wykazano zmniejszenie umieralności – w tym przypadku zarówno w odpowiednio przeprowadzonych i miarodajnych badaniach, jak i w statystykach wyleczalności pochodzących z krajów realizujących programy badań profilaktycznych. Badaniem pozwalającym na osiągnięcie wspomnianych efektów, zalecanym przez ekspertów Unii Europejskiej jest badanie mammograficzne piersi, wykonywane co dwa lat w grupie kobiet między 50 a 69 rokiem życia. Dlaczego akurat w tej grupie wiekowej? Kobiety młodsze niż 50 lat i starsze niż 70 czują się niekiedy zawiedzione pominięciem w zaproszeniach. Otóż w przeprowadzanych badaniach oceniano skuteczność wykonywania mammografii w różnych grupach wiekowych, a jednoznacznie korzyść w postaci obniżenia umieralności zaobserwowano jedynie w grupie między 50 a 69 rokiem życia (o około 30% obniżono umieralność z powodu raka piersi w Szwecji). Stąd właśnie ta grupa jest wskazana przez zalecenia Rady Unii Europejskiej oraz przez ekspertów zajmujących się badaniami przesiewowymi jako adresat zaproszeń na badania mammograficzne. Mammografie u Pań z pozostałych grup są wykonywane w razie pojawienia się wątpliwości występujących podczas badania dotykiem. W niektórych sytuacjach są wykonywane w innym harmonogramie – dotyczy to kobiet obciążonych genetycznie, u których drogą badań genetycznych stwierdzono obecność mutacji znacznie zwiększającej (do około 80%) ryzyko zachorowania na raka piersi. Badania te wykonuje się u Pań, u których w najbliższej rodzinie występowały zachorowania na raka piersi i/lub jajnika.

Mammografia jest badaniem bezpiecznym. Polega na prześwietleniu piersi promieniami Roentgena. Dawka promieniowania przyjęta przez organizm jest nieszkodliwa – ryzyko wystąpienia nowotworu w wyniku ekspozycji na promieniowanie jest minimalne. Krążące w naszym kraju przekonanie o braku sensu wykonywania badań mammograficznych ze względu na wadliwość mammografów należy uznać za przesadzone i bezzasadne. Ośrodki podejmujące się roli wykonawcy badań przesiewowych muszą legitymować się odpowiednią jakością wykonywanych w nich procedur. Jednym z elementów dobrze zaplanowanych i wykonywanych programów badań przesiewowych jest stała kontrola i ocena każdego z jego

etapów – w tym także charakterystyki technicznej sprzętu i wykonywanych badań. Ośrodki, które nie spełniają żądanych kryteriów nie powinny zatem zostać dopuszczone do badań.

W przypadku stwierdzenia w mammografii zmian wymagających dalszej diagnostyki, kobieta, u której takie zmiany stwierdzono, jest kierowana na dalsze badania: celowane zdjęcia mammograficzne i/lub badanie ultrasonograficzne piersi (USG). Należy podkreślić, że USG nie może być wykonywane wymiennie z mammografią czy też zamiast niej (ponieważ to mammografia jest badaniem o wyższej czułości – czyli częściej niż USG pozwala na uchwycenie obecności zmian). Z kolei pominięcie badania USG nie świadczy o niedokładności procedury – w większości przypadków nie ma po prostu potrzeby jego wykonania, ponieważ w zupełności wystarczy mammografia. O konieczności wykonania dodatkowego badania decyduje specjalista radiolog – lekarz zawodowo zajmujący się oceną badań obrazowych (w tym przypadku: specjalizujący się w diagnostyce obrazowej piersi). Jeżeli w badaniu mammograficznym nie stwierdza się zmian podejrzanych, następne badanie zostanie wykonane po upływie 2 lat. Natomiast jeżeli zmiana widoczna na kliszy zostanie określona jako podejrzana, kolejnym etapem diagnostyki jest wykonanie biopsji – czyli pobranie wycinka ze zmiany, często pod kontrolą USG lub mammografu. Badanie histopatologiczne (mikroskopowe) pobranego fragmentu tkanek pozwala na ustalenie rozpoznania. Jeżeli zmiana jest łagodna, pacjentka jest kierowana na dalszą obserwację (zwykle nie ma potrzeby wycinania w takiej sytuacji zmian piersi). Jeżeli natomiast zmiana widoczna w badaniach zostanie rozpoznana jako rak, rozpoczyna się leczenie, którego pierwszym etapem jest przeważnie zabieg operacyjny. W przypadku wcześnie wykrytych guzów osoby chore na raka piersi można leczyć w sposób oszczędzający (wycinając guz z marginesem zdrowych tkanek, usuwając węzły chłonne pachy, lub w niektórych przypadkach pobierając do badania węzeł chłonny reprezentatywny dla wszystkich węzłów chłonnych położonych w pasze). W przypadkach o niskim zaawansowaniu leczenie oszczędzające jest alternatywą dla usunięcia piersi. **Tak więc oprócz dobrego rokowania – czyli wysokich szans na wyleczenie pojawia się druga korzyść uczestnictwa w badaniach przesiewowych: leczenie mniej okaleczające niż stosowane podczas operowania kobiet z bardziej zaawansowanymi zmianami.** Należy podkreślić, że zmiany wykrywane podczas programów profilaktycznych są mniej zaawansowane. Dzięki przesiewowym badaniom mammograficznym częściej niż przed wprowadzeniem omawianych programów rak piersi jest wykrywany w fazie przedinwazyjnej – czyli zanim pojawi się zdolność tworzenia przerzutów – zarówno do węzłów chłonnych, jak i do innych narządów. W związku z tym, oprócz bardzo wysokich odsetków wyleczeń, terapia jest jeszcze mniej inwazyjna: nie ma

potrzeby usuwania węzłów chłonnych, co znacznie zmniejsza częstość niepożądanych następstw leczenia.

Zalecenia ekspertów określają odsetek zaproszonych Pań zgłaszających się na badanie jako zadowolający po przekroczeniu 70%, zaś pożądanym – 75% (pamiętamy, że na Islandii zgłaszalność na badania cytologiczne osiągnęła 100%). W Polsce – w 2008, z zaproszeń na mammografię skorzystało od 25% w województwie świętokrzyskim do 43% zaproszonych na badanie w województwie opolskim. Być może część nie objętych statystyką miało badania opłacone przez swoich pracodawców, część sama sfinansowała mammografię udając się do gabinetów prywatnych. Jednak skoro istnieje program badań przesiewowych, sztab ludzi pracujących nad jego funkcjonowaniem, środki finansowe – warto skorzystać z badania w ramach programu. Efektywność w skali populacji (objawiająca się zmniejszeniem umieralności z powodu raka piersi) będzie najwyższa w ramach odpowiednio zorganizowanego populacyjnego programu przesiewowego. Prawdopodobnie większość osób, które odrzuciły propozycje badań nie docenia skali zagrożenia (liczymy na łut szczęścia: „dlaczego choroba miałaby pojawić się właśnie u mnie?”), lekceważy je („bo nikt w rodzinie nie chorował”), nie ufa w zapewnienia o sprawności technicznej sprzętu („pisano, że badanie nie potrafi wykryć”), lub też unika z przyczyn wymienionych wcześniej.

Wyniki rzetelnie przeprowadzonych badań i osiągnięcia krajów o ugruntowanej tradycji badań przesiewowych wskazują na sens ich stosowania. Dają nam dodatkową broń w walce z nowotworami. Jest ona dostępna dla każdego, w zasięgu ręki (do pań mieszkających z dala od ośrodków wyposażonych w mammografy przyjedzie mammoibus, w którym badania zostaną wykonane w miejscu zamieszkania).

Warto wykorzystać otrzymaną szansę i przyjść na badanie, które może uratować życie. Wielokrotnie wykazano jego skuteczność.

Dr med. Radosław Tarkowski

Katedra Onkologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Zapraszamy do kontaktów
Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Programy Profilaktyczne
przy Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu
Pl. Hirszfelda 12
53-413 Wrocław
Kontakt: (71) 36-89-254, wok@dco.com.pl