

Komentarz do artykułu Jerzego E. Tyczyńskiego pt. „Czy w Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory złośliwe piersi poprzez zorganizowany screening?”

Zbigniew Wronkowski

Invited commentary

Na początku pragnę zwrócić uwagę na niezręczne podawanie słowa „screening” i stosowanie polskiej odmiany tego słowa (creeningu, screeningiem itd.), podczas gdy już od co najmniej ćwierćwiecza istnieje „spolszczona” forma tego słowa „skryning” lub „skrining” bądź po prostu „badanie przesiewowe”.

Autor, który pracował przez wiele lat w Centrum Onkologii-Instytucie, oparł się w swoim artykule dotyczącym zagadnienia zwalczania raka piersi w Polsce jedynie na sprawozdaniu Ministerstwa Zdrowia z realizacji programu skryningu raka piersi u kobiet w Polsce, w 2000 roku. Szkoda, że Autor artykułu oparł się tylko na danych Ministerstwa Zdrowia zamieszczonych w internecie. Takie ujęcie zagadnienia stwarza wrażenie, że ten wyrywkowy przykład odzwierciedla sytuację w wykrywaniu raka piersi w Polsce. Tak sugeruje tytuł podrozdziału („Screening nowotworów piersi w Polsce”) i jego treść. Dokument Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza ten przedstawiony w internecie, nie ukazuje m.in. działań przesiewowych zainicjowanych przez Instytut Onkologii w Warszawie, w 1976 r. Ten pierwszy w Polsce populacyjny (określona populacja), aktywny (imiennie zaproszenia) powiązany z rejestrem nowotworów skryning mammograficzny zapoczątkował liczne badania, które umożliwiły przygotowanie w 1989 r. nowoczesnego modelu mammograficznego skryningu populacyjnego [1]. Model ten, przy pomocy środków Programu Rozwoju Narodów Zjednoczonych (UNDP), a później przy wsparciu „Programu Wykrywania Nowotworów Złośliwych u Kobiet w Polsce”, wdrożony został w 6 ośrodkach na terenie kraju. Powstały ośrodki mammograficznych badań przesiewowych – dwa w Warszawie i po jednym w Bydgoszczy, Kielcach, Mielcu i Stalowej Woli.

W modelu opracowanym w 1989 r. w Centrum Onkologii-Instytucie i doskonalonym w następnych latach uwzględniono nie tylko wszystkie aspekty formalne, organizacyjne, medyczne i epidemiologiczne, które zawarł dr Jerzy Tyczyński w swoim artykule, ale również szereg innych, zwłaszcza dotyczących szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu w problematyce skryningu, szkolenie personelu realizującego skryning, właściwej aparatury, kon-

trolu jakości oraz oceny efektywności skryningu. Normy te zostały sukcesywnie wprowadzone w oparciu głównie o zalecenia Unii Europejskiej. W ramach Programu USAID (Amerykańska Agencja Pomocy Międzynarodowej) Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie, rozpoczął 1 września 1993 r. współpracę z Albany Medical Center, co zaowocowało przyznaniem ośrodkowi skryningowemu w Centrum Onkologii akredytacji amerykańskiej.

Zakład Organizacji Badań Masowych przygotował dla Ministerstwa Zdrowia kryteria dla kwalifikacji jednostek zgłaszających oferty badań, w których uwzględniono wszystkie ważniejsze elementy oceny np. kwalifikacje personelu, aparaturę, procedury kontroli jakości, powtarzalność badań w danej populacji oraz współpracę z rejestrem nowotworów. Przygotowane kryteria umożliwiły wygranie konkursu przez ośrodki skryningowe, które spełniły te kryteria, również przez ośrodki prowadzące mammograficzne badania przesiewowe od wielu lat w tej samej populacji. Przykładem mogą być wyżej wymienione ośrodki ukształtowane w ostatnim dziesięcioleciu, w tym ośrodek w Centrum Onkologii-Instytucie [2, 3].

Nowym etapem tworzenia całościowego programu badań przesiewowych raka piersi w Polsce było rozpoczęcie 15 listopada 2000 r. Programu Banku Światowego pt. „Program Modelowego Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy w Polsce, 1999-2000”. Projekt ten był pierwszym etapem Narodowego Programu Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy w Polsce do 2010 r. [4, 5]

W okresie od 15 listopada 2000 r. do 15 kwietnia 2002 r. udało się osiągnąć wszystkie założone cele, m.in.:

- utworzyć 6 modelowych ośrodków skryningu mammograficznego,
- ustalić przyczyny dotychczasowych niepowodzeń w wykrywaniu raka piersi,
- opracować ogólnokrajowy model rozwoju badań przesiewowych w Polsce do 2010 r.

Opracowany model zakłada:

- krajową koordynację,
- wojewódzką realizację,
- przybliżenie miejsca wykonania badania do miejsca zamieszkania kobiety.

Cechy tego modelu to:

- aktywność – imienne zaproszenia,
- populacyjność – objęcie skryningiem poszczególnych populacji na podstawie posiadanej bazy danych (kobiety w grupie wieku 50–69 l.),
- powtarzalność – co 1-2 lata,
- stała ocena jakości badań,
- monitorowanie skryningu na podstawie tzw. „wczesnych wskaźników”,
- okresowa, pełna ocena efektywności skryningu,
- współpraca z populacyjnym rejestrem nowotworów.

Podstawowym ogniwiem skryningowym jest w tym systemie „modelowy ośrodek skryningowy”, który zapewnia prawidłową realizację wszystkich elementów skryningu.

Jak wspomniano powyżej, standardy modelowego ośrodka w pełni osiągnęło 6 ośrodków skryningu mammograficznego, w ramach realizacji Programu Banku Światowego.

Według Narodowego Programu Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy, w drugim etapie (lata 2002-2005) powinien powstać co najmniej 1 modelowy ośrodek skryningowy w każdym województwie, a do 2010 r. – co najmniej 49 takich ośrodków, czyli przynajmniej 1 w każdym dawnym województwie. Usytuowanie modelowych ośrodków w dawnych miastach wojewódzkich, uwarunkowane jest istnieniem w tych miastach infrastruktury onkologicznej, która jest niezbędna dla dalszej diagnostyki przypadków nieprawidłowych i ewentualnego leczenia.

O programie Banku Światowego zrealizowanym przez Zakład Organizacji Badań Masowych Centrum Onkologii-Instytutu wypowiedzieli się: konsultant Banku Światowego – dr Daniel Miller, niezależny konsultant szwedzki – dr Ewa Frodis oraz przedstawiciel niezależnego zespołu audytorskiego. Opinia dr D. Millera – „Skryningi raka piersi i raka szyjki macicy są najlepszą inwestycją w zdrowie. Z inwestycją tą nie można już dłużej czekać, nawet będąc krajem niebogatym. Polska ma unikalną szansę, by stać się liderem i nauczycielem w tej dziedzinie w Europie Środkowo-Wschodniej. Opinia dr E. Frodis – „Realizację Programu Banku Światowego należy uznać za jakościową zmianę sytuacji w zwalczaniu raka piersi, która jest niewątpliwym sukcesem zespołu realizującego”.

Wracając do spraw poruszonych w artykule dr Jerzego Tyczyńskiego, w podrozdziale zatytułowanym „Jak

mierzyć efektywności programu screeningowego?” to zagadnienia te zostały również zweryfikowane w naszych badaniach, m.in. w subpopulacjach Warszawy, gdzie działa od ponad 10 lat modelowy ośrodek skryningowy, a od 1963 r. jest populacyjny rejestr nowotworów (Tab. I).

Nie zgadzam się praktycznie ze wszystkimi punktami wymienionymi przez dr J. Tyczyńskiego w „Podsumowaniu”. Dr J. Tyczyński pisze „W materiale Ministerstwa Zdrowia, będącym załącznikiem do sprawozdania, zatytułowanym „Opis przedmiotu zamówienia” wymienione są cele programu. Jeśli przyjrzymy się im uważnie, to łatwo zauważyć, że żaden z tak sformułowanych celów nie może być zmierzony (a w większości przypadków osiągnięty)”. Nie wiem czy dr J. Tyczyński miał dostęp do całości dokumentu, ale jest on zatytułowany „Program polityki zdrowotnej państwa” – a dane ogłoszone w Internecie za 2000 r. dotyczą pierwszego roku jego realizacji.

Mimo braku ogólnokrajowego programu przed 2000 r., od początku lat 90-tych następowało zwiększenie się liczby mammografii wykrywczych. Jakościową zmianą były zakupy ponad 170 mammografów w 1997 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Wszystkie wymienione „Cele szczegółowe” osiągnięto m.in. w populacji Warszawy:

- 1) poprawiono wykrywalność raka piersi zwiększając o ponad 10 punktów procentowych zaawansowania miejscowego z 41,3% w 1989 r. do 51,4% w 1999 r. (Tab. II);
- 2) zwiększono udział operacji zachowujących pierś – praktycznie z 0% w 1989 r. do ok. 10% w 1999 r. [6];
- 3) nastąpiło zwiększenie odsetka przeżyć 5-letnich;
- 4) nastąpiło obniżenie standaryzowanych współczynników umieralności (Tab. III);
- 5) obniżenie kosztów leczenia jest oczywiste, przynajmniej w przypadku skryningu raka piersi i szyjki macicy [1].

Pierwsza sprawa to błędne mniemanie, że sam skryning „produkuje” więcej przypadków raka. Znany jest początkowy tzw. „efekt skryningowy” w populacji, w której rozpoczyna się skryning. Zmniejsza się on już po pierwszej „rundzie” skryningu. Wywołany jest on wcześniejszym (2-3 lata – czas wyprzedzenia „lead time”) wykryciem istniejącego już raka. Po dwóch-trzech latach krzywa wraca do normy, ponieważ ogólna liczba zachorowań jest uwarunkowana ogólnym trendem (wzrostu, stabilizacji lub spadku).

Tab. I. Porównanie struktury zaawansowania raka piersi w Warszawie i raków wykrytych w Programie Banku Światowego

Rok	Populacja lub grupa badana	Liczba przypadków	%	Stadium zaawansowania (%)			
				miejscowe	regionalne	uogólnione	nieznane
1989	Warszawa	564	100	41,3	41,5	10,5	6,7
1994	Warszawa	712	100	45,2	39,6	8,3	6,9
1999	Warszawa	772	100	51,4	40,6	6,1	1,9
2000-2002	Program Banku Światowego ¹	267	100	76,8	22,8	0,4	0,0

¹ Populacja 45 000 kobiet zbadanych w ramach programu Banku Światowego

Tab. II. Zachorowania na nowotwory złośliwe piersi – kobiety, Polska 1970-1999

Lata	Liczby bezwzględne	Współczynnik zachorowalności na 100 000		%	Miejsce
		surowy	standaryzowany		
1970	3870	23,1	20,2	13,4	2
1996	9681	48,8	35,9	19,0	1
1999	10031	50,5	36,0	19,7	1

Tab. III. Zgony na nowotwory złośliwe piersi – kobiety, Polska 1970-1999

Lata	Liczby bezwzględne	Współczynnik umieralności na 100 000		%	Miejsce
		surowy	standaryzowany		
1970	2270	13,6	11,5	10,7	2
1996	4738	23,9	16,1	14,1	1
1999	4543	22,9	14,7	13,1	1

Dodatkowe przypadki (przedkliniczne) wykryte w skryningu wymagają zwykle prostszego i znacznie tańszego leczenia niż przypadki, które ujawniły się klinicznie.

Koszt leczenia raka przedinwazyjnego jest niski (np. tylko operacja oszczędzająca piersi). Nieco większy, ale nadal niski jest koszt leczenia wczesnego, inwazyjnego raka piersi.

Koszty bezpośrednie bardzo szybko wzrastają wraz z zaawansowaniem nowotworu, gdy trzeba zastosować większy zabieg chirurgiczny, chemioterapię, radioterapię i hormonoterapię. Dochodzą do tego koszty pośrednie, takie jak zwolnienia lekarskie, rehabilitacja, renty, itd.

Badania przesiewowe 45 000 kobiet w programie Banku Światowego wykazały niezbicie, że tylko 1 wykryty rak piersi (0,4%) był w stadium uogólnionym.

Dobrym miernikiem, całościowo ujmującym te zagadnienia, jest koszt przedłużenia 1 roku życia wystandaryzowany na jakości życia (wskaźnik QUALY). Koszty przedłużenia 1 roku życia z zastosowaniem wskaźnika QUALY są wielokrotnie wyższe dla kobiet, u których rak został rozpoznany rutynowo, niż dla kobiet biorących udział w skryningu [7].

Reasumując, artykuł dr. J. Tyczyńskiego utwierdził nas, że przygotowany przez nas i częściowo wdrożony program skryningu raka piersi w Polsce jest dobrze zaplanowany. Szkoda tylko, że nasze bogate doświadczenia w tym zakresie nie zostały dostrzeżone, mimo szeregu publikacji na ten temat. Sądzę, że zawarte w artykule treści powinny poprzeć nasze argumenty i starania w Ministerstwie Zdrowia i innych instytucjach, w tym zagranicznych, o stworzenie warunków do wdrażania Narodowego Programu Skryningu Raka Piersi i Szyjki Macicy w Polsce do 2010 r.

Sądzę, że na pytanie zawarte w tytule pracy dr. J. Tyczyńskiego „Czy w Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory złośliwe piersi poprzez zorganizowany screening” możemy już obecnie dać odpowiedź twier-

dzącą, popartą dowodami epidemiologicznymi. Mimo stałego wzrostu zachorowalności na raka piersi w Polsce, udało się obniżyć umieralność z powodu nowotworu.

Dodatkową korzyścią wynikającą z publikacji tej pracy jest bodziec do szerszego upowszechniania informacji o naszych działaniach i osiągnięciach, również w Internecie.

Prof. dr hab. med. Zbigniew Wronkowski

Zakład Organizacji Badań Masowych
Centrum Onkologii – Instytut
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa

Piśmiennictwo

1. Zomer-Drozda J, Rewersak G, Tarłowska L, Romejko M, Wronkowski Z. Skryning nowotworów sutka i szyjki macicy. *Nowotwory* 1987; 37: 25-32.
2. Wronkowski Z. Profilaktyka nowotworów, badanie przesiewowe. *Nowa Medycyna* 1996; 4: 8-12.
3. Wronkowski Z, Chmielarczyk W. Podstawy badań przesiewowych (skryningowych). *Medycyna* 2000; 1994; 45/46: 16-19.
4. Wronkowski Z, Totwiński J, Heciak J. Program badań przesiewowych raka sutka w Polsce na lata 2000-2010. *Przewodnik lekarza* lipiec, sierpień 2000; 21-22.
5. Wronkowski Z. Narodowy Program Skryningu Raka Piersi i Szyjki Macicy w Polsce do 2010 r. *Zwalczanie nowotworów* 2002; 1: 88-89.
6. Dane z Warszawskiego Rejestru Nowotworów.
7. Wronkowski Z. Aspekty ekonomiczne wykrywania i diagnostyki raka sutka. Głos w dyskusji o pracy Hermana K, I Dyczek S. „Problemy diagnostyczne i ekonomiczne w rozpoznawaniu raka sutka”. *Nowotwory* 1995; 45: 63-74.

Otrzymano: 22 listopada 2002 r.