

Piersi, rak i święto błaznów

Autor tekstu: **Paulina Łopatniuk**

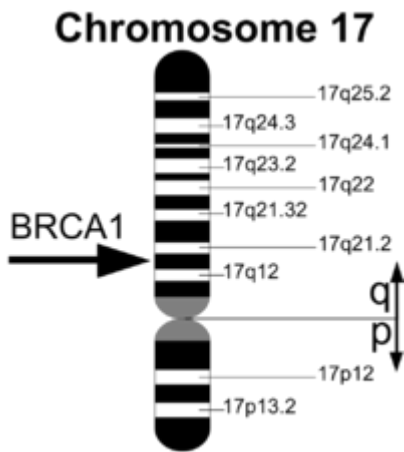
*Dopóki nie skorzystałem z Internetu,
nie wiedziałem, że na świecie jest tylu idiotów.*

S. Lem

Najnowszym przebojem internetu jest zabawa w samozwańczego specjalistę onkologa. Jako że rzecz dotyczy biustu, czyli sfery, było nie było, okołoseksualnej, ogólne poruszenie jest bardziej zauważalne w tej nieco bardziej prawostronnej części sieci, jednak generalnie do rozrywki ochoczo przyłączyli się internauci z najrozmaitszych środowisk.

Sprawa zaczęła się dość niewinnie. Przy codziennym porannym przeglądzie prasy ledwie zwróciłam na nią uwagę. Znana aktorka z uwagi na rodzinne uwarunkowania zdrowotne (rak jajnika u matki, rak piersi u ciotki) wykonała zalecane w takiej sytuacji badania genetyczne. Okazało się, że jest nosicielką mutacji w genie BRCA1 dramatycznie zwiększającej ryzyko raka piersi, w związku z czym podjęła decyzję o profilaktycznej mastektomii. Bywa, pomyślałam; cenne jako przyczynek do publicznej dyskusji o profilaktyce onkologicznej, pomyślałam. I poszłam do pracy. Potem do drugiej pracy. Gdy trafiłam do domu, o kwestii już nie pamiętałam. Przypomniał mi o niej internet - dość szybko i w nader dosadny sposób. Otóż szanowny pan senator-były-wiceminister zdrowia, Piecha postanowił publicznie zrobić z siebie pajaca, popisując się — również publicznie — niedoborami w swej wiedzy medycznej (przypominam — pan senator-były-wiceminister zdrowia, to z wykształcenia lekarz, ginekolog zresztą, więc z tematem biustów poniekąd teoretycznie obeznany). Zademontrował publiczne zdegustowanie postępowaniem aktorki, wydrwił je jako absurdalne i uznał za happening artystyczny. „To bardzo zły kierunek, bo my walczymy o profilaktykę i mammografię. Po co profilaktyka i mammografia? Ciurkiem na szybko badać antygen rakowy, obcinać — za przeproszeniem — piersi, wstawiać implanty i sprawa załatwiona” — grzmiał. "Mamy do czynienia z pewnym eventem, dramatycznym eventem dotyczącym amputacji całkowitej gruczołów piersiowych — mówił Piecha w [studiu TOK FM](http://wyborcza.pl/1,75478,13912237,Piecha_o_ma_stektomii_Angeliny_Jolie_Event__Oka_nikt.html) (http://wyborcza.pl/1,75478,13912237,Piecha_o_ma_stektomii_Angeliny_Jolie_Event__Oka_nikt.html). — Nikt z powodu np. możliwości zachorowania na siatkówczaka oka, mówiąc bardzo brzydko, nie wydłubuje oka, nie usuwa gałki ocznej" — burzył się. Głupio, oj głupio. A jeszcze głupiej następnego dnia [przepraszal](http://metromsn.gazeta.pl/Wydarzenia/1,126477,13911461,Piecha_przeprasza_za_wypowiedz_o_Jolie_Pospiesznie.html) (http://metromsn.gazeta.pl/Wydarzenia/1,126477,13911461,Piecha_przeprasza_za_wypowiedz_o_Jolie_Pospiesznie.html), pisząc, iż opinię swą, choć budowaną na własnej wiedzy medycznej, ubrał w niewłaściwe słowa. Dlaczego głupio? Bo podkreślił tym tylko dziury ewidentnie w tej wiedzy ziejące. Profilaktyczna mastektomia (a także — o zgrozo! — adneksktomia, czyli usunięcie przydatków) wśród standardowo stosowanych w sytuacji podobnej do opisywanej znajduje się już od dawna. To wiedza obecna nie tylko w aktualnym specjalistycznym piśmiennictwie; nie tylko w fachowych specjalistycznych podręcznikach. To element podstawowej wiedzy medycznej przekazywanej w studenckich skryptach, zatem głupio trochę reagować na nią jak na jakieś niezwykle, niespotykane dziwactwo. Trochę wstyd, powiedziałabym, gdy się jest lekarzem.

Wstyd senatora-byłego-wiceministra Piechy (czy też raczej smutny jego brak) to jedno, internetowe szambo, które wylało w kolejnych godzinach i dniach — drugie. Nagle tysiące użytkowników internetu poczuło się ekspertami w dziedzinie patologii i onkologii. Setki domorosłych sieciowych mędrków poczuło się uprawnionymi do wyrażenia opinii na temat sensu, właściwości czy poprawności wysokospecjalistycznej procedury medycznej. Oczywiście bez choćby próby wykonania drobnego wysiłku i zdobycia odrobiny wiedzy na poruszany temat, za to nader kategorycznie i z olbrzymią pewnością siebie. Smutne. Żalodne. Niesmaczne. Święto błaznów.



1. Lokalizacja genu BRCA1, Wikimedia

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet — w Stanach Zjednoczonych rozpoznaje się ok. 212 000 przypadków rocznie i notuje ok. 41 000 zgonów (<http://www.cdc.gov/cancer/breast>, dane za 2009 rok); w Polsce w roku 2009 odnotowano 15 784 przypadki i 5226 zgonów z tego powodu ([Krajowa Baza Danych Nowotworowych](http://www.onkologia.org.pl/pl/p/7/) (<http://www.onkologia.org.pl/pl/p/7/>)). Najczęstsze nowotwory zazwyczaj skupiają na sobie szczególnie wiele uwagi tak opinii publicznej, jak i badaczy czy lekarzy. Nie inaczej jest z rakiem sutka, czego odprysk mieliśmy właśnie okazję zaobserwować. Wcześniej zauważono, że w niektórych przypadkach można zauważyć szczególną podatność rodzinną na ten nowotwór i już w latach siedemdziesiątych zaczęto dyskutować koncepcję profilaktyki chirurgicznej w przypadkach kobiet z grup wysokiego ryzyka, jednak strzelanie na ślepo nie mogło przynieść korzystnych rezultatów. Przełomem okazało się dopiero opisanie i sklonowanie genu BRCA1 (i 2, ale to „jedyńki” dotyczy aktualna histeria medialna) we wczesnych latach dziewięćdziesiątych oraz wprowadzenie opartego oń poradnictwa genetycznego. Mutacje znajdującego się na chromosomie 17 genu BRCA1 (odpowiedzialnego m.in. za procesy naprawy DNA), jak się okazało, są związane z pojawieniem się w ciągu życia nosicielki raka piersi z prawdopodobieństwem od ok. 60% do nieomal 90% oraz raka jajnika z prawdopodobieństwem rzędu 45-60%. Wpływają też (w mniejszym już stopniu) na wzrost ryzyka zachorowania na cały wachlarz innych nowotworów złośliwych (np. raka jajowodu, trzonu macicy, trzustki), jednak to właśnie piersi i jajnik są głównym zagrożeniem. Przy czym nie zrozumcie źle — nie chodzi o 60-90-procentowy wzrost ryzyka w stosunku do ryzyka populacyjnego — spośród dziesięciu kobiet z mutacją BRCA1 u 6-9 rozwinię się rak sutka, u 5-6 — rak jajnika, co więcej, rozwinię się dużo wcześniej niż u pacjentek onkologicznych z niezmutowanym genem. Rak piersi u nosicielki nie będzie też „statystycznym” rakiem piersi — raki związane z mutacją w BRCA1 poza tym, że rozwijają się dużo wcześniej, częściej atakują oba gruczoły, charakteryzują się również wyższym stopniem złośliwości histologicznej, wyższą aktywnością proliferacyjną (ich komórki intensywniej się mnożą) i częściej w momencie wykrycia towarzyszą im już przerzuty w węzłach chłonnych. Wiąże się z gorszą przeżywalnością niż tzw. raki sporadyczne („nierodzinne”).

Skąd rozrzut w danych liczbowych opisujących ryzyko? Gen BRCA1 jest genem dość rozległym, a spektrum jego mutacji jest duże — poszczególne mutacje mogą się różnić stopniem związanego z nimi ryzyka (stopniem penetracji), co z kolei przekłada się na różnice w szacunkach dla poszczególnych populacji, a także w zaleceniach dotyczących stosowanych w różnych populacjach testów. Polska jest akurat dość jednorodnym pod tym względem krajem — ok. 90% mutacji BRCA1 stanowi jedna z trzech następujących — 5382insC, C61G i 4153delA (kodowanie opisuje miejsce i typ zmiany), co znacząco ułatwia przeprowadzanie testów i prognozowanie. Ryzyko modyfikowane jest też przez inne czynniki genetyczne - chociażby zmienność genu receptora androgenowego. Kolejną kwestią jest wpływ czynników środowiskowych na sam proces nowotworzenia. Dobrze udokumentowany jest tu chociażby wpływ hormonalnej antykoncepcji doustnej — zwiększającej znacząco (przynajmniej w przypadku starszych preparatów) ryzyko rozwoju raka piersi, jednak również znacząco zmniejszającej prawdopodobieństwo rozwoju raka jajnika. Z hormonami związane są też „okołoreprodukcyjne” czynniki wpływające na rozwój raka sutka, jak wczesna ciąża czy karmienie piersią. Wspomina się o wpływie palenia tytoniu, otyłości czy promieniowania jonizującego, jednak te sugestie są dużo słabiej udokumentowane.



2. Rekonstrukcja piersi po obustronnej mastektomii, Wikimedia

Wbrew internetowym legendom mutacja BRCA1 nie są zjawiskiem masowym. Częstość (przynajmniej tych klinicznie istotnych) jest, oczywiście, różna w różnych populacjach, jednak — z wyjątkiem pewnych konkretnych grup etnicznych — oscyluje wokół 0,1-0,3% populacji. Spośród grup odbiegających od tych statystyk najczęściej chyba wymienia się Żydów aszkenazyjskich — u nich problem dotyczy ok. 1% badanych — oraz Islandczyków z częstością 0,6-procentową. W Polsce wedle [aktualnych szacunków](http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/NFZ-w-Polsce-brak-wytycznych-dotyczacych-mastektomii-z-powodu-BRCA1,130651,1013.html) (http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/NFZ-w-Polsce-brak-wytycznych-dotyczacych-mastektomii-z-powodu-BRCA1,130651,1013.html) powinno być około 100 tysięcy nosicielek, jednak znakomita większość z nich nie jest swojego nosicielstwa świadoma — wykrytych przypadków mamy obecnie mniej więcej 5 tysięcy.

I kwestia być może najważniejsza — czyli co można zagrożonym kobietom zaoferować. Postępowanie medyczne w przypadku osób obciążonych genetycznie obejmuje profilaktykę chirurgiczną, chemoprewencję z zastosowaniem tamoksyfenu oraz regularne badania kontrolne. Burzę medialną wywołała informacja o profilaktycznej mastektomii. Niezależnie od oburzenia szanownego senatora-byłego-wiceministra i rzesz internautów profilaktyczna mastektomia i usunięcie przydatków to dość powszechnie stosowane u nosicielek mutacji BRCA1 procedury. Wbrew pozorom częstszym zabiegiem jest adneksektomia, która poza efektem zupełnie oczywistym (spadek prawdopodobieństwa zachorowania na raka jajnika) zmniejsza też znacząco ryzyko pojawienia się raka piersi. Aktualnie usunięcie przydatków z towarzyszącą hormonoterapią zastępczą zaleca się u wszystkich nosicielek mutacji BRCA1 po 35 roku życia — inaczej niż w przypadku piersi nie istnieją obecnie żadne skuteczne badania przesiewowe umożliwiające wczesne wykrycie raka jajnika. Rekomenduje się regularnie wykonywanych badań ultrasonograficznych („celowanych”, z wykorzystaniem sondy dopochwowej) czy oceny stężenia markera Ca 125 co pół roku, jednak propozycje okazują się być dalece niewystarczające. Raki jajnika u kobiet z mutacją BRCA1 na wczesnym etapie zaawansowania nadal wykrywa się jedynie u 10% pacjentek. W Polsce na profilaktyczne usunięcie przypadków zgadza się 85% nosicielek. Profilaktyczna mastektomia skutkuje zmniejszeniem ryzyka rozwoju raka piersi o 90-95%, jednak postrzegana jest jako zabieg dużo bardziej drastyczny niż adneksektomia. W Polsce zdecydowało się nań jedynie 10% nosicielek, trzeba jednak zauważyć, że jest to też zabieg, którego oficjalne wykonanie w ramach świadczeń refundowanych jest dużo trudniejsze, chociaż wedle światowych standardów powinien być oferowany wszystkim pacjentkom w podobnej sytuacji. Zalecenie to dodatkowo wzmacnia opublikowana w kwietniu tego roku w *Annals of Oncology* praca przedstawiająca wyniki holenderskiego badania prospektywnego. Spośród objętych obserwacjami 570 kobiet z mutacjami BRCA1 i 2 („dwójka” wiąże się z nieco mniejszym prawdopodobieństwem zachorowania) 212 zdecydowało się na profilaktyczną obustronną mastektomię (156 z mutacją BRCA1, reszta — BRCA2), podczas gdy pozostałe (358) postanowiły pozostać przy regularnych badaniach. Czas trwania pooperacyjnej obserwacji pacjentek wynosił przeciętnie 6,3 roku. U kobiet po mastektomii nie wykryto żadnego nowego przypadku raka piersi. Kobiety z grupy poddającej się wyłącznie regularnym badaniom obserwowano przez przeciętnie 4,1 roku i w tym czasie wykryto 57 przypadków raka (trzykrotnie częściej u nosicielek BRCA1 niż BRCA2), w tym w 8 przypadkach już na etapie przerzutów do węzłów chłonnych. Jedna z nich zmarła podczas trwania badania z powodu rozległych przerzutów, u trzech kolejnych w tym czasie także rozwinęły się przerzuty odległe. Zmarły w ciągu roku od momentu wykrycia. U 6 pacjentek już podczas przeprowadzania mastektomii wykryto

niedostrzeżone wcześniej kliniczne nowotwory (w jednym przypadku już z przerzutem do węzła). U jednej podczas trwania badania rozpoznano chorobę przerzutową — prawdopodobnie po wykrytym, choć obecnym już w momencie przeprowadzania mastektomii drobnym ognisku pierwotnym.

Część ekspertów jako alternatywę dla prewencji chirurgicznej proponuje chemoprewencję (tamoksyfen, raloksyfen, lekarstwa z grupy modulatorów receptorów estrogenowych), jednak wyniki badań nie są jednoznaczne w kwestii skuteczności tej propozycji — część piśmiennictwa mówi o zauważalnej redukcji ryzyka u pewnego odsetka pacjentek, jednak preparaty te obciążone są też niemałą pulą działań niepożądanych, zatem ich stosowanie musi być ostrożne.

Aktualnie jedynymi rzeczywiście realnie zmniejszającymi ryzyko rozwoju raka piersi i jajnika u nosicielek mutacji BRCA1 rozwiązaniami są procedury chirurgiczne. Regularne badania potencjalnie mogą u nich przyspieszyć wczesne wykrycie nowotworów, nie są jednak tego gwarantem; nie wykluczają perspektywy poważnego leczenia chirurgicznego — przy czym mówimy tu o zabiegach rozleglejszych i bardziej okaleczających niżli te profilaktyczne, radioterapii czy chemioterapii. Przyszłość być może przyniesie rozwiązania skuteczniejsze, być może pojawią się opcje terapii genowych, to jednak perspektywa wielu lat.

Większość wiadomości zawartych powyżej to dane powszechnie dostępne — w bibliografii wymieniłam podręczniki fachowe, jednak informacje w nich zwarte można bez większych trudności wyguglać w ciągu godziny. Nie zrobił tego szanowny senator-były-wiceminister. Nie zrobiły tego rzesze zainteresowanych piersiami aktorki sieciowych mędrków — zapewne gdyby aktorka usunęła sobie z jakichś powodów stopy, burzy medialnej by nie było, o seks wszak chodziło, nie o wiedzę.

Literatura:

Książki

- *Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*; ed. Kirby I. Bland, Edward M. Copeland; 4th ed.
- *Rosen's Breast Pathology*; ed. Paul Peter Rosen; 3rd ed.
- *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*; 10th ed.
- Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy; red. Jacek Jassem, Maciej Krzakowski; wyd. 1.
- ONKOLOGIA. Podręcznik dla studentów i lekarzy; red. Radziśław Kordek; wyd. 3.

Czasopisma

- Clinical Considerations of BRCA1- and BRCA2-Mutation Carriers: A Review; O. Bougie¹ and J. I. Weberpals; *International Journal of Surgical Oncology*, Vol. 2011, 1-11, 2011
- BRCA in breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines; J Balmana, O Diez, IT Rubio, F Cardoso; *Annals of Oncology* 22 (Supplement 6): vi31-vi34, 2011
- Substantial breast cancer risk reduction and potential survival benefit after bilateral mastectomy when compared with surveillance in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: a prospective analysis; BAM Heemskerk-Gerritsen, MBE Menke-Pluijmers, A Jager, MMATilanus-Linthorst, LB Koppert, IMA Obdeijn, CHM van Deurzen, JM Collée, C Seynaeve, MJ Hooning; *Annals of Oncology*, April: 1-7, 2013 [Epub ahead of print]

Paulina Łopatniuk

Medycznka, ateistka, feministka. Specjalistka w dziedzinie patomorfologii; pracuje nad doktoratem. Redaktorka Racjonalisty, nick: liliac. Mieszka w Gdańsku.

[Pokaż inne teksty autora](#)



(Publikacja: 26-05-2013)

[Oryginał..](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,8983) (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,8983>)

Contents Copyright © 2000-2012 Mariusz Agnosiewicz
Programming Copyright © 2001-2012 Michał Przech

Właścicielem portalu Racjonalista.pl jest Fundacja Wolnej Myśli.
Autorem portalu jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tego portalu i jakiegokolwiek jego części.

Wszystkie elementy tego portalu, wliczając w to strukturę katalogów, skrypty oraz inne programy komputerowe są administrowane przez Autora. Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tego portalu oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tego portalu i nie korzystać z jego zasobów.

Informacje zawarte na tym portalu przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów portalu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na portalu. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna lub oryginalna wersja tekstu, jaki prezentuje.**

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych portalu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl