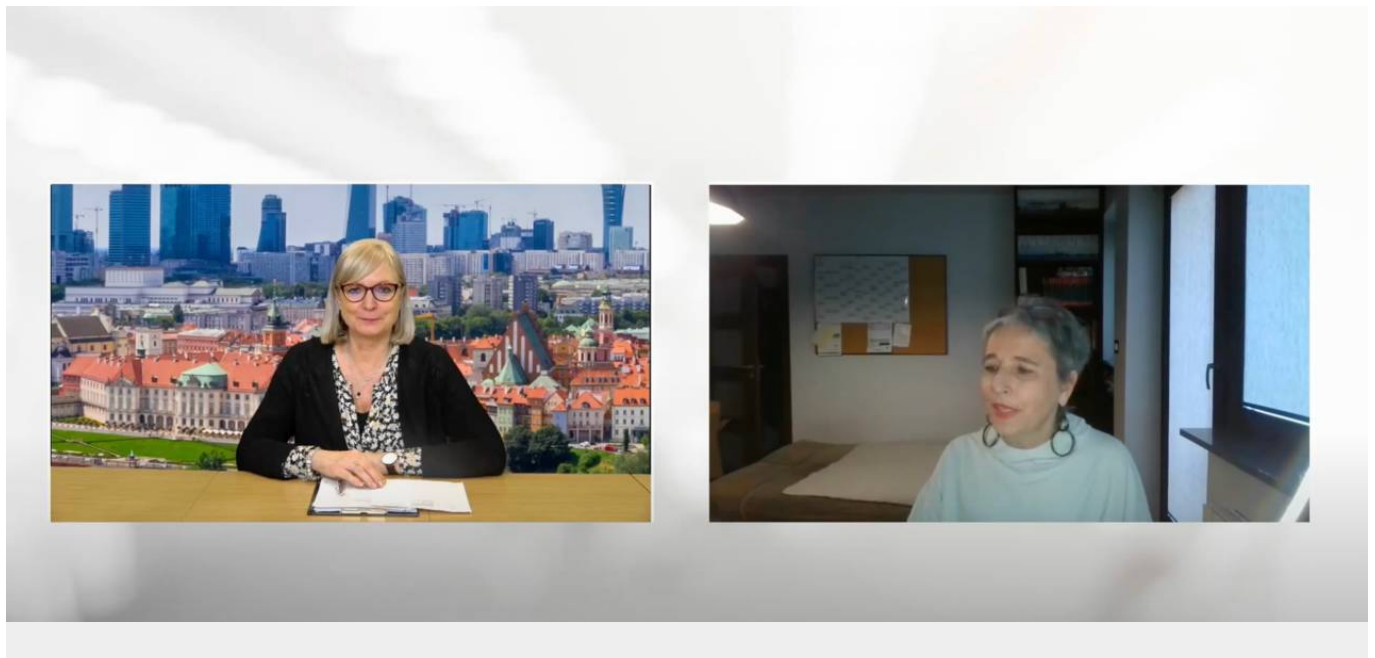




Iwona Schymalla, 2022-06-13 10:59

Wczesny rak piersi: szanse i wyzwania



Gościem Medexpressu jest dr hab. n. med. Elżbieta Senkus-Konefka z Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Pani Doktor, rak piersi jest najczęściej występującą wśród kobiet w Polsce chorobą onkologiczną. To także druga przyczyna zgonów onkologicznych w naszym kraju. Natomiast najczęściej diagnozowanym rakiem piersi jest wczesny rak piersi. Co oznacza wczesny rak piersi i czym różni się od zaawansowanego raka piersi?

Wczesny rak piersi jest pojęciem umownym. Rak zaawansowany w dużym stopniu oznacza raka z przerzutami, co z kolei oznacza chorobę nieuleczalną. Rak piersi wczesny to sytuacja, w której możemy mówić o szansie radykalnego wyleczenia. To są takie przypadki, gdzie dzięki zastosowaniu skojarzonych działań: chirurgii, radioterapii, leczenia systemowego, możemy myśleć o wyleczeniu i możemy obiecywać, że będziemy starać się to uzyskać. W raku zaawansowanym o wyleczeniu nie ma mowy. Mówimy tylko o jak najdłuższej kontroli choroby, o maksymalizacji jakości życia, ale nie o tym, że tę chorobę jesteśmy w stanie całkowicie zlikwidować. Także wczesny rak piersi to pojęcie, które w zasadzie oznacza raka potencjalnie uleczalnego.

Coraz częściej słyszymy, że rak piersi dotyka coraz młodsze kobiety, a więc takie, które są aktywne, chcą też realizować się i zawodowo, i rodzinie. Czy rzeczywiście możemy mówić o zmianie profilu pacjentki chorującej na wczesnego raka piersi.

Dane epidemiologiczne na to nie wskazują, wręcz przeciwnie. Ponieważ społeczeństwo się starzeje, w związku z tym tak naprawdę jeśli chodzi o wartości bezwzględne, to pewnie więcej tych nowotworów piersi jest w starszych populacjach. Tym niemniej młode kobiety są bardziej widoczne. Poza tym one często mają bardziej zaawansowany nowotwór. W populacjach objętych badaniami przesiewowymi, czyli między 50 a 69 rokiem życia jest sporo nowotworów wykrytych bardzo wcześnie i one w związku z tym mają bardzo dobre rokowania. I tak naprawdę wtedy „przygoda z rakiem” jest mało uciążliwym doświadczeniem, które oznacza niewielki zabieg operacyjny, krótkotrwałą radioterapię i branie leków doustnych przez kilka lat. I to są takie nowotwory, które w niewielkim stopniu wpływają na ogólny stan zdrowotności społeczeństwa, ponieważ te kobiety najczęściej są wyleczone. Żyją w dużym stopniu zgodnie ze swoją spodziewaną długością życia. Podczas gdy u młodych kobiet jest więcej postaci agresywnych. Młody wiek jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym. Nowotwory są bardziej spektakularne dlatego, że dotyczą kobiet w szczycie rozwoju zawodowego, rodzinnego. Całe życie jest przed nimi, a tutaj nagle spotyka je choroba. Dlatego bardziej zwracamy na nie uwagę. Ale myślę, że liczby dalej wskazują, że większość nowotworów piersi dotyczy kobiet po 50., 60. roku życia. Co nie znaczy, że tych młodych jest mało i że to nie jest istotny problem społeczny.

Tak jak Pani Doktor wspomniała wczesnego raka piersi leczymy z intencją wyleczenia pacjentki, w przeciwieństwie do zaawansowanego raka, gdzie celem terapii jest wydłużenie życia. Jaki wskazałaby pani główny cel terapeutyczny w leczeniu wczesnego raka piersi?

Celów jest oczywiście kilka, ale głównym jest wyleczenie. Wyleczenie oznacza, że te osoby umrą ze starości, z chorób towarzyszących, z innych przyczyn niż rak piersi. Tak naprawdę w dużym stopniu jest to równoważne czy zbliżone do definicji wyleczenia. Ale poza samym życiem liczy się nie tylko jego długość, ale również jakość. A jakość oznacza brak długotrwałych powikłań związanych z leczeniem. Często jesteśmy w stanie zaakceptować krótkotrwałe zaburzenie jakości życia, kilka miesięcy, może pół roku. A potem oczekujemy, że wszystko wróci do normy i że jakość życia będzie taka jak przed chorobą.

Tak naprawdę w tej chwili naszym celem jest również to, żeby osoby, którym udało się z nowotworu wyleczyć, nie miały niepełnosprawności czy problemów zdrowotnych, które do końca życia będą dla nich obciążeniem. Poważne powikłania, np. uszkodzenie serca związane z niektórymi metodami leczenia, które stosujemy, tak naprawdę odzywa się po 10 czy 20 kilku latach. I może przekładać się na zwiększone ryzyko zgonu z przyczyn kardiologicznych. To jest jeden z przykładów, ale taki dosyć spektakularny i łatwy do zrozumienia. Celem naszego działania, jest leczyć tak, by po latach nie okazało się, że nominalnie wyleczeni z nowotworu mają zwiększone ryzyko zgonu z innych przyczyn.

Wiem, że co trzecia chora, takie przynajmniej są statystyki, z wczesnym rakiem piersi będzie miała nawrót tej choroby. Zapobieganie nawrotom to jest bardzo istotna, kluczowa kwestia. Ale czy potrafimy z dużym prawdopodobieństwem ocenić czy pacjent/pacjentka (mężczyźni też chorują) wykazuje większe ryzyko nawrotu niż inna pacjentka lub pacjent. Czy w jakiś sposób możemy wskazać, którzy pacjenci są szczególnie na to ryzyko narażeni?

Mówimy o tzw. czynnikach rokowniczych, które przewidują kto ma małe a kto duże ryzyko nawrotu. Jest ich bardzo dużo. To są czynniki bardzo proste takie jak zaawansowanie nowotworu. Zawsze mówię, że lepiej jest mieć mniej raka niż więcej raka. To może brzmieć trywialnie, ale tak naprawdę to jest bardzo prawdziwe. W ostatnich latach obserwujemy poprawę wyników leczenia raka piersi. To jest w dużym stopniu związane z wczesnym ich wykrywaniem. Nowotwory mniej zaawansowane mają lepsze rokowanie. To dotyczy zarówno guza pierwotnego, jak zajęcia węzłów chłonnych. Z tymi węzłami chłonnymi inna jest sytuacja, gdy mamy do czynienia z zajęciem jednego czy dwóch, a inna jest gdy z zajęciem 12 czy 15. Im

tych węzłów jest zajętych więcej tym rokowanie jest gorsze.

Dalej liczy się biologia tego nowotworu, czyli jego typ. Często o tym się mówi, że rak piersi to nie jest jedna choroba, ale grupa chorób lokalizujących się w tym samym narządzie. Istnieje wiele sposobów definiowania raka piersi. Ale takim bardzo ważnym jest stan receptorów estrogenowych i stan HER2. Najczęstsze to są nowotwory piersi z ekspresją receptorów estrogenowych, bez nadekspresji HER2. To jest grupa o najlepszym rokowaniu. Tym niemniej również w tej grupie, nie wszystkie przypadki są takie same. Są takie bardzo indolentne, kiedy guzy tak naprawdę prawie nie rosną i potem bardzo dobrze poddają się leczeniu. A są też nowotwory, w tej grupie teoretycznie lepiej rokujące, ale bardzo agresywne, które rozwijają się bardzo szybko. Charakteryzują się bardzo wysokim stopniem złośliwości, wysokim współczynnikiem charakteryzującym aktywność podziałową. Także istnieje szereg czynników, również czynniki molekularne, badanie ekspresji paneli genów. Jest cała ogromna wiedza na temat tych czynników rokowniczych. I tak naprawdę przez wiele lat się uczymy jak je rozpoznawać i jak je stosować. Mówiąc w prosty sposób, jedno to jest ilość, czyli takie anatomiczne zaawansowanie nowotworu, a drugie to jest jakość, czyli jego typ, jego agresywność, biologia. Generalnie za grupę wysokiego ryzyka uważamy pacjentki, które mają zajęte co najmniej cztery węzły chłonne lub mają zajęte mniej niż cztery węzły chłonne, ale mają jakieś dodatkowe czynniki ryzyka np. wysoki stopień złośliwości.

To nie jest czarne-białe. To wszystko to jest jakaś ciągłość, ale w którymś momencie jest stawiany punkt odcięcia. To jest tak naprawdę, uznana dość arbitralnie, granica wysokiego ryzyka.

Jakie opcje terapeutyczne są aktualnie dostępne dla tej grupy pacjentek, która jest szczególnie narażona na nawrót choroby? Czy te opcje są w tej chwili satysfakcjonujące.

To znowu zależy od typu raka. Tak naprawdę w poszczególnych podtypach ten rozwój następuje z dużą prędkością. Zawsze najwięcej mówiło się o raku HER2 dodatnim. I to jest rzeczywiście ten typ, gdzie postęp jest największy, gdzie z nowotworów najgorzej rokujących, w tej chwili rokuje najlepiej. Jest cały szereg nowych leków anty HER2, które są stosowane w leczeniu wczesnego raka piersi. W tej populacji sytuacja jest jak najlepsza i też pewnie najbardziej obiecująca, ponieważ bardzo dużo się dzieje, jeżeli chodzi o nowe leki w tej kategorii.

Druga kategoria to są raki tzw. luminalne, czyli z ekspresją receptorów estrogenowych, najczęściej myślimy tu o nowotworach HER2 ujemnych. Tutaj klasycznie podstawą leczenia jest hormonoterapia i w zasadzie wszystkie pacjentki tę hormonoterapię, a raczej leczenie antyhormonalne dostają. Ponadto często stosujemy chemioterapię w tej grupie. To zależy właśnie od oceny ryzyka. Jeżeli dodatkowo ryzyko oceniamy na na tyle wysokie, że efekty samej hormonoterapii nie byłyby satysfakcjonujące, to dodaje się chemioterapię. Do tego we wszystkich typach pewną rolę w kontroli choroby ma również radioterapia, która jest leczeniem miejscowym, ale zabezpiecza przed nawrotami miejscowymi.

Jeszcze mówiąc o typach - pozostaje rak potrójnie ujemny, który tak naprawdę jest zjawiskiem osieroconym, w którym postęp w leczeniu do niedawna był bardzo niewielki. Aczkolwiek w tym raku potrójnie ujemnym również w ostatnich latach dzieje się bardzo dużo. Pojawiają się nowe opcje leczenia przede wszystkim choroby zaawansowanej, ale również pewne nowe dane wskazujące na możliwość poprawy skuteczności leczenia. W odniesieniu do wczesnego raka potrójnie ujemnego przede wszystkim z zastosowaniem immunoterapii. Również pojawiła się nowa, bardzo obiecująca opcja leczenia celowanego u pacjentek z mutacją BRCA. W dużym stopniu są to chore młode. Dla nich jest lek, który jest takim leczeniem celowanym, właśnie ukierunkowanym na zaburzenia molekularne związane z mutacją BRCA. I okazuje się, że znacząco poprawia wyniki również we wczesnym stadium raka piersi. Wracając do raka luminalnego, czyli tego najczęstszego dalej mimo zastosowania hormonoterapii, liczba nawrotów była wyższa niż to co byśmy chcieli widzieć. A przede wszystkim to co nasze pacjentki chciałyby widzieć.

Również pojawiają się opcje leczenia celowanego. W tej chwili są dane, które wskazują, że dodanie

leczenia ukierunkowanego molekularnie czy też mówiąc prościej celowanego, do hormonoterapii również w znaczący sposób może poprawić wyniki.

Bez wątpienia jest to ogromna szansa dla tych pacjentek na to, aby wyleczyć chorobę i móc normalnie funkcjonować. Pani Doktor, bardzo dziękuję za to spotkanie i dziękuję za rozmowę.

Również bardzo dziękuję.

Materiał został zrealizowany przy współpracy z:

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.