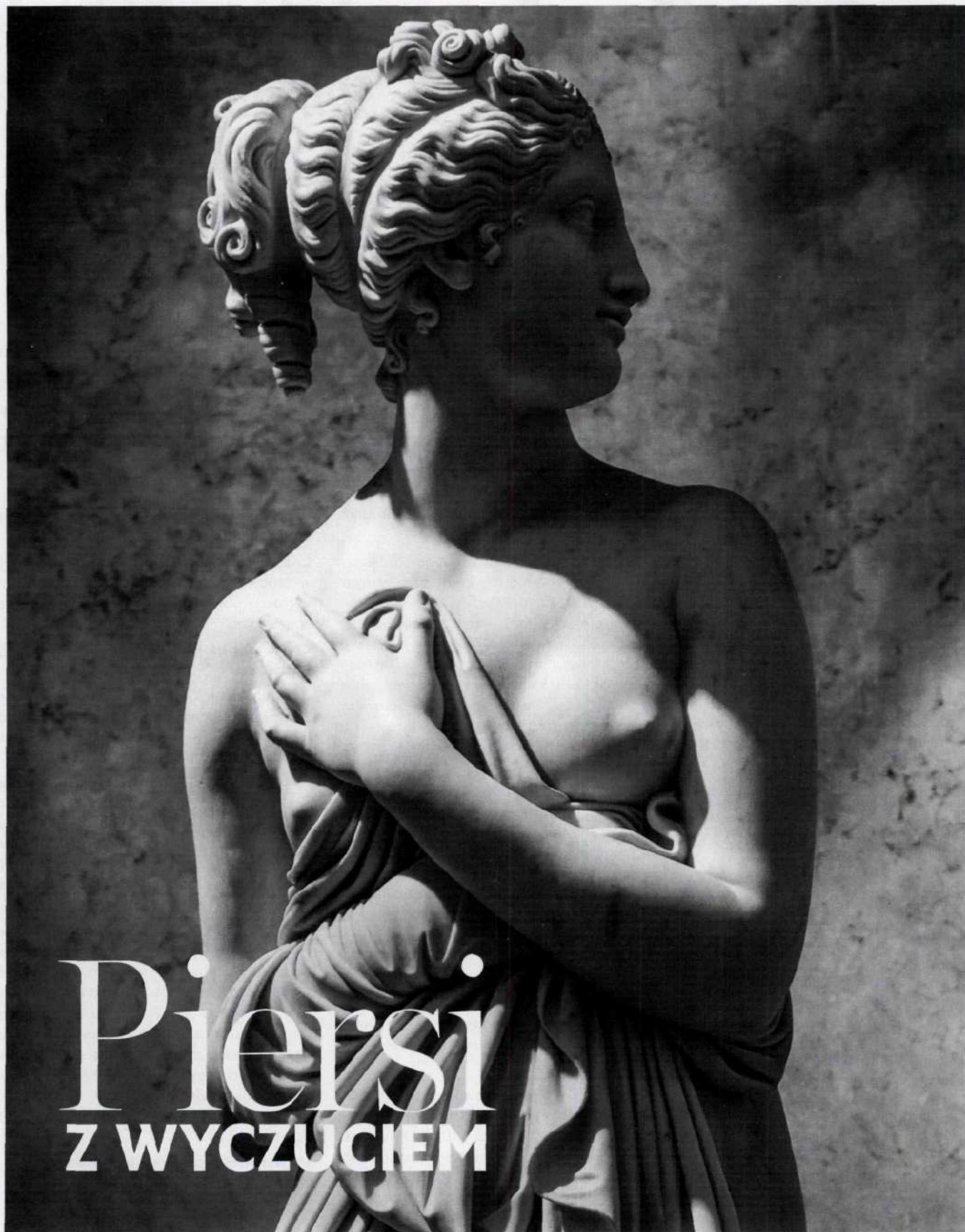


ZDROWIE

Pytania do eksperta



Piersi Z WYCZUCIEM

„Ryzyko raka piersi dotyczy wszystkich kobiet, nawet profilaktyczna mastektomia nie wyklucza go w stu procentach. Dlatego wszystkie powinnyśmy regularnie myśleć o piersiach. Co druga pacjentka przyznaje, że zmianę wykryła sobie sama”, mówi dr n. med. Karolina Donocik, chirurg onkolog.

ROZMAWIA *Sylvia Niemczyk*

C O MÓWIĄ KOBIETY PO DIAGNOZIE? Tutaj nie ma jednej reguły, diagnoza nowotworowa to ogromny stres, który u każdego objawia się inaczej. Najczęściej pacjentki pytają, jak w szybki sposób mogą pozbyć się choroby. Denerwują się, gdy słyszą, że w ich przypadku nie można zastosować leczenia, które np. sprawdziło się u kogoś innego. Czasem to my, lekarze, pytamy je, dlaczego przyszły tak późno i ciągle się zdarza, że słyszymy: „Czekałam, aż guzek sam zniknie”. Czują pod palcami jakąś zmianę, ale oszukiwały się, że to nic takiego.

Umiem sobie wyobrazić, że gdy kogoś ćmi zęb, to zwleka z dentystą, ale guzek w piersi to jednak coś innego.

Pacjentki tłumaczą, że po prostu wstydziły się przyjść i rozebrać przed ginekologiem. I to dotyczy kobiet z każdej grupy społecznej i wiekowej. Wyjaśniają nieraz, że czuły się bezpiecznie, bo w rodzinie nikt nie chorował, tymczasem nowotwory dziedziczne, np. związane

z mutacją genów BRCA1 i BRCA2 to tylko jeden z rodzajów raka piersi.

Ale też, kiedy rozmawiam z kobietami, to słyszę jedną bardzo ważną i właściwie bardzo dobrą rzecz. Już co druga moja pacjentka mówi, że zgłosiła się do lekarza, bo któregoś dnia sama wyczuła zgrubienie. To znaczy, że świadomość raka piersi jest wśród kobiet coraz większa, chociaż wciąż nie tak duża, jak byśmy chcieli.

Mam wrażenie, że o raku piersi mówi się dużo, ale – różne rzeczy. Z jednej strony słyszymy o tym, że w Polsce powstają coraz lepsze ośrodki, z drugiej, że liczba nowotworów piersi stale rośnie. Jedni mówią, że rak piersi to już nie wyrok, inni, że wciąż nie dogoniliśmy Zachodu, jeśli chodzi o wyleczenia. Co z tego jest prawdą?

Właściwie wszystko. Mamy bardzo dobre ośrodki i jeśli chodzi o leczenie nowotworów, to spokojnie możemy porównywać się z każdym zachodnim krajem. Ale rzeczywiście statystyki są coraz wyższe, tylko że niekoniecznie musi to być sprawa większej zapadalności, ale również lepszej wykrywalności.

Liczba wyleczonych kobiet w Polsce wzrasta – przy czym pamiętajmy, że hasło: „Rak piersi to nie wyrok” dotyczy przede wszystkim tych nowotworów, które zostały wcześniej wykryte. Dlatego cały czas powtarzamy, że piersi trzeba badać regularnie i to nie od 40. czy 50. roku życia, tylko dużo wcześniej. Dzisiaj już nikt na pewno nie powie, że rak piersi dotyczy wyłącznie kobiet po pięćdziesiątce. Niedawno poznałam 24-latkę w ciąży, która już była chora.

Jak w takim razie się badać, żeby wykryć raka możliwie najszybciej?

Złota zasada mówi, że każda kobieta zna swoje piersi najlepiej, więc powinna regularnie badać je sama. Raz w miesiącu, najlepiej dwa, trzy dni po miesiączce, gdy gospodarka hormonalna jest wyciszona i ewentualne zmiany są najłatwiejsze do wykrycia.

Ale samobadanie to nie wszystko?

Nie, już od 25. urodzin powinnyśmy co roku robić profilaktyczne badanie piersi. Niestety nasze standardy diagnostyczne wciąż są niewystarczające – to, co NFZ oferuje kobietom, to bezpłatna mammografia po 50. roku życia, raz na dwa lata. Czy taka profilaktyka jest w stanie wykryć zmiany w piersi na wczesnym etapie? Czasami tak. Ale co, jeśli guzek po cichu rośnie przez ostatnie półtora roku? Moim zdaniem warto, żeby kobiety do 40. roku życia robiły co roku USG, a potem naprzemiennie: w jednym roku USG, w następnym mammografię. No i oczywiście od czasu do czasu jeszcze przeszły badanie fizykalne u ginekologa czy chirurga piersi.

Sporo tego.

Ale samobadanie nigdy nie zastąpi badania lekarskiego, tak samo jak zwykłe badanie u lekarza nie zastąpi badania USG, a z kolei USG – mammografii. I odwrotnie, coroczne badanie USG nie zastąpi nam comiesięcznego samobadania. Traktujmy je jako coś ważnego, co w dodatku nas nic nie kosztuje, ani pieniędzy, ani wysiłku. Raz w miesiącu – nie częściej, bo wtedy gubimy swoją rozdzielczość – wstawiamy trochę wcześniej niż zwykle, idziemy pod prysznic, ►

ZDROWIE

Pytania do eksperta

namydlamy piersi i kilka minut badamy. Na YouTube jest masa instruktaży.

Co ma pani na myśli, mówiąc, że badając za często, „gubimy swoją rozdzielczość”?

Badanie przeprowadzane raz na trzy czy pięć dni w zasadzie przyzwyczajają nas do zmian. Paradoksalnie, trudno nam je wtedy dostrzec, tak samo jak trudno nam dostrzec, kiedy właściwie nasze dziecko wyrosło z dawnych ubrań. Jeśli badamy piersi w stałych odstępach czasu, to łatwiej zauważymy, że miesiąc temu czegoś nie było, a dziś jest. Jakieś podejrzanе zgrubienie, zaczerwienienie skóry, wyciek, zaciągnięcie brodawki.

Jak to wygląda?

Zmiany w piersiach skracają więzadła i powodują zniekształcenia brodawki sutkowej: wygląda to tak, jakby coś ją ciągnęło w górę albo w dół. Czasem brodawka, do tej pory płaska albo wypukła, robi się wklęsła, jakby ją coś zasysało do środka. Jeśli wykryjemy jakąś podejrzaną zmianę, następnym krokiem będzie biopsja. Na szczęście nieraz okazuje się, że nasze podejrzanе guzki to nie jest nowotwór, ale hiperplazja atypowa, czyli nadmierny rozrost komórek. Niegroźna rzecz, która z punktu widzenia biologii nie ma nic wspólnego z rakiem, ale i tak lekarz zwykle decyduje się to wyciąć ze względu na to, że kiedyś ten rozrost mógłby przejść w nowotwór.

Od roku w Polsce kobiety z grup ryzyka raka piersi mają możliwość bezpłatnej profilaktycznej mastektomii.

I to jest wielkie osiągnięcie, na które czekaliśmy latami. Wiem, ile wysiłku włożono w to, by profilaktyczna mastektomia była u nas w ogóle dostępna. I jest, ale ze względu na przepisy NFZ-u rzadko ją w Polsce wykonujemy. Może być przeprowadzona tylko w oddziałach chirurgii onkologicznej albo w oddziale chirurgii plastycznej, który ma duże doświadczenie w operowaniu raka piersi. Tego typu oddziałów chirurgii plastycznej jest niewiele, a z kolei w dużych centrach onkologicznych pierwszeństwo – i słusznie – mają kobiety z wykrytym już nowotworem, a nie zabiegi profilaktycznej mastektomii. Dlatego dziś tam,

PACJENTKI NIERAZ TŁUMACZĄ, ŻE PO PROSTU WSTYDZIŁY SIĘ PÓJŚĆ DO GINEKOLOGA.

CZUŁY POD PALCAMI JAKĄŚ ZMIANĘ, ALE MÓWIŁY SOBIE, ŻE TO NIC TAKIEGO.

gdzie można wykonać refundowany zabieg profilaktycznej mastektomii, czas oczekiwania jest często długi.

Mastektomię z powodu nowotworu wykonuje się też na oddziałach chirurgii ogólnej czy nawet ginekologii, ale zabiegu profilaktycznego już tam nie zrobimy. A przecież na wielu takich oddziałach pracują chirurdzy, którzy mają duże doświadczenie w mastektomiach i rekonstrukcjach piersi. Gdybyśmy mogli wykonywać tam także zabiegi profilaktyczne, czas oczekiwania na to świadczenie znacznie by się skrócił. Na tym przykładzie widać, że jeszcze mamy co nieco do przemyślenia w systemie profilaktyki raka piersi.

Czy profilaktyczna mastektomia całkowicie zabezpiecza nas przed rakiem piersi?

Checiałabym, żeby tak było, ale to nigdy nie jest stuprocentowa profilaktyka. Oczywiście, zawsze staramy się bardzo dokładnie odseparować gruczoł piersiowy od skóry, ale między tymi dwiema różnymi tkankami jest mała różnica kliniczna. Myślę, że żaden z chirurgów onkologów nie da stuprocentowej gwarancji, że nie zostawił małej cząsteczki gruczołu, w której może rozwinąć się nowotwór.

Poza tym dzisiaj podczas profilaktycznej mastektomii świadomie zostawiamy brodawkę i otoczkę. Robimy to ze względów kosmetycznych, bo wiemy, że to ma bardzo duży wpływ na samopoczucie kobiety po zabiegu. I w tej pozostawionej brodawce również mogą zajść zmiany nowotworowe, chociaż ryzyko jest naprawdę minimalne. Kobieta z mutacją genu BRCA1 i BRCA2 po przejściu profilaktycznej mastektomii

jest znacznie mniej narażona na to, że zachoruje na raka piersi niż zdrowa kobieta bez mutacji genu i bez obciążenia rodzinnego. Zresztą nawet jeśli po profilaktycznej mastektomii nowotwór zacząłby się rozwijać, to byłby bardzo łatwy do wykrycia. Rozwijałby się tuż pod skórą, a nie gdzieś głęboko – bo głębiej gruczołu już przecież nie ma.

Ponad dwa miesiące temu, 1 października, ruszyła w Polsce sieć ośrodków Breast Cancer Unit – co to takiego?

To miejsca, które dysponują właściwie wszystkim, co jest dziś możliwe, żeby skutecznie i kompleksowo leczyć raka piersi, a po terapii zadbać o komfort życia pacjentki. Dzisiaj leczenie onkologiczne musi być zespołowe. Już nie jest tak, że np. chirurg onkolog na własną rękę zaplanuje radykalną amputację piersi, bo to pozwoliłoby mu łatwo się pozbyć problemu. A kiedyś, jeszcze całkiem niedawno, tak właśnie było!

W ośrodkach Breast Cancer Unit, czyli m.in. w Instytucie Onkologii w Gliwicach, w którym na co dzień pracują, nad pacjentką pochyla się zespół złożony m.in. z chirurga, onkologa klinicznego, patomorfologa, radiologa, radioterapeuty, psychologa, pielęgniarki środowiskowej. Na konsylium rozmawia kilkunastu specjalistów i wspólnie podejmujemy decyzje, co będzie najlepsze w przypadku tej jednej, konkretnej pacjentki. Zastanawiamy się, czy możemy przeprowadzić leczenie oszczędzające, czy od razu musimy zrobić mastektomię, czy włączamy – i kiedy – chemioterapię, immunoterapię, hormonoterapię, jaka rehabilitacja po zabiegu będzie najlepsza itd.

Jak dzisiaj się leczy raka piersi?

Nie ma jednego schematu, bo rak piersi nie jest chorobą jednolitą. Mamy nowotwory hormonozależne i niezależne, z receptorami białka HER2 i bez tych receptorów, mamy nowotwory trójujemne, z mutacją w genach BRCA1 i BRCA2 i bez stwierdzonej mutacji. I każdy z nich jest inaczej leczony. Wielkie znaczenie ma też np. wielkość zmiany w stosunku do rozmiaru piersi albo wykrycie przerzutów do węzłów chłonnych czy narządów odległych.

Jeśli guzek jest mały, to po prostu go wycinamy, oczywiście razem z marginesem zdrowych tkanek, ale oszczędzając pierś. Później takie leczenie uzupełniamy radioterapią i zwykle po ok. sześciu tygodniach nasze leczenie raka się kończy. Jeśli zmiana jest większa niż dwa centymetry, to przed zabiegiem często włączamy chemioterapię, czasem połączoną z immunoterapią, po to, żeby najpierw zmniejszyć guz. I nieraz organizm pacjentki tak dobrze reaguje, że po leczeniu chemią zmiana jest już niewykrywalna, a w pooperacyjnych badaniach histopatologicznych nie znajdujemy nawet jednej komórki rakowej.

Najczęściej mamy do czynienia z rakami hormonozależnymi, których rozwój zależy od poziomu estrogenów i progesteronu w organizmie. W ich przypadku po zabiegu włączamy najczęściej hormonoterapię, żeby wygasić pracę jajników, po to, żeby nie było dodatkowej, hormonalnej stymulacji rozwoju nowotworu. Można powiedzieć, że wprowadzamy kobietę w okres menopauzy.

Po hormonoterapii nie może mieć dzieci?

Po chemioterapii również często nie, bo chemia uszkadza komórki jajowe. Dlatego przed leczeniem powinniśmy proponować każdej pacjentce zamrożenie komórek jajowych lub zarodków, by po chorobie mogła zachować możliwość bycia mamą. Pytanie o plany rozrodcze powinno być jednym z pierwszych pytań lekarza po diagnozie onkologicznej. Widzimy w gabinetach, że dla kobiety po diagnozie temat dzieci nie jest istotny, tak samo jak i inne możliwe powikłania wynikające z leczenia. Ona ma pełne prawo o tym nie myśleć, ale my, lekarze, powinniśmy mieć na względzie nie tylko terapię raka, ale też jakość życia naszej pacjentki już po wyleczeniu.

ROZMAWIAŁA *Sylvia Niemczyk*



Dr n. med. Karolina Donocik,
specjalista chirurgii onkologicznej
i ogólnej, w trakcie specjalizacji z chirurgii
plastycznej. Członkini zespołu Breast
Unit przy Centrum Onkologii – Instytut
w Gliwicach. Pracuje w Centrum Onkologii
w Gliwicach oraz Klinice chirurgii
plastycznej Dr. Marka Szczyta w Warszawie.