

Dariusz Michalik

RAK PIERSI

Między ryzykiem a szansą

Opracowanie
Ewa Sławińska

BookEdit

DARIUSZ MICHALIK

RAK PIERSI

MIĘDZY RYZYKIEM A SZANSĄ

Opracowanie
Ewa Sławińska

Warszawa 2022

BookEdit

© Copyright by Dariusz Michalik, 2022

© Copyright by Ewa Sławińska, 2022

Tekst: *dr n. med. Dariusz Michalik*

Transkrypcja tekstu z nagrań, opracowanie redakcyjne,
wprowadzenia do rozdziałów: *dr n. hum. Ewa Sławińska*

Ilustracje: Pracownia artystyczna „Kontrastownia”

Projekt okładki: Magdalena Zawadzka

Korekta: Maria Aleksandrow, Anna Kielan i ERATO

e-book: JENA

ISBN 978-83-66995-78-9

Wydawca

BookEdit

Kontakt:

e-mail: rakpiersi@interia.pl

www.rakpiersi.info.pl

facebook.com/ksiazka.rakpiersi

Spis treści

Wstęp.....	7
I. ZARZĄDZANIE RYZYKIEM.....	11
Leczenie i wiedza medyczna 12 • Profilaktyczne badania mammograficzne 18 • Badanie USG w profilaktyce 27 • Samobadanie piersi 34 • Czynniki ryzyka 36 • Mutacje genowe 49 • Pacjentki wysokiego ryzyka 52	
II. ZARZEWIE KONFLIKTU	59
Co to jest rak i jak powstaje? 60 • Rak przedinwazyjny DCIS i LCIS 74	
III. OCENA PRZECIWNIAK	79
Objawy raka piersi 80 • Badania obrazowe 82 • Badania inwazyjne 87 • Czy biopsja „rozsiewa” raka? 92 • Diagnostyka raka 93 • Nadekspresja receptora HER2 i nowe perspektywy 95 • Diagnoza onkologiczna 102	
IV. CZAS PRÓBY	113
Postawa wobec choroby 114	

V. ZMAGANIA WOJENNE125

Leczenie onkologiczne 126 • Leczenie chirurgiczne – historia i współczesność 128 • Leczenie oszczędzające i onkoplastyczne 132 • Radioterapia 137 • Czy operacja może przyspieszyć rozwój raka? 141 • Węzły chłonne 143 • Leczenie skojarzone 148 • Jakość leczenia – rzeczywistość i możliwości 151 • Chemioterapia 158 • Rak piersi u kobiet ciężarnych 163 • Świadoma zgoda na zabieg 164

VI. NASTĘPSTWA WALKI, ODBUDOWA I ROZEJM171

Skutki leczenia onkologicznego 172 • Chirurgia onkoplastyczna 175 • Rodzaje rekonstrukcji 178 • Rekonstrukcja za pomocą tkanek własnych 181 • Rekonstrukcja za pomocą implantu 183 • Przerost torebki łącznotkankowej 185 • Rekonstrukcja za pomocą tłuszczu 191 • Rehabilitacja 193 • Profilaktyka obrzęku limfatycznego 194 • Po skutecznym leczeniu onkologicznym 200 • Pozytonowa tomografia emisyjna 207 • Leczenie paliatywne 209

VII. INNI AGRESORZY I OSADNICY215

Inne nowotwory złośliwe piersi 216 • Nowotwory łagodne 218 • Stany infekcyjne 226 • Wady i defekty piersi 229 • Choroby piersi u mężczyzn 231

VIII. POSTULATY MERYTORYCZNE I ORGANIZACYJNE235

Rezolucja w sprawie raka piersi i idea breast unitów 236 • Jak poprawić wyniki leczenia raka piersi w Polsce? 243

Zakończenie247

Wstęp

Niniejsza książka nie jest samouczkiem ani informatorem o raku piersi. Czytelnik nie znajdzie w niej algorytmów postępowania czy klasyfikacji stadiów zaawansowania. Znajdzie natomiast wiedzę o prawdziwym świecie leczenia raka piersi, podaną w przystępnych słowach, odwołujących się do licznych porównań i przykładów z życia. Za ich pomocą chirurg onkolog z trzydziestoletnim doświadczeniem wtajemnicza czytelnika w problemy onkologiczne oraz blaski i cienie różnych metod leczenia. Pacjent nie jest dla autora anonimowym petentem korzystającym ze świadczeń zdrowotnych, lecz człowiekiem zasługującym na pomoc i szacunek, niepozbawionym swego emocjonalnego, intelektualnego i duchowego wymiaru. Autor przybliży najważniejsze zagadnienia związane z rakiem piersi, od profilaktyki i czynników ryzyka zachorowania, poprzez diagnostykę i leczenie, aż do metod rekonstrukcji. Dopełnieniem tej tematyki są inne nowotwory złośliwe, guzy łagodne, choroby infekcyjne, wady i defekty piersi.

Książka roztacza przed czytelnikiem intrygujący, szeroki horyzont poznawczy. Łączy w całość zagadnienia medyczne, moralne i egzystencjalne. Jednym z jej głównych motywów jest perspektywa etyczna przeżywania choroby, a ściślej – przetransponowanie trudu i cierpienia na wartość pozytywną. Autor doradza, jak przygotować się do

batalii z rakiem, żeby zwycięsko przejść poszczególne bitwy i powrócić z tarczą. Zaleca potraktowanie tej wojny jako cennego doświadczenia, które może w pozytywny sposób oddziaływać na dalsze życie. Kluczowa w pokonaniu choroby okazuje się postawa mająca w sobie coś z heroizmu, determinacji i niezłomności. Sugestywny sposób narracji powoduje, że – paradoksalnie – można nawet zatęsknić za taką godziną próby i porzuceniem na jakiś czas swojego zwyczajnego, monotonnego, a czasem nazbyt wygodnego życia. W końcu nie przed każdym los stawia wielkie wyzwania, nie każdy ma więc okazję poznać swoje najprawdziwsze oblicze.

„Tu nie ma miejsca na depresję. Nie widzimy możliwości klęski. Taka możliwość nie istnieje” – trawestację słów Winstona Churchilla autor traktuje jako swoje motto. Od siebie i swoich pacjentów wymaga zaangażowania wszystkich sił do walki z chorobą i przekonania o sukcesie, gdyż taka postawa ma moc sprawczą.

Jednym z priorytetów autora w jego misji lekarskiej jest skuteczność, tym bardziej że wyniki leczenia raka piersi w Polsce nie są dobre (odstajemy od średniej europejskiej). Oprócz wyleczalności również jakość leczenia pozostawia wiele do życzenia. Osoby dotknięte chorobą nowotworową często podejmują emocjonalne decyzje i nie korzystają ze swoich praw, zadowalając się najprostszymi rozwiązaniami. W tym kontekście książkę można traktować jako drogowskaz i apel o dokonywanie rozważnych, odpowiedzialnych wyborów.

Tekst ukazuje indywidualne spojrzenie na proces leczenia onkologicznego i zachęca do refleksji nad tą szczególną, dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny. Jej specyfika polega na wielości stosowanych metod leczniczych i możliwości rozwiązania tego samego problemu na różne sposoby, a także na dopasowaniu leczenia do potrzeb konkretnego pacjenta.

Autor przedstawia onkologię jako niełatwą i niekończącą się drogę, której kierunek w przeszłości nie zawsze był właściwy. Zdarzały się

kręte ścieżki, bezdroża i ślepe zaułki. W ostatnich dekadach dokonał się olbrzymi postęp. Dzięki nowym i bardziej skutecznym terapiom zmagania z rakiem stały się bardziej efektywne, a leczenie – mniej okaleczające i bezpieczniejsze.

Publikacja jest rezultatem szczęśliwego zbiegu okoliczności. Jest również dowodem na to, że pozornie niepomyślne doświadczenia zdrowotne mogą okazać się pożyteczne i konstruktywne. Stało się to możliwe dzięki lekarzowi, który nie jest takim zwyczajnym chirurgiem onkologiem. Sprawy leczenia angażują go bez reszty. Łączy w sobie analityczny i twórczy sposób myślenia, dociekliwość, otwartość na zmiany i postęp.

Tekst powstawał w nietypowy sposób. Jego genezą były wypowiedzi ustne autora, zarejestrowane *in extenso*, przetranskrybowane, opracowane redakcyjnie i poddane autoryzacji.

Celem publikacji jest wzrost świadomości społecznej w zakresie raka piersi. Książka dostarcza rzetelnej wiedzy medycznej weryfikowanej w toku wielu lat pracy i rozmów z pacjentami. Niektóre kwestie mają wymiar uniwersalny i mogą być pomocne w codziennym życiu, oddziałując na sposób rozumienia różnych problemów związanych ze zdrowiem, chorobą czy zarządzaniem ryzykiem.

dr n. hum. Ewa Sławińska

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

Motywy przewodnim rozdziału jest świadome zarządzanie własnym ryzykiem zachorowania na raka piersi. Po przybliżeniu kontekstu, czyli ogólnej wiedzy na temat medycyny i leczenia, omówione zostają metody stosowane w profilaktyce (mammografia, USG, samobadanie piersi), a następnie czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania oraz grupa tzw. pacjentek wysokiego ryzyka. Autor referuje kolejne tematy wnikliwie i wszechstronnie, za każdym razem zręcznie ukazując dwie strony medalu.

Rozdział I odpowiada na wiele istotnych pytań dotyczących działań prewencyjnych oraz ich skuteczności. Tezy autora mogą wydawać się kontrowersyjne, ponieważ nie powielają powszechnie znanych opinii (opartych na stereotypach i błędnych lub nieaktualnych przekonaniach). Autor, stojąc na straży aktualnej wiedzy medycznej, przedstawia fakty, demaskuje mity i cierpliwie wyjaśnia rozbieżności. Tłumaczy na przykład, dlaczego coroczne profilaktyczne badania USG są... bezcelowe.

Przyczyny raka piersi nie są dokładnie znane, ale wiadomo, jakie czynniki zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania (poza czynnikiem oczywistym, jakim jest płeć żeńska). Analizując je, autor nie bierze pod lupę detali, nie ocenia wyższości jednego składnika nad drugim

w prawidłowej diecie, tylko ujmuje całość zagadnień z perspektywy społecznej i antropologicznej – zmian cywilizacyjnych, związanych z rozwojem krajów świata zachodniego. W konsekwencji dochodzi do ogólnych wniosków na temat zdrowia, stylu życia i specyfiki współczesnego człowieka.

W pewnym stopniu możemy wyeliminować czynniki środowiskowe, które wywołują raka sporadycznego (warunkującego 90–95% zachorowań). Również w przypadku obciążeń genetycznych (odpowiadających za 5–10% rozpoznań) możemy podjąć profilaktykę i zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania.

Wiele miejsca poświęca autor jakości życia i emocjom, jakie wywołuje samo już myślenie o raku piersi. Niekiedy stan umysłu zniekształca ocenę własnego położenia do tego stopnia, że zaciera granice między zdrowiem a chorobą, rzeczywistością a wyobraźnią. Warto więc zadbać o to, by niepotrzebnie nie narażać się na sytuacje, które mogą naruszyć naszą wewnętrzną równowagę.

Leczenie i wiedza medyczna

Czym jest leczenie? Jeśli leczenie zdefiniujemy jako działanie zmierzające do zachowania lub poprawy zdrowia, to w pewnym sensie każdy człowiek, niezależnie od wykształcenia i doświadczenia, leczy. Wszyscy mają bowiem jakieś zdanie na temat zdrowia i leczenia chorób, a wypowiadając je, wpływają na inne osoby. Nie ma w tym nic złego. Podobnie jest zresztą w innych dziedzinach. Na przykład oprócz dyplomowanych artystów malarzy są twórcy nieprofesjonalni, samorodni (niektórzy nawet tworzą nowe trendy), bo malować może każdy. W odniesieniu do zdrowia bierzemy pod uwagę to, co mówią inni – świadomie lub nieświadomie. Nasiąkamy tą wiedzą jak gąbka. Przeświadczenia, które krążą w przestrzeni publicznej, szczególnie

jeśli są często powtarzane, z czasem zaczynają być traktowane jak dogmaty. Przyjmujemy je bez zastanowienia, niezależnie od tego, czy są one prawdziwe, czy nie. Przypomina mi to scenę lekcji języka polskiego z powieści *Ferdydurke* Witolda Gombrowicza. Prowadzący ją nauczyciel wygłasza schematyczny pogląd niepodlegający dyskusji: „Słowacki wielkim poetą był”. To oczywiste, że „kochamy Juliusza Słowackiego i zachwycamy się jego poezjami, gdyż był on wielkim poetą”. Zaprzeczanie tej powszechnej prawdy jest niedopuszczalne i obrazoburcze. Jednak uczeń Gałkiewicz – podobnie jak ja w tej książce – ośmiela się dzielić swoimi wątpliwościami. Uczeń reprezentuje postawę człowieka poszukującego argumentów, który nie chce opierać swojej wiedzy na stereotypach. Gałkiewicz nie daje sobie wmówić, że kocha Słowackiego, gdyż nie czyta poezji wieszczą dla przyjemności (podobnie jak większość jego kolegów), lecz wyłącznie z przymusu, czyli szkolnego obowiązku. Oczywiście Gombrowicz przedstawia to w sposób prześmiewczy i karykaturalny. Przywołując tę scenę, nie chciałbym deprecjonować Słowackiego. To jest tylko przykład bezrefleksyjnego powielania powszechnie przyjętych poglądów.

Pracownicy ochrony zdrowia podlegają tym samym wpływom – nasiąkają wiedzą pochodzącą z wielu źródeł i tym samym mogą powielać (nie zawsze świadomie) niesprawdzone informacje, także te, które są wynikiem ich własnych przekonań. Współczesna medycyna ma na to odpowiedź. Żeby ułatwić lekarzom podejmowanie decyzji i uporządkować wiedzę, zostały wprowadzone zasady *evidence-based medicine* (EBM), czyli medycyny opartej na faktach, na dowodach potwierdzonych badaniami. Oznacza to, że każde zdanie bądź sugestia profilaktyczna czy lecznicza powinny być poparte dowodami. System ten zakłada zróżnicowanie danych medycznych ze względu na poziom wiarygodności. Nowoczesne publikacje powinny się do niego odwoływać. Niektóre informacje traktowane są jako pewnik,

inne jako bardzo prawdopodobne (prawie pewne), jeszcze inne jako prawdopodobne (możliwe) i wreszcie – mało prawdopodobne (nie-wykluczone). Jednak w powszechnym odbiorze dowody z badań naukowych nie są atrakcyjne, bo człowiek jest istotą emocjonalną i nie przemawiają do niego liczby ani suche fakty. Z największą aprobatą większość ludzi przyjmuje opinie ekspertów, czyli osób mających kilka tytułów przed nazwiskiem (albo za – w zależności od kraju), a po nazwisku wiele pełnionych funkcji lub zajmowanych stanowisk. Poglądy takich ludzi przyjmujemy jako coś wiarygodnego, pewnego. W zasadach medycyny opartej na faktach opinie ekspertów są najslabszym poziomem dowodów. Tak naprawdę powinniśmy podchodzić do nich z dużą ostrożnością. Mówiąc żartobliwie, w sytuacji braku dowodów pozostaje medycyna oparta na niewzruszonej pewności siebie, elokwencji, doświadczeniu i zaufaniu. Zwykle poważnie potraktujemy zdanie człowieka, który jest ubrany w garnitur od Armaniego i jedwabny krawat, z włosami oprószonymi siwizną, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu piękny i przekonujący sposób wypowiedzi. Czy można komuś takiemu nie wierzyć? Często przy dużym natłoku informacji polegamy na pierwszym wrażeniu. Nie uwierzymy człowiekowi, który poda fakty, ale będzie mówił nieskładnie i wyglądał niechlujnie. Uwierzymy natomiast takiemu, który nie będzie miał zielonego pojęcia, o czym mówi, ale wyróżni się elokwencją i doskonałą prezencją.

Pacjent powinien wymagać od lekarza, by podchodził do swojego zawodu w sposób odpowiedzialny i opierał swoją działalność na współczesnej wiedzy medycznej. Zresztą oblige go do tego ustawa o zawodzie lekarza i Kodeks Etyki Lekarskiej. Ustawa mówi: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami **aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością” (rozdz. 1, art. 4). Skąd możemy czerpać bieżącą wiedzę? Z najmocniejszych dowodów

naukowych, których dostarczają wyniki badań randomizowanych i metaanalizy badań. Randomizacja (ang. *randomisation*, od *random* – przypadkowy) to losowe przydzielenie osób do grup porównawczych (najczęściej dwóch lub trzech), poddanie ich określonym procedurom, a następnie porównanie różnic między wynikami z zastosowaniem metod statystycznych. Metaanaliza badań polega natomiast na sumowaniu wyników różnych badań zgodnie z zasadami statystyki. Są też inne rodzaje badań: kohortowe (prospektywne, retrospektywne), obserwacyjne, ale one mają już mniejsze znaczenie. Lekarz powinien korzystać z zaleceń, które są oparte na dowodach. Medycyna, a szczególnie onkologia, nie znosi dowolności. Jest takie ironiczne powiedzenie: „Są lekarze, którzy całe życie popełniają te same błędy i nazywają to doświadczeniem klinicznym”. Należy mniej wierzyć w dane wynikające z własnej praktyki niż w dowody naukowe. W okresie całej swojej pracy zawodowej przeciętny lekarz może leczyć kilkuset pacjentów z określonym problemem zdrowotnym, ale jeśli ten problem został przebadany na grupie tysięcy pacjentów według tej samej procedury, a następnie opracowany statystycznie, to wiadomo, że takie dane należy obdarzyć większym zaufaniem.

Jednak nie wszystkie problemy zostały zbadane. Nie zawsze przebieg choroby jest taki sam, jak w zaprojektowanym badaniu. Nie każdy problem można zbadać, stosując metodologię naukową. Jeśli w opinii lekarza standardowe postępowanie nie będzie skuteczne w konkretnym przypadku, wtedy może on odejść od standardu, ale powinien to oddzielić i poinformować pacjenta, że ze względu na brak rekomendacji odwołuje się do swojego doświadczenia i własnych przekonań.

Czasami pacjenci są rozzarowani brakiem współczucia i obojętności lekarzy. Trzeba jednak zrozumieć, że lekarz nie powinien przejmować emocji pacjenta, bo to utrudniłoby mu podjęcie w pełni przemyślanej decyzji. Na przykład, kiedy kierowca prowadzi autobus

w bardzo trudnych warunkach pogodowych, a z tyłu ludzie hałasują i krzyczą, do tego jeden z pasażerów woła: „Panie, ratuj nas pan, bo ja mam trójkę dzieci!”, to czy kierowcy to pomoże, żeby wyprowadzić autobus z niebezpiecznej sytuacji? Nie, to może tylko zaszkodzić. Pacjent oddaje w ręce lekarza swoje życie i oczekuje, że jego problem zostanie rozwiązany w sposób najlepszy z możliwych. Sentymentalizm jest zmorą w onkologii.

Medycyna to nie jest jakaś wiedza tajemna, lecz odzwierciedlenie życia. Lekarz powinien przekładać język medycyny na mowę zrozumiałą dla pacjenta. Niezmiennie, przez całą historię medycyny chorzy oczekiwali od lekarzy dwóch rzeczy: diagnozy (rozpoznania) i zaleceń (leczenia), a lekarze starali się temu sprostać, tworząc przy okazji nowe określenia – na każdy problem inną nazwę. Medycyna się zmienia – staje się coraz bardziej pragmatyczna. Obecnie unika się stawiania od razu diagnozy, choć zwykle pacjenci się tego domagają i nie akceptują rozpoznań objawowych. Wolą iść na badania diagnostyczne i dostać leki, bo wtedy czują, że zostali poważnie potraktowani i że ktoś zainteresował się ich problemem. Jednak stawianie diagnozy nie zawsze jest konieczne. Skądinąd wiemy, że trzy czwarte dolegliwości występujących u człowieka to choroby tzw. samoograniczające się, czyli takie, które ustępują bez leczenia. Pacjent nie powinien za wszelką cenę oczekiwać wdrożenia wyszukanego postępowania albo zastosowania leczenia. Można to odnieść do sytuacji, kiedy pacjentka ma nieprawidłowy wynik badania USG piersi. Zwykle nie wystarcza jej informacja, że ma „zmianę ogniskową” albo „guzek”. Chciałaby wiedzieć dokładnie, co to jest i w miarę możliwości wołałaby się tego pozbyć, bo „nie wiadomo, co z tego będzie”, a w rzeczywistości większość tego typu problemów jest nieistotna i nie wymaga leczenia.

W obecnych czasach, za sprawą reklamy i działalności nastawionej na zysk, istnieje tendencja do postrzegania leczenia jako sukcesu

i wmawiania ludziom, że medycyna ma nieograniczone możliwości. W mediach – w programach medycznych i materiałach reklamowych – widzimy zazwyczaj uśmiechnięte twarze, słyszymy o nowych osiągnięciach medycyny. Skoro lekarze są otoczeni sukcesem, to dlaczego ludzie nadal chorują i umierają? Dlaczego tak mało mówi się o powikłaniach i porażkach? Zawód lekarza wymaga pokory.

Prawdziwa wiedza rodzi niepewność i tendencję do zaniżania swoich kompetencji. Im człowiek ma mniejszą wiedzę na dany temat, tym większą pewność siebie. Opisano to zjawisko jako efekt Dunninga-Krugera. Coś w tym jest. Im głębiej wchodzi się w jakąś dziedzinę, tym więcej pojawia się wątpliwości i możliwych rozwiązań. Tracimy pewność. Dlatego niechętnie słucha się osób, które dużo wiedzą, a zwłaszcza naukowców. Oni mówią zwykle nudne rzeczy w nudny sposób – tak, jakby owijali to wszystko w bawełnę. Mówią: „Tak, ale...”, po czym przedstawiają wszystkie niuanse i subtelności danego problemu.

Tymczasem materiały służące promocji zdrowia bazują na uproszczeniach i wykorzystują mechanizmy, które stosuje się w reklamie. Jeśli ktoś promuje proszek do prania, to musi wykazać jego skuteczność i wyjątkowość. Na przykład pobrudzi koszulę jodyną, a potem wyciągnie ją z pralki lśniąco białą i do tego jeszcze wyprasowaną. Przyzwyczailiśmy się do tego (choć większość z nas w to nie wierzy). Jeśli przekażemy do przestrzeni publicznej informację neutralną – pozostanie ona niezauważona. Jeśli powiemy, że mammografia tak naprawdę mało której kobiecie pomoże, a niewykluczone nawet, że zaszkodzi, i dodamy do tego jeszcze dużo znaków zapytania, to kto wtedy zgłosi się na mammografię? Natomiast jeśli będziemy opierali akcję reklamową na zupełnie innym przekazie, typu: „Jeśli regularnie się badasz – jesteś nowoczesną kobietą, a jeśli nie, to igrasz z własnym losem i zdrowiem”, wtedy efekty kampanii będą zupełnie inne.

Profilaktyczne badania mammograficzne

Samo myślenie o raku niesie ze sobą bardzo duży ładunek emocjonalny. Każdy boi się raka i kojarzy go z tym, co najgorsze – z cierpieniem, utratą pracy, ze śmiercią. Natomiast dla onkologów „rak” to cały wachlarz problemów – od bardzo poważnych, wręcz nieuleczalnych (i rzeczywiście beznadziejnych), do bardzo łatwych do pokonania, a niekiedy w ogóle niewymagających leczenia.

Dzięki metodom specjalistycznej diagnostyki mamy coraz większe możliwości, żeby znaleźć nie tylko to, co ujawni się za kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat, ale również to, co w ciągu naszego życia nie ujawni się nigdy. Do takich metod należy profilaktyczna mammografia (MMG). Załóżmy, że sześćdziesięciopięciolatka poszła na badanie mammograficzne i został u niej wykryty pięciomilimetrowy hormonozależny rak, o małym stopniu złośliwości. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że ona do końca życia nie dowiedziałyby się, że ma raka, ponieważ w wielu przypadkach czas od początku „choroby” do ujawnienia się nowotworu w postaci guza jest bardzo długi – może wynosić dwadzieścia, a nawet trzydzieści lat. Dowiedziono, że dwadzieścia procent przypadków raka piersi wykrytych w badaniach profilaktycznych nigdy się nie ujawni. Jest to tzw. przediagnozowanie (*overdiagnosis*) stanowiące skutek uboczny tych badań. Upowszechnienie badań mammograficznych zawsze wiąże się z dwoma zjawiskami: liczba zachorowań na raka piersi w danej populacji wzrasta i poprawiają się wyniki leczenia.

Podchodząc w sposób zdroworozsądkowy do tych danych, trzeba sobie zdawać sprawę z uwarunkowań metodologicznych i istnienia czegoś takiego, jak błąd statystyczny (*overdiagnosis bias*). Istnieje możliwość mylnej interpretacji zjawisk. Jeśli będziemy przeciwnikami badań profilaktycznych, powiemy: „Upowszechnienie mammografii spowodowało dwudziestoprocentowy wzrost liczby zachorowań na

raka piersi”. Jeśli natomiast będziemy chcieli udowodnić, że badania profilaktyczne są skuteczne, podamy suche cyfry i powiemy: „Proszę bardzo, wprowadziliśmy mammografię i od razu poprawiły nam się wyniki leczenia – dzięki mammografii uratowano dwadzieścia procent kobiet”. Istnieje ryzyko manipulacji, w zależności od tego, co chcemy udowodnić.

Dlaczego w ogóle zaczęto myśleć o programach profilaktycznych raka piersi? Ponieważ uznawano, że rak piersi rozwija się w uporządkowany sposób: mały guzek – większy guzek – przerzuty do węzłów – przerzuty do narządów odległych. Zakładano, że wycięcie małego guzka spowoduje zahamowanie dalszego rozwoju choroby. Wniosek był prosty: im rak wcześniej wykryty, tym większa szansa na przeżycie. Okazało się jednak, że ta zasada w przypadku raka piersi nie zawsze jest prawdziwa. Rak piersi to nie jest jedna choroba, tylko cała grupa chorób. W niektórych przypadkach program profilaktyczny będzie skuteczny, a w innych (i jest ich znacznie więcej) nie będzie miał żadnego znaczenia.

Badania, na podstawie których stwierdzono, że kobiety odnoszą korzyść z mammografii, pochodzą w większości z lat dziewięćdziesiątych XX wieku, kiedy leczenie onkologiczne było znacznie mniej skuteczne niż obecnie. Szukano wówczas metod dających jakąkolwiek szansę na poprawę wyników. Bazowano więc na diagnostyce umożliwiającej wczesne wykrycie choroby. Jednak w dobie nowoczesnego leczenia okazało się, że zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium wcale nie musi mieć kluczowego znaczenia.

Wróćmy do sześćdziesięciopięciolatki, która udała się na mammografię, a potem biopsję, i okazało się, że ma raka. Jakie są tego konsekwencje psychologiczne? „Mam śmiertelną chorobę!” Przede wszystkim jest to stres związany z samym słowem „rak”. To jest słowo demon, słowo, które rujnuje psychikę. Wtedy lekarz już nie powie: „A to taki tam rak, luminalny, nic szczególnego. W ogóle nie

będziemy tego leczyć, bo nie warto”. Nie. „Mam raka! Wali mi się życie. Proszę mnie leczyć jak najszybciej! Już! Jutro, pojutrze! Ja się zgadzam na wszystko. Tnijcie mnie, bylebym nie miała tego raka!”. Tak działa nasza psychika. Towarzyszące temu stany emocjonalne: niepokój, lęk, depresja, mogą dodatkowo sprzyjać rozwojowi nowotworów, dlatego że powodują immunosupresję, czyli obniżenie odporności. Wiele badań obserwacyjnych na to wskazuje. Oprócz pogorszenia jakości życia, pacjentkę czeka leczenie: chirurgiczne, hormonalne, często chemioterapia, radioterapia, z wszystkimi tego konsekwencjami. Radioterapia to nie jest solarium, chemioterapia to nie jest witamina C, a chirurgia piersi to nie jest wycięcie pieprzyka. Leczenie onkologiczne wiąże się z nieodwracalnym uszkodzeniem ciała, agresywnym leczeniem, a ze społecznego punktu widzenia – z kosztami. Jeśli założymy, że dwadzieścia procent pacjentek leczymy niepotrzebnie, to oznacza, że są to pieniądze wyrzucone w błoto (choć ten wniosek jest nie do końca prawdziwy). Niestety, w momencie zdiagnozowania nie jest możliwe zidentyfikowanie pacjentek „przediagnozowanych”, a dane wykazujące efekt „przediagnozowania” są oparte wyłącznie na rozważaniach statystycznych. Mówiąc wprost, w momencie rozpoznania nie wiemy, jaki będzie przebieg choroby u konkretnej osoby, a zjawisko „przediagnozowania” możemy odnieść tylko do dużej grupy pacjentek.

Z uwagi na to, że skuteczność profilaktycznych badań mamмоgraficznych jest oparta na wyliczeniach statystycznych, warto nieco poznać kuchnię tych obliczeń. Szczególnie należy zwrócić uwagę na problem błędu statystycznego. Zilustruję to przykładem. Załóżmy, że istnieje choroba X, która zawsze kończy się śmiercią. Nie mamy na nią lekarstwa – jest nieuleczalna w stu procentach. Powiedzmy, że jej objawy zaczynają się około pięćdziesiątego roku życia i w ciągu dziesięciu lat wszyscy umierają. Wymyślłam narzędzie, które potrafi wykryć tę chorobę w dziesiątym roku życia pacjenta, czyli czterdzieści

lat przed jej ujawnieniem się. Powiem więc, że wczesne wykrycie choroby X, w wieku dziesięciu lat, poprawia wskaźniki przeżycia pacjentów o czterdzieści lat. Jest to oczywistą nieprawdą. Podobna sytuacja może dotyczyć niektórych postaci raka piersi, bo część nowotworów złośliwych jest całkowicie nieuleczalna. Cokolwiek byśmy zrobili, nic nie działa. Nie potrafimy jednak zidentyfikować tych przypadków przed podjęciem leczenia. Powiedzmy, że kobieta wy czuła u siebie guza, który na wczesnym etapie dał drobne przerzuty i od tego czasu żyła jeszcze trzy lata. Rak miał trzy centymetry, ale gdyby zrobiono jej mammografię trzy lata wcześniej, kiedy guz miał pięć milimetrów, czyli gdyby wykryto chorobę na wczesnym etapie i zastosowano jakieś leczenie (które okazałoby się nieskuteczne), statystyki podałyby, że za pomocą metody wczesnego wykrywania raka przedłużono życie tej kobiety o trzy lata. Czy to byłaby prawda? Oczywiście w tym przypadku nie.

Trzeba oddzielić marketingową przestrzeń medialną od prawdy. Żeby tego dokonać, należy zrozumieć dowody. Jak wspomniałem, warto zdawać sobie sprawę z ograniczeń statystyki i możliwości błędnej interpretacji faktów. Na tym polega różnica między rzetelną wiedzą a urywkowymi informacjami, które do nas docierają i wpływają na nasz sposób myślenia. Chodzi mi o to, żeby odróżnić wiedzę od emocji i bezrefleksyjnie powtarzanych prawd – od tego, dlaczego wszyscy kochamy Słowackiego.

Oceniając skuteczność badań mammograficznych, należy wziąć pod uwagę także inne aspekty. Wiemy, że w badaniach tych częściej wykrywane są guzy, które wolno rosną. Są to nowotwory o mniejszym stopniu złośliwości, częściej hormonozależne i lepiej rokujące. Jeśli rak będzie rósł szybko, to zostanie zauważony przez samą pacjentkę w okresie między dwoma badaniami, jako tzw. rak interwałowy. Mammografia zatem przynosi częściej korzyść pacjentkom, które mają nowotwory o lepszym rokowaniu.

Co jeszcze może wpłynąć na wiarygodność danych uzyskiwanych z badań klinicznych? Wiemy, że nie wszystkie wyniki przeprowadzonych badań są publikowane. Chętniej upowszechniane są artykuły z wnioskami pozytywnymi; w tym przypadku takie, które potwierdzają, że mammografia jest skuteczna. Natomiast opracowania badań, z których płyną wnioski negatywne, mniej chętnie przyjmowane są do druku. W przybliżeniu jest to proporcja sześćdziesiąt procent do czterdziestu. Jeśli zrobimy metaanalizę, czyli zsumujemy dane z wielu badań, to wyciągniemy wniosek, że artykułów potwierdzających zysk z mammografii było sześćdziesiąt procent, a opracowań negujących mammografię tylko czterdzieści procent. Czy to jednak będą dane wiarygodne? Niezupełnie.

Prawdziwym celem badań profilaktycznych nie jest wczesne wykrycie nowotworu, tylko poprawa wyników leczenia, czyli w tym przypadku zmniejszenie śmiertelności z powodu raka piersi na poziomie całego społeczeństwa. Analizując dane, można zauważyć, że największy postęp pod tym względem dokonał się w grupie młodych kobiet – trzydziestoparo- i czterdziestoparolatek, które nie uczestniczą w badaniach profilaktycznych i częściej chorują na agresywne typy nowotworów, głównie na raka hormononiezależnego. Natomiast w raku hormonozależnym od wielu lat wyniki leczenia nie poprawiają się w sposób istotny w grupie starszych kobiet. Wniosek jest następujący: kluczem nie jest wczesne rozpoznanie, lecz skuteczność leczenia. Nie możemy przenosić wyników z lat dziewięćdziesiątych XX wieku na obecne czasy, ponieważ wtedy była zupełnie inna onkologia. Rak piersi u młodych kobiet był prawie wyrokiem śmierci.

Poszczególne kraje, zwłaszcza te, które mają lepiej zorganizowany system opieki zdrowotnej, zaczęły w ostatnich latach podsumowywać swoje programy profilaktyczne dotyczące raka piersi. Ich wyniki nie są zadowalające. Pojawiają się liczne wątpliwości co do zasadności

kontynuowania programów profilaktycznych, a nawet sugestie zaprzestania tych badań.

Jak powinien być zaprojektowany prawidłowy program profilaktyczny? Podajmy przykład spoza medycyny: jeśli inwestujemy pieniądze, to możemy uzyskać tyle samo – wtedy wynik jest neutralny; możemy uzyskać więcej – zysk jest wówczas większy niż wkład; i trzecia sytuacja – możemy uzyskać mniej, czyli ponieść stratę. Jeśli organizujemy badania profilaktyczne, to zysk w każdym aspekcie powinien być większy niż poniesione koszty. Wtedy można mówić o skutecznym programie profilaktycznym. Zysk należy rozumieć również jako poprawę jakości życia. Takim idealnym modelem, w którym korzyści są większe niż poniesione koszty, jest program profilaktyczny raka szyjki macicy, bo koszty leczenia bardziej zaawansowanych nowotworów są wyższe niż koszty leczenia wczesnego raka. To jest zysk dla społeczeństwa. Niestety, skuteczność programu profilaktycznego w przypadku mammografii jest mniej oczywista.

W niektórych krajach stosuje się zachęty w postaci prezentów (np. ulg ubezpieczeniowych), żeby zmotywować pacjentki do badań profilaktycznych, porównując korzyści z nich wynikające do rzucenia palenia lub zmniejszenia wagi ciała. Tylko że jeśli ktoś rzuci palenie albo – w przypadku otyłości – straci trzydzieści kilogramów, zawsze będzie to działanie prozdrowotne. Natomiast mammografia może spowodować, że pacjentka przejdzie uciążliwe postępowanie diagnostyczne, którego tak naprawdę nie potrzebuje. Jednym z mankamentów uczestnictwa w badaniach profilaktycznych jest wpływ na jakość życia. Na przykład Amerykanka, która będzie co roku robiła mammografię przez dziesięć lat, ma około sześćdziesięcioprocentowe prawdopodobieństwo, że zostanie powtórnie wezwana na badania uzupełniające. Czym to skutkuje? Pacjentka wszystko rzuca i myśli: „Pewnie mam raka”. A potem okazuje się, że to był fałszywy alarm, czyli zmarnowany czas i niepotrzebny stres. Czy należy zatem

odradzać pacjentkom uczestnictwo w programie profilaktycznym opartym na mammografii? Jestem daleki od takiego wniosku. Nie krytykuję idei badań profilaktycznych. Jestem jak Gałkiewicz, który dzieli się wątpliwościami i szuka argumentów. Uważam, że trzeba dać kobietom możliwość wyboru. Chciałbym, żeby świadoma pacjentka, patrząc na dowody, nabrała dystansu i nie była nadmiernie zauroczona mammografią. Nie chciałbym, żeby pacjentki, które nie decydują się na uczestnictwo w programie profilaktycznym, były piętnowane.

W Polsce program profilaktyczny realizowany jest według zaleceń Unii Europejskiej. Po wykonanym badaniu pacjentka dostaje informację w postaci standardowego pisma: „Badanie nie wykazało zmian podejrzanych. Zapraszamy na kolejne badanie przesiewowe za dwa lata”. Z reguły nie robi się żadnych badań uzupełniających, chyba że radiolog coś podejrzewa i wtedy pacjentka otrzymuje powtórne wezwanie. W Polsce nie może ono przekraczać pięciu procent badanych. Chodzi o to, żeby zminimalizować stres związany z powtórным badaniem, zanim wszystko się wyjaśni. Zresztą przy ponownym wezwaniu tekst też jest w miarę neutralny z psychologicznego punktu widzenia. Pacjentka ma zapewnione kompleksowe badania, łącznie z biopsją, a jeśli nowotwór zostanie potwierdzony, jest kierowana na leczenie onkologiczne. Program zakłada wnikliwą kontrolę jakości na każdym etapie postępowania. Tak to wygląda w teorii.

Obejmując wieloletnim programem profilaktycznym większość kobiet, powinniśmy wykrywać głównie guzy we wczesnym stadium. Mamy to wszystko pogrupowane: T1a (do 0,5 cm), T1b (0,5–1 cm), T1c (1–2 cm) – to są te najwcześniejsze zmiany, poniżej dwóch centymetrów. Z programu profilaktycznego powinny do mnie trafiać głównie pacjentki z guzem T1a albo z rakiem przedinwazyjnym, a zgłaszają się przeważnie pacjentki ze zmianą T1c.

Ponadto samo badanie mammograficzne zwiększa ryzyko zachorowania, bo jest oparte na promieniowaniu. Przyjmuje się, że wykonanie jednej mammografii na dwieście tysięcy dodatkowo kończy się zachorowaniem na raka piersi. Faktem jest, że dawka promieniowania przy zastosowaniu współczesnej aparatury cyfrowej jest znacznie mniejsza w porównaniu z dawniejszymi mammografami analogowymi, jednak częściej wykorzystujemy możliwości współczesnych mammografów (w tomosyntezie, mammografii spektralnej), przez co w konsekwencji dawka promieniowania jest większa.

Można też spojrzeć na program profilaktyczny z punktu widzenia wydatków społecznych na ochronę zdrowia. Mammografia profilaktyczna to przeznaczanie pieniędzy na zdrowe osoby. Powstaje pytanie, na co powinniśmy wydawać pieniądze? Czy nie lepiej byłoby przeznaczyć je na leczenie pacjentek, które naprawdę potrzebują pomocy? Wymaga to dokładnego policzenia strat i zysków. Wyniki leczenia w grupie młodych kobiet poprawiły się, ale koszty leczenia wzrosły wielokrotnie. Bardzo duże środki przeznaczane są na szeroko rozumianą profilaktykę, ale jeśli ktoś zachoruje, pojawiają się dramatyczne apele: „Błagam, pomóżcie! NFZ nie chce sfinansować mojej terapii, która być może uratuje lub przedłuży mi życie”.

Oczekiwania przeciętnej kobiety względem programu profilaktycznego są znacznie wyższe niż jego realne możliwości. Najbardziej optymistyczne szacunki mówią, że mammografia poprawia wyleczalność raka piersi o dwadzieścia procent (czyli osiemdziesiąt procent kobiet nie odnosi z niej żadnych korzyści). Zdarza się, że przychodzi do mnie pacjentka, która wyczuła u siebie guza. Badam i mówię: „Wszystko wskazuje na to, że ma pani zaawansowanego raka piersi”. I wtedy pacjentka ma olbrzymi żal: „Panie doktorze, jak to możliwe? Ja przecież regularnie korzystam z profilaktycznej mammografii, robię wszystko, żeby nie zachorować, a pan mi mówi, że ja mam raka? Jak to się stało?”. W większości przypadków, niezależnie od tego,