



Artykuł podsumowuje nowatorską inicjatywę badawczą PTOK, jaką było przeprowadzenie w 2009 roku pilotażowych badań dotyczących dwóch wybranych nowotworów: raka krtani i jelita grubego. Raport z badań, zatytułowany *Analiza postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na wybrane nowotwory złośliwe w aspekcie systemu opieki zdrowotnej na przykładzie województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego 2008–2009 rok*, powstał we współpracy Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny. Wyniki badania przedstawiono na konferencji prasowej, która odbyła się w Warszawie 1 grudnia 2009 roku.

Wskaźniki zdrowotne chorób nowotworowych w Polsce na tle Europy

Od kilku dekad w krajach uprzemysłowionych głównym problemem zdrowotnym są choroby przewlekłe, przede wszystkim schorzenia układu krążenia i choroby nowotworowe. Choroby przewlekłe wynikające ze starzenia się organizmu czy też będące skutkiem ludzkiej działalności (styl życia, działalność przemysłowa itp.) stały się w uprzemysłowionych krajach Europy najważniejszym wyzwaniem medycyny. W Polsce zachodziły podobne procesy, które spowodowały, że sytuacja zdrowotna stała się podobna do obserwowanej w krajach Europy Zachodniej.

Nowotwory złośliwe są grupą schorzeń, która po chorobach układu krążenia stanowi w Polsce jedną z najpoważniejszych przyczyn zgonu. U mężczyzn nowotwory złośliwe były przyczyną 26% zgonów ogółem, u kobiet odsetek ten wynosił 23%. W Polsce należy liczyć się z rosnącą liczbą zachorowań i zgonów głównie ze względów demograficznych. Wiek jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka w wielu nowotworach, a zmiany przeciętnego trwania życia polskiej populacji powodują, że coraz więcej osób kwalifikuje się w starszych grupach wiekowych. Problem ten należy koniecznie wyeksponować, gdyż generuje on pilną konieczność zwiększenia nakładów na opiekę onkologiczną w Polsce.

Analiza trendów czasowych i miejsce Polski wśród innych krajów Europy wskazują, że zagrożenie nowotworami będzie nadal rosło, szcze-

gólnie dotyczy to nowotworów jelita grubego u obu płci, nowotworów płuca i piersi w populacji kobiet i nowotworów prostaty u mężczyzn. W populacji polskich mężczyzn rozpoczęły się, podobne jak w Europie Zachodniej, zmiany polegające na zmniejszaniu częstości występowania raka płuca, krtani i zahamowaniu wzrostu liczby nowotworów jamy ustnej i gardła. W populacji kobiet w Polsce w 2007 roku po raz pierwszy częstość zgonów z powodu nowotworu płuca wyprzedziła częstość zgonów związanych z rakiem piersi [1]. Podobnie w większości krajów europejskich notuje się bardzo szybki wzrost częstości raka płuca u kobiet [2–4]. Nowotwory szyjki macicy są chorobą, której częstość w Pol-

sce jest na poziomie średniej dla rejonu Europy Środkowej i Wschodniej, jednak nadal znacznie wyższym niż w krajach Europy Zachodniej, a tę różnicę trudno będzie zlikwidować bez podjęcia specjalnych działań [5].

Rozwój sytuacji epidemiologicznej mierzonej poziomem i tendencjami umieralności na nowotwory w Polsce na tle innych krajów nie jest korzystny, gdyż na przykład w Słowacji w 2002 roku poziom umieralności był podobny do stwierdzanego w Polsce, chociaż umieralność w poprzednich dwóch dekadach była większa niż wśród polskich mężczyzn. Ogromny postęp osiągnięto w Czechach, gdzie od początku lat 90. ubiegłego stulecia notuje się systematyczny

Dr med. Joanna Didkowska

ukończyła Uniwersytet Warszawski, gdzie uzyskała dyplom na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego ze specjalizacją cybernetyka i informatyka. W Centrum Onkologii uzyskała tytuł doktora nauk medycznych. Ukończyła również Podyplomowe Studium Public Relations przy Kolegium Gospodarki Światowej Szkoły Głównej Handlowej. Od początku pracy zawodowej jest związana z Zakładem Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Złośliwych i Krajowym Rejestrze Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, gdzie zajmuje się analizą epidemiologiczną i monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w zakresie nowotworów złośliwych w Polsce. Brała udział m.in. w pracach międzynarodowego zespołu MADAME (*Mathematical Methods and Modelling in the Sciences 2000–2003*) oraz w projekcie finansowanym przez Unię Europejską *Closing the Gap — Reducing Premature Mortality. Baseline for Monitoring Health Evolution Following Enlargement*. Uczestniczy w badaniach populacyjnych czynników ryzyka zachorowalności na nowotwory złośliwe oraz w monitorowaniu geograficznego zróżnicowania zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce (współautor wielu publikacji z tej dziedziny). Jest współautorem rocznego biuletynu dotyczącego nowotworów złośliwych w Polsce. Od wielu lat wykłada na kursach specjalistycznych organizowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek oraz na kursach organizowanych przez PTOK. Jest członkiem Stowarzyszenia Rejestrów Nowotworowych w Polsce (do 2004 prezes Stowarzyszenia), Polskiego Komitetu *TNM International Union Against Cancer*, była przewodniczącą jednej z pierwszych w Polsce Komisji Etycznych.



Przypomnijmy, że projekt zakładał wstępną ocenę sytuacji w zakresie efektywności rozpoznawania i szybkości podejmowania specjalistycznego leczenia przeciwnowotworowego. Jego zadaniem było wykrycie obszarów, które wymagają optymalizacji w celu usprawnienia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Projekt przewidywał również opracowanie optymalnego systemu zbierania informacji, co uzasadnia wybór analizowanych województw — województwa opolskie, świętokrzyskie i lubelskie dysponują dobrze zorganizowanymi rejestrami nowotworów oraz posiadają pełnoprofilowe ośrodki onkologiczne prowadzące diagnostyczno-terapeutyczne postępowanie zgodnie z współczesnymi standardami. Przedstawione wyniki nie powinny być ekstrapolowane na inne regiony Polski — mają charakter wstępny i należy je poddać weryfikacji w analizie o większym zasięgu.

spadek umieralności. We wszystkich krajach europejskich w populacji mężczyzn stwierdza się zmniejszenie umieralności na nowotwory złośliwe. W Wielkiej Brytanii i Finlandii rozpoczęło się ono na początku lat 80., a do połowy pierwszej dekady XXI wieku współczynniki umieralności obniżyły się o 30–40% (ryc. 1).

U kobiet w wielu krajach europejskich widoczny jest systematyczny spadek umieralności na nowotwory złośliwe ogółem: w Czechach i na Węgrzech od około dekady trwa korzystny malejący trend umieralności; podobnie w Wielkiej Brytanii (gdzie malejąca tendencja utrzymuje się od około dwóch dekad). Na tym tle wydaje się, że Polska jest krajem, w którym nadal utrzymuje się brak postępu w opiece onkologicznej u kobiet (ryc. 2).

Autorzy raportu *Analiza postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na wybrane nowotwory złośliwe w aspekcie systemu opieki zdrowotnej na przykładzie województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego 2008–2009 rok*

podjęli próbę wyjaśnienia źródeł różnicy w wynikach leczenia onkologicznego między Polską a innymi krajami europejskimi na przykładzie dwóch schorzeń nowotworowych — raka jelita grubego i raka krtani w trzech wybranych województwach. Celem analizy było określenie przyczyn powodujących niższe wskaźniki przeżyć 5-letnich w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Jako cel szczegółowy autorzy wskazali „wyjaśnienie wyższej niż w krajach Europy Zachodniej umieralności Polaków na wybrane nowotwory w pierwszym roku po zdiagnozowaniu choroby”.

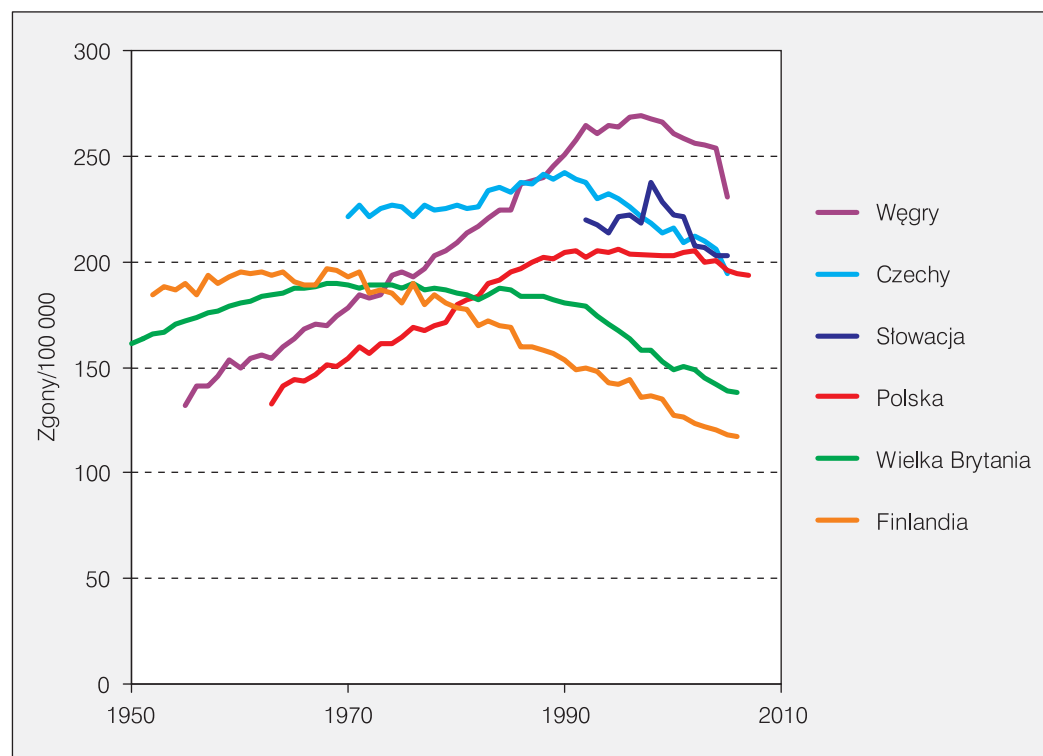
Podstawą wszelkiej działalności naukowej, leczniczej i ekonomicznej w każdej skali musi być określenie wagi i rozmiarów problemu (*evidence and science based*). Ocena różnic pod względem wskaźników zdrowotnych powinna spełniać zasady medycyny opartej na faktach, co zapewnia możliwość porównania między różnymi populacjami.

Wyniki badań prowadzonych *ad hoc* zwykle obarczone są wieloma zastrzeżeniami, z których najpoważniejszym jest brak reprezentatywności. Wymogi medycyny opartej na faktach podkreślają konieczność dostępu do stabilnych i długookresowych źródeł danych zapewniających reprezentatywność dla określonego zakresu badania, określenia wystandaryzowanego protokołu i zakresu zbieranych danych oraz ciągłości czasowej. Narzędziem spełniającym wymagania medycyny opartej na faktach są rejestry nowotworowe, które zbierają dane dla dokładnie określonych populacji, mają ściśle zdefiniowany zakres zbieranych informacji (zwykle w postaci jednolitego formularza), opierają się na informacji przekazywanej przez lekarza, dysponują przeszkolonym personelem do przygotowania wpływających danych oraz odpowiednim zespołem badawczo-naukowym, który może przeprowadzić stosowne analizy.

Systematyczne zbieranie i gromadzenie danych o zagrożeniu nowotworami złośliwymi dla całej Polski odbywa się od wielu lat w Krajowym Rejestrze Nowotworów, a obecnie funkcjonująca sieć rejestrów nowotworów jest najważniejszym źródłem danych. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów pozwalają na właściwe określenie typów nowotworów o największej częstości, wybór grup objętych badaniem przesiewowym, przygotowanie i monitorowanie takich badań oraz ocenę skuteczności postępowania terapeutycznego w skali kraju, regionu czy szpitala (wskaźniki przeżyć).

Krajowy Rejestr Nowotworów w 2009 roku po raz pierwszy przedstawił analizę wskaźników przeżyć dla polskiej populacji opartą na informacjach dotyczących około 308 000 pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000–2002 [6].

Dane dotyczące populacji europejskiej są wynikiem międzynarodowego badania EURO-CARE-4 obejmującego pacjentów zdiagnozowanych w latach 1995–1999 oraz 2000–2002 z 23 krajów Europy [7], przy czym w większości krajów informacje pochodzą z wybranych rejestrów obejmujących określone obszary administracyjne poszczególnych krajów.



Rycina 1. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem w wybranych krajach (mężczyźni, 1950–2007)

Ciąg dalszy na następnej stronie

Ciąg dalszy ze strony 25

Bezpośrednie porównanie wskaźnika przeżyć ogółem dla Polski i innych krajów europejskich nie uwzględnia specyfiki zachorowań w poszczególnych krajach (np. przewaga nowotworów gruczołu krokowego w krajach zachodnich, podczas gdy w Polsce dominującym nowotworem u mężczyzn jest rak płuca czy znacznie większy udział raka piersi w strukturze zachorowań u kobiet w krajach Europy Zachodniej) [8]. W badaniu Eurocare-4 uczestniczyły zaledwie trzy kraje z Europy Środkowo-Wschodniej (3,7% analizowanych przypadków), pozostałe zaś to kraje Europy Zachodniej i Północnej, więc średnia europejska z tego badania reprezentuje raczej średnią dla Europy Zachodniej.

Wyniki leczenia (mierzone wskaźnikiem przeżyć) uzyskane w badaniach klinicznych różnią się zasadniczo w porównaniu z wynikami badań populacyjnych, w których sposób i zakres zbierania danych mogą wpływać na uzyskane wyniki. Pod względem rejestracji pacjentów w rejestrze nowotworów negatywny wpływ na wartość wskaźników przeżyć ma opóźnione zgłoszenie przypadku do rejestru (na przykład nie przez lekarza, który pierwszy rozpoznał chorobę, lecz przez lekarza specjalistę); rozpoznanie zaawansowanej postaci nowotworu, długi okres diagnostyki, w którym lekarz powstrzymuje się z wystawieniem karty zgłoszenia nowotworu aż do uzyskania na przykład wyniku operacji); wystawianie kart

zgłoszenia nowotworu dopiero przez szpital leczący chorego, a nie przez lekarza kierującego. Istnieją również czynniki wpływające na ogólną poprawę wskaźników przeżyć i można do nich zaliczyć: wprowadzenie badań profilaktycznych (skrining), ustalenie standardów postępowania po diagnozie choroby nowotworowej, poprawę organizacji opieki nad chorym nowotworowym.

Wskaźniki rocznych przeżyć pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000–2002 w Polsce dla wszystkich lokalizacji były niższe niż chorych z wybranych krajów europejskich uczestniczących w międzynarodowym projekcie EURO-CARE-4 (ryc. 3). Najmniejsza różnica dotyczyła schorzenia o złym rokowaniu raka płuca (2,2 punktu procentowego na niekorzyść polskich pacjentów), natomiast największa nowotworów tkanek miękkich (14,8 punktu procentowego) i kości (15,2 punktu procentowego).

Porównanie skuteczności postępowania terapeutycznego między krajami czy ośrodkami poprzez zestawienie wskaźników przeżyć powinno dotyczyć jednorodnych grup pacjentów, to znaczy porównaniem należy objąć pacjentów z tym samym stopniem zaawansowania choroby. W Krajowym Rejestrze Nowotworów w przypadku około 30–40% (w zależności od lokalizacji) chorych lekarz nie zgłosił informacji o stopniu zaawansowania.

Wydaje się, że rzetelne określenie przyczyn różnic w zakresie rocznych wskaźników przeżyć jest zadaniem dosyć trudnym. Poprawa jakości wypełnianych danych w kartach zgłoszenia no-

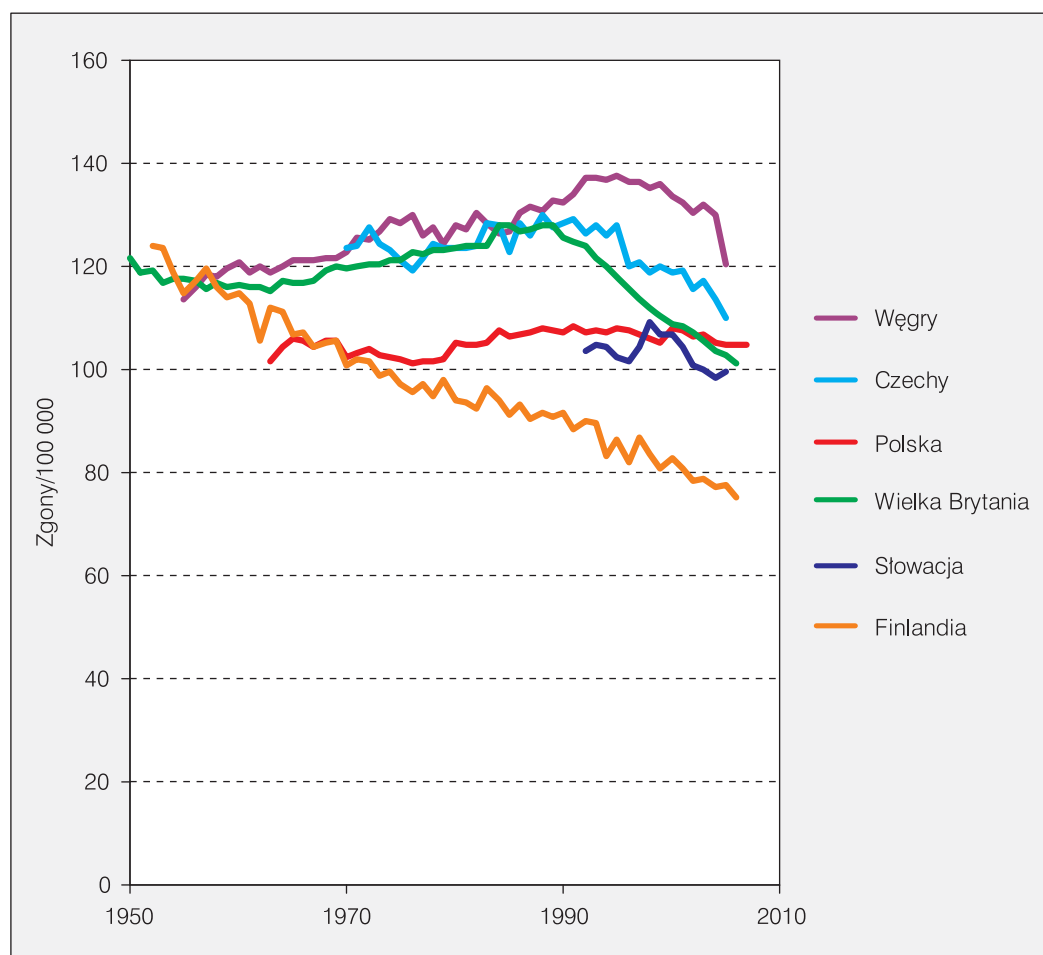
wotworu pozwoliłaby z pewnością na ustalenie pewnych prawidłowości dla całego kraju czy też jego regionów, a nie dla wyselekcjonowanej grupy pacjentów. W raporcie *Analiza postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na wybrane nowotwory złośliwe w aspekcie systemu opieki zdrowotnej na przykładzie województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego 2008–2009 rok* trafnie wskazano na zasadnicze przyczyny gorszej sytuacji pacjentów onkologicznych w Polsce. Zastosowana metodologia nie daje jednak podstaw do ekstrapolowania uzyskanych wyników na poszczególne województwa, w których przeprowadzono badanie, ani na obszar całego kraju, ani tym bardziej nie mogą być one reprezentatywne dla innych czy wszystkich lokalizacji nowotworowych (rak jelita grubego stanowi 12% zachorowań u mężczyzn i 10% u kobiet, rak krtani odpowiednio 3% i 0,1%). Sposób zbierania danych oparty na retrospektywnym wywiadzie może być źródłem poważnych zaburzeń w uzyskanych wynikach, szczególnie w części dotyczącej precyzyjnego określenia perspektywy czasowej obejmującej okres diagnostyki.

Większość danych zebrano na podstawie informacji ustnej pacjentów bez możliwości określenia stopnia wiarygodności pozyskanych informacji (szczególnie dat). Cel badania podjętego przez Autorów wymaga precyzyjnego wyboru metody badawczej (rodzaj monitorowanych nowotworów, określenie reprezentatywnej próby pacjentów, dostęp do wiarygodnego źródła danych). Autorzy słusznie wskazują na konieczność zaprojektowania bazy danych o rodzaju leczenia i jego wynikach.

Podstawą takiej bazy jest Krajowy Rejestr Nowotworów oferujący możliwość wyboru reprezentatywnej próby, która przy założeniu rzetelnego wypełniania karty zgłoszenia nowotworu przez lekarzy pozwala na wyciągnięcie obiektywnych wniosków dotyczących leczenia onkologicznego w Polsce.

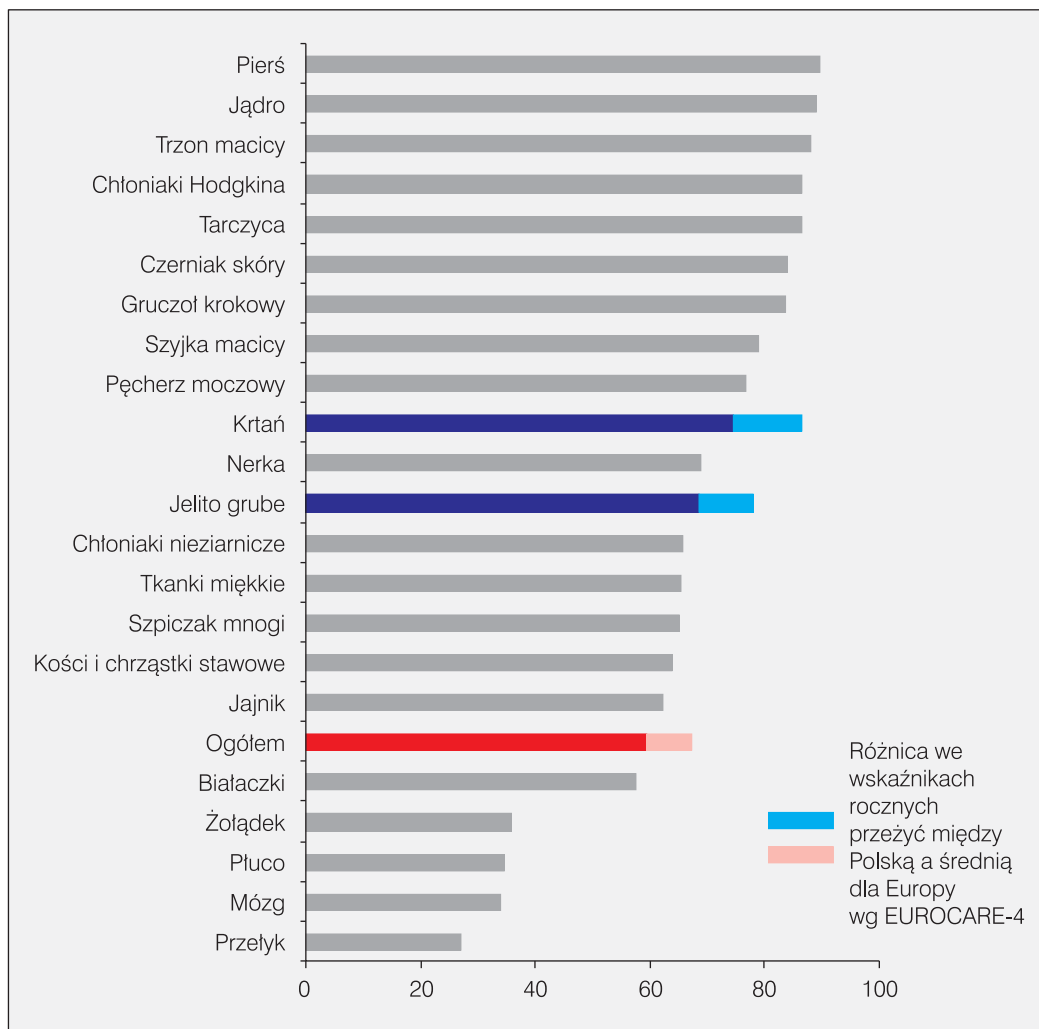
W Polsce istnieje konieczność stworzenia dobrze oprzyrządowanych, wszechstronnych, wielopłaszczyznowych programów kontroli nowotworów, które pozwolą polskiemu społeczeństwu na osiągnięcie takiego monitorowania chorób nowotworowych, jakie istnieje w krajach Europy Zachodniej. Monitorowanie chorób nowotworowych może i powinno odbywać się poprzez rejestry nowotworowe, którym należy jednak zapewnić odpowiednie umocowanie prawne i możliwość egzekwowania obowiązku zgłaszania zachorowań do Krajowego Rejestru Nowotworów. Bez odpowiednich narzędzi monitorowania zagrożenia nowotworami polskiej populacji (rejestr nowotworowy) nie będzie możliwa ocena działania systemu ochrony zdrowia w tym zakresie ani ocena słabych i mocnych stron tego systemu.

W Polsce szczególnie niekorzystna sytuacja występuje w przypadku raka szyjki macicy. Polska razem z Rumunią i Bułgarią należy do krajów o najwyższym zagrożeniu rakiem szyjki macicy w Europie i mimo malejącego trendu umieralności różnica między Polską a innymi krajami Europy Zachodniej, szczególnie skandynawskimi, nie



Rycina 2. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem w wybranych krajach (kobiety, 1950–2007)





Rycina 3. Wskaźniki rocznych przeżyć w Polsce u pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000–2002

zmniejsza się w miarę upływu czasu [5]. Wprowadzenie w Polsce badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy nie przynosi spodziewanych efektów ze względu na małe uczestnictwo kobiet w programie, szczególnie wśród gorzej wykształconych kobiet na obszarach wiejskich.

W ciągu ostatnich dekad istotnym zmianom zachowań rozrodczych w Polsce towarzyszył znaczny wzrost zachorowalności na raka sutka — w ciągu ostatnich dwóch dekad obserwowano znaczne zwiększenie zachorowalności na tego raka. W latach 1984–2007 obserwowano przyspieszenie wzrostu zachorowalności (z 26/105 w roku 1985 do 44/105 w roku 2007). W tym samym czasie wzrosła liczba nowych przypadków raka sutka z 6000 do 13 300. W ciągu najbliższych dziesięcioleci można oczekiwać dalszego wzrostu zachorowalności na raka piersi w Polsce (według prognoz należy spodziewać się około 15 000 zachorowań w 2010 roku i około 17 000 w 2015 roku [9]). Jednocześnie wzrostowi zgonów związanych z tą chorobą zapobiec można jedynie poprzez wdrożenie zakrojonych na dużą skalę badań przesiewowych, obejmujących możliwie jak największą liczbę kobiet. Wczesna diagnostyka musi być jednak połączona z szybkim dostępem do leczenia kobiet ze stwierdzonym nowotworem piersi. Przykład innych krajów Europy (Wielka Brytania, Finlandia) wskazuje, że można o 25–30% obniżyć umieralność z powodu tego schorzenia.

Tempo wzrostu umieralności z powodu nowotworów jelita grubego jest największe wśród innych nowotworów. Polska wraz z Czechami, Słowacją i Węgrami należy do krajów o największej umieralności z powodu tego nowotworu w Europie.

Analizy epidemiologiczne wskazują, że różnica między Polską a „starą” częścią Unii Europejskiej w zakresie umieralności z powodu raka jelita grubego w dalszym ciągu powiększa się [10]. Rozszerzenie i odpowiednie finansowanie programu badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego byłoby najskuteczniejszym sposobem zniwelowania różnic między Polską a Europą Zachodnią. Kontynuacja programu z utrzymaniem dotychczasowego testu diagnostycznego (kolonoskopia) poza poprawą wskaźników przeżyć może również przyczynić się do spadku zachorowalności na ten nowotwór.

W Polsce istnieje pilna potrzeba szybkiego wprowadzenia skutecznych intensywnych kampanii informacyjnych promujących korzyści wynikające z udziału w oferowanych przez państwo badaniach przesiewowych. Edukacja, szczególnie ukierunkowana na gorzej wykształcone, biedniejsze osoby, mieszkające na obszarach wiejskich, powinna stanowić główny priorytet działań prowadzących w konsekwencji do zmniejszenia zachorowalności, umieralności i poprawy wskaźników przeżyć.

Oczywiste jest, że na poprawę zarówno wskaźników przeżyć (szczególnie ogółem), jak

i ogólnych wskaźników zdrowotnych (zachorowalność, umieralność, struktura zgonów) na poziomie populacji mają wpływ działania adresowane do dużych grup społeczeństwa. W Polsce nadal nie docenia się możliwości tkwiących w profilaktyce pierwotnej (szczególnie ograniczenie palenia tytoniu) i populacyjnej prewencji wtórnej. Populacyjna prewencja wtórna była przez wiele lat zaniedbywana w Polsce, co doprowadziło do znacznego opóźnienia w skutecznym ograniczaniu skutków chorób nowotworowych. Dopiero w drugiej połowie 2006 roku populacyjne badania przesiewowe w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy stały się dostępne dla Polek (około dwie dekady później niż w Finlandii czy Wielkiej Brytanii).

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Centrum Onkologii — Instytut, Warszawa 2009.
2. Tyczynski J.E., Bray F., Aareleid T. i wsp. Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries. *Int. J. Cancer* 2004; 109: 598–610.
3. Bray F., Tyczynski J.E., Parkin D.M. Going up or coming down? The changing phases of the lung cancer epidemic from 1967 to 1999 in the 15 European Union countries. *Eur. J. Cancer* 2004; 40: 96–125.
4. Didkowska J., Mańczuk M., McNeill A., Powles J., Zatoński W. Lung cancer mortality at ages 35–54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics. *BMJ* 2005; 331: 189–191.
5. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory szyjki macicy w Polsce — epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy Ginekolog. *Pol.* 2006; 77: 660–666.
6. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce zdiagnozowanych w latach 2000–2002. Centrum Onkologii — Instytut, Warszawa 2009.
7. Brenner H., Francisci S., de Angelis R. i wsp. Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000–2002. *Eur. J. Cancer* 2009; 45: 1028–1041.
8. Rachtan J. Jakie informacje przynosi badanie EURO-CARE-4. *Medycyna Paliatywna — Onkologia* 2009; 5: 9.
9. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2020 roku. Centrum Onkologii — Instytut, Warszawa 2009.
10. Zatoński W., Didkowska J., Wojciechowska U. Epidemiologia chorób nowotworowych w Europie Środkowej i Wschodniej w porównaniu z Europą Zachodnią i Polską. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2009; 81: 808–837.

Onkologia

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

WYDANIE SPECJALNE

wrzesień 2010

Redaktor naczelny: Maciej Krzakowski

Redaktorzy odpowiedzialni:

Małgorzata Stępień (PTOK)

Justyna Łapińska

Adres redakcji: Instytut Onkologii w Krakowie
31-115 Kraków, ul. Garncarska 11

www.opk.viamedica.pl

ISSN 1734-3542

Nakład 1000 egzemplarzy

