

Świadomość zdrowotna pacjentów lekarza rodzinnego i onkologa na temat zmian barwnikowych i czerniaka

Health self conciousness of the general practitioner's and oncologist's patients in relations to melanocytic lesions and melanoma

Jan Rykała¹, Agnieszka Kołacińska², Henryk Witmanowski^{1,3}, Julia Kruk-Jeromin¹

¹Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Julia Kruk-Jeromin

²Oddział Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, ordynator Oddziału: dr n. med. Zbigniew Morawiec

³Katedra i Zakład Fizjologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Teresa Torlińska

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 4: 190–193

Streszczenie

Celem pracy jest ocena poziomu świadomości zdrowotnej pacjentów lekarza rodzinnego i onkologa na temat zmian barwnikowych i czerniaka. Chociaż czerniak jest stosunkowo rzadko występującym nowotworem w wielu krajach, to zachorowalność na niego zwiększa się 2-krotnie co dekadę. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i onkolodzy odgrywają główną rolę w przygotowaniu strategii, mających na celu unikanie czynników ryzyka, aby nie dopuścić do rozwoju choroby, oraz wykrywaniu czerniaka we wczesnym stadium zaawansowania choroby.

Słowa kluczowe: nowotwory skóry, znamiona, czerniak, lekarz rodzinny, onkolog.

Abstract

The aim of this article is to sum up level of health consciousness of general practitioners and oncologists patients about naevus and malignant melanoma. Although melanomas are rare lesions in many countries worldwide, every 10 years the number of melanoma has doubled. General practitioners and oncologists play a basic role in primary strategy to avoid risk factors to develop lesions and to detect melanoma at an early stage.

Key words: skin neoplasms, naevus, melanoma, general practitioner, oncologist.

Wprowadzenie

Czerniak staje się ważnym problemem onkologicznym XXI w., ponieważ wyniki wielu badań epidemiologicznych wskazują, że w skali całego świata liczba zachorowań na ten nowotwór zwiększa się 2-krotnie co 10 lat [1–4]. Dynamika zapadalności na czerniaka przewyższa nasilenie zachorowalności z powodu innych nowotworów, można ją jedynie porównać ze zwiększeniem częstości występowania raka płuc u kobiet [2, 3]. Czerniak jest najczęstszym nowotworem u kobiet w przedziale wiekowym 25–30 lat, drugim po raku piersi u kobiet 30–35-letnich wg badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych [5, 6]. MacKie i wsp. stwierdzili po przeanalizowaniu 6288 przypadków, że zapadalność na czerniaka w latach 1979–1994 w Szkocji zwiększyła się z 3,5 do 7,8/100

tys./rok u mężczyzn oraz z 6,8 do 12,3/100 tys./rok u kobiet [3, 7, 8].

Co 72 min jedna osoba na świecie umiera z powodu czerniaka i to w dużo młodszym wieku w porównaniu z większością innych nowotworów. Czerniak zajmuje również czołowe miejsce wśród chorób o tzw. średniej liczbie lat życia utraconych na osobę (*average years of life lost per person*) [4]. Prawdopodobnie wyprzedzają go tylko białaczki. Naukowcy amerykańscy donoszą, że jeśli utrzyma się obecna tendencja zapadalności oraz wykrywanie czerniaka w późnym stadium zaawansowania, to oszacowane koszty leczenia tej choroby wyniosą ok. 5 mld dolarów do 2010 r. [2].

Pojawia się pytanie, co należy zrobić, aby odwrócić powyższe niekorzystne tendencje, tj. zmniejszyć zachoro-

Adres do korespondencji: dr n. med. Jan Rykała, Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, tel. +48 42 677 67 42, faks +48 42 677 67 49, e-mail: jan.rykala@gmail.com

walność, usprawnić wykrywanie czerniaka we wczesnym stadium, a także polepszyć rokowanie.

Badania naukowe potwierdzają, że najistotniejszym czynnikiem rokowniczym decydującym o czasie przeżycia chorych na czerniaka jest grubość naciekania mierzona metodą Breslowa. U chorych, u których wycięta zmiana miała grubość poniżej 1 mm, wykazano ponad 90% szans na przeżycie bez wznowy w ciągu 5 lat, przeciwnie, jeśli grubość nacieku przekroczyła 3,5 mm, odsetek 5-letnich przeżyć jest mniejszy niż 50%. Z tego też powodu tak istotna jest profilaktyka czerniaka, zarówno pierwotna, obejmująca unikanie czynników ryzyka, jak i wtórna, koncentrująca się na wczesnym jego wykrywaniu [4].

Programy profilaktyki pierwotnej

W wielu krajach realizowane są programy profilaktyki pierwotnej czerniaka [9–12]. W latach 1995–1999 w Australii, gdzie stwierdza się największy odsetek nowych zachorowań (40 przypadków/100 tys. osób/rok), przeprowadzono kampanię informacyjną KIDSKIN wśród 5–6-letnich dzieci oraz ich nauczycieli i rodziców o szkodliwości promieniowania ultrafioletowego, zachęcając ich do przebywania w pomieszczeniach zamkniętych w godzinach południowych, noszenia kapeluszy, T-shirtów i stosowania kremów z filrami ochronnymi. Rozdawano broszury, po niskich cenach oferowano specjalne kostiumy kąpielowe osłaniające tułów, uda i ramiona dzieci [9, 11, 13, 14]. W 1993 r. w Wielkiej Brytanii zorganizowano akcję *Play Safe in the Sun* kładącą nacisk na unikanie nadmiernej ekspozycji słonecznej, prowadzącej w konsekwencji do rozwoju nowotworów skóry. Również w Szwecji Boldeman i wsp. w ramach *Stockholm Cancer Prevention Programme* dostarczali materiałów edukacyjnych na temat czerniaka i jego czynników ryzyka do aptek, szkół, przedszkoli i żłobków. W Belgii, Francji i Niemczech badano korelację między korzystaniem z solarium a rozwojem tej choroby. Podobne badania przeprowadzili w Stanach Zjednoczonych Walter i wsp. [12, 15, 16]. W Polsce kobiece magazyny w okresie wakacyjnym zamieszczają artykuły poświęcone szkodliwości nadmiernego opalania się, a w 2000 r. firmy kosmetyczne zorganizowały w polskich miejscowościach nadmorskich oraz w dużych miastach punkty konsultacyjne, gdzie można było określić swój fototyp, uzyskać porady profesjonalistów na temat kremów z faktorem anty-UVA i anty-UVB.

Ocena skuteczności programów profilaktyki pierwotnej czerniaka jest procesem długofalowym ze względu na fakt, że od zadziałania czynnika sprawczego (np. promieniowania ultrafioletowego) do rozwoju nowotworu może upłynąć 20 lat. W związku ze zwiększeniem częstości wyjazdów wakacyjnych do stref subtropikalnych i tropikalnych oraz zmniejszenia się warstwy ozonowej na półkuli północnej należy się spodziewać zwiększenia zapadalności na czerniaka. Wydaje się, że tendencję tę można zahamować poprzez merytoryczną profilaktykę pierwotną.

Badania przesiewowe (skrining)

Jedną z metod profilaktyki wtórnej jest populacyjne badanie przesiewowe mające na celu wczesne wykrywanie *melanoma malignum* [9, 17–19]. Obejmuje ono dokładne oglądanie całej powierzchni skóry przez lekarza. Zajmuje to ok. 5–10 min, a jego koszt to wynagrodzenie dla badającego. Badanie jest nieinwazyjne, wolne od objawów niepożądanych i akceptowalne społecznie. Mimo to, *International Union Against Cancer* nie zaleca przeprowadzania skriningu w populacji ogólnej. Nie ma niezbitych dowodów na to, że badanie przesiewowe wykonane w podstawowej opiece zdrowotnej jest efektywne. Jeśli uwzględnimy fakt, że czerniak występuje z częstością 1/10 tys., to lekarz rodzinny mający pod opieką średnio 2 tys. pacjentów ma szansę spotkać się z nowym przypadkiem tej choroby raz na 5 lat (jeżeli chory nie zgłosi się wcześniej do onkologa lub dermatologa, do których nie są wymagane w Polsce skierowania od lekarza pierwszego kontaktu). Nie są też znane dane na temat powtarzalności skriningu, częstości jego przeprowadzania, niekorzystnych efektów, takich jak obciążenie pracą gabinetów lekarzy rodzinnych, większa liczba konsultacji specjalistycznych, niepotrzebne biopsje chirurgiczne, zwiększenie liczby badań histopatologicznych, obciążenie pracą patomorfologów, wreszcie aspekty psychologiczne (niepokój pacjentów, kancerofobia).

Z tego też powodu Jackson i wsp. proponują przeprowadzenie badań mających na celu wczesne wykrywanie tego nowotworu jedynie wśród pacjentów z grupy dużego ryzyka. Badanie ankietowe wykonano w 16 wylosowanych praktykach grupowych lekarza rodzinnego w Cheshire w Wielkiej Brytanii, obejmując 3105 pacjentów powyżej 16. roku życia. Ankietowany odpowiadał na 40 pytań dotyczących m.in.: jego fototypu, tendencji do występowania piegów, znamion barwnikowych, znamion atypowych (średnica powyżej 7 mm, nieregularne granice, nieregularne zabarwienie), ich liczby, oparzeń słonecznych w wywiadzie, stosowania ochrony przed słońcem, samobadania skóry, znajomości objawów i nazwy tego nowotworu, rodzinnego występowania oraz zainteresowania problemami nowotworów skóry. Po przeanalizowaniu odpowiedzi badacze do grup dużego ryzyka zakwalifikowali 270 osób (8,7%), których dokładnie przebadano w kierunku wystąpienia czerniaka [21–23].

Elwood stwierdził, że – określając na podstawie wywiadu kwestionariuszowego czynniki ryzyka wystąpienia *melanoma malignum* w populacji ogólnej (zidentyfikowane na podstawie licznych badań epidemiologicznych), takie jak tendencja do występowania piegów, licznych znamion barwnikowych (powyżej 20), a w szczególności znamion atypowych, oparzeń słonecznych, zwłaszcza w dzieciństwie – można wyselekcjonować grupę dużego ryzyka (ok. 7% ogółu), wśród których 35% stanowią chorzy na czerniaka. Selektywny skrining (osób z czynnikami ryzyka) wydaje się mieć więcej zalet, pozwalając na dokładniejsze przebadanie mniejszej liczby pacjentów, a jed-

nocześniej wykrycie większej liczby nowotworów [24]. W piśmiennictwie pojawiają się doniesienia, że badanie przesiewowe całej populacji prowadzone w podstawowej opiece zdrowotnej jest nieefektywne, gdyż zapadalność na powyższą chorobę nie jest duża, środki finansowe są ograniczone, lekarze rodzinni różnią się pod względem zainteresowań, wykształcenia i kwalifikacji w dziedzinie dermatologii/onkologii. Na podstawie badań *Cancer Research Campaign* wnioskowano, że lekarz rodzinny powinien raczej podejmować działania profilaktyczne, informować pacjentów na temat szkodliwości nadmiernej ekspozycji słonecznej, stosowania kremów z filtrami ochronnymi, propagować samobadanie skóry, instruować w zakresie wczesnych objawów czerniaka, a w miarę możliwości selekcjonować pacjentów z podejrzanymi zmianami barwnikowymi od niegroźnych przy okazji rutynowych wizyt z jakiegokolwiek powodu [25].

Do podobnych wniosków doszli lekarze holenderscy, organizując w 1993 r. skrining dla 4146 pacjentów, wśród których nie wykryto żadnego przypadku czerniaka, jedynie 3 zmiany o typie *carcinoma basocellulare* [12]. Australijczycy oszacowali poprzez symulację komputerową, że koszt tzw. roku życia uratowanego (*life year saved*) w przypadku hipotetycznego skriningu co 2 lata w populacji 50-latków wynosi odpowiednio 20 877 dolarów australijskich dla kobiet i 12 137 – dla mężczyzn [26].

Podsumowując, powyższe wzorce zachowań lekarzy rodzinnych, obejmujące profilaktykę pierwotną i wtórną, powinny wpłynąć na wzrost świadomości onkologicznej społeczeństwa, będąc zasadniczymi elementami wczesnej diagnostyki czerniaka, co ma znaczące oddziaływanie na możliwości skutecznego leczenia we wczesnym stadium zaawansowania choroby. Ze względu na zwiększenie częstości występowania czerniaka w krajach europejskich, istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań w zakresie wczesnego wykrywania tego nowotworu w Polsce w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Cele

1. Ustalenie stopnia zaawansowania czerniaka wśród chorych zgłaszających się do Regionalnego Ośrodka Onkologicznego w Łodzi.
2. Określenie przyczyn opóźnienia zgłoszenia się chorego na czerniaka do lekarza – onkologa.
3. Ocena źródeł wiedzy na temat czerniaka wśród chorych na ten nowotwór w poradni onkologicznej.
4. Ocena wiedzy na temat czerniaka wśród pacjentów niechorujących na ten nowotwór zgłaszających się do lekarza rodzinnego.
5. Identyfikacja grupy pacjentów lekarza rodzinnego zagrożonych rozwojem powyższego nowotworu.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 60 chorych na czerniaka leczonych w Regionalnym Ośrodku Onkologicznym w Łodzi

od 1 marca 2004 r. do 31 marca 2006 r., natomiast grupę porównawczą 384 pacjentów powyżej 16. roku życia niechorujących na czerniaka, zgłaszających się do dwóch wylosowanych łódzkich praktyk lekarza rodzinnego w 2 wylosowane dni tygodnia od 1 kwietnia 2004 r. do 31 października 2006 r.

Jako narzędzie badawcze dla osób chorujących na czerniaka zastosowano kwestionariusz składający się z 22 pytań. Najistotniejsze z nich to opisanie podstawowych cech demograficznych, określenie okoliczności rozpoznania czerniaka, jakie czynniki wpływały na opóźnienie zgłoszenia się chorego na czerniaka do lekarza i rozpoczęcie leczenia. Pytano ponadto o źródła wiedzy na temat czerniaka oraz cechy kliniczno-histopatologiczne czerniaka (typ, średnica, poziom naciekania wg Clarka, grubość nacieku wg Breslova, przerzuty do węzłów chłonnych i narządów odległych).

Narzędziem badawczym dla grupy porównawczej były badania ankietowe składające się z 32 pytań. Żaden z pacjentów lekarza rodzinnego nie chorował na czerniaka. W ankiecie pytano o podstawowe cechy demograficzne, fototyp wg Fitzpatricka, występowanie na skórze piegów, znamion barwnikowych, w tym atypowych, ich liczbę oraz ekspozycję na promieniowanie ultrafioletowe. Starano się uzyskać w wywiadzie dane z uwzględnieniem chorób dermatologiczno-onkologicznych, wiedzy na temat czerniaka i jej źródeł oraz modelu zachowań po stwierdzeniu u siebie znamienia barwnikowego.

Wyniki

Badani chorzy na czerniaka zgłaszali się do onkologa zbyt późno, w wysokim stadium zaawansowania choroby. Z zaawansowaną chorobą nowotworową (Clark IV, V) do onkologa zgłosiło się 40% osób. U 66% pacjentów stwierdzono zaawansowanie choroby w skali Breslow > 2 mm. U 33% chorych średnica zmiany przekraczała 20 mm, a aż u 25% chorych w momencie zgłoszenia do onkologa stwierdzono przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych. U 25% pacjentów zbadano III, IV stopień zaawansowania.

Najczęstszym powodem opóźnienia zgłoszenia się badanych chorych na czerniaka do lekarza-onkologa był defekt urody, strach, brak czasu, samoleczenie lub wina lekarza. Głównym źródłem wiedzy na temat tego nowotworu były dla chorych media, a nie służba zdrowia.

Aż 63,7% ankietowanych pacjentów lekarza rodzinnego niechorujących na czerniaka miało zróżnicowaną wiedzę na temat tego nowotworu, której głównym źródłem były również media.

Najwięcej na temat czerniaka wśród pacjentów lekarza rodzinnego wiedziały osoby z wykształceniem wyższym, w przedziale wiekowym 35–50 lat, będące w związku małżeńskim, z rodzinnym występowaniem nowotworów innych niż nowotwory skóry, kobiety, osoby wykazujące bardzo dobrą sytuację materialną i opalające się raz na kilka lat ($p = 0,03146$, C Pearsona = 0,15).

Najwyższy poziom wiedzy na temat tego nowotworu wśród pacjentów lekarza rodzinnego miały również osoby z przebytymi oparzeniami słonecznymi w liczbie 1–5. Nie zanotowano istotnej statystycznie zależności ($p > 0,05$) między wiedzą na temat czerniaka wśród pacjentów lekarza rodzinnego a fototypem, używaniem filtrów anty-UV, korzystaniem z solarium, występowaniem znamion barwnikowych, w tym atypowych, pojawianiem się w rodzinie znamion barwnikowych i nowotworów skóry.

Wnioski

1. Wiedza na temat wczesnych objawów czerniaka wśród pacjentów niechorujących na ten nowotwór jest niewystarczająca.

2. Słaba znajomość niepokojących cech znamienia barwnikowego wśród pacjentów lekarza rodzinnego (krwawienie 73,2%, zaczerwienienie 53,4%, ból 53,4%, nieregularny kształt znamienia 19%, nieregularne zabarwienie 15,1%).

3. Najliczniejszą grupą ankietowanych pacjentów lekarza rodzinnego była grupa wykazująca cztery czynniki ryzyka rozwoju czerniaka, a 1,6% badanych zaliczono do grupy bardzo dużego ryzyka rozwoju czerniaka wg karty MacKiego (piegi, znamiona barwnikowe, znamiona barwnikowe atypowe, oparzenia słoneczne).

Piśmiennictwo

- Borzęcki A. Nowotwory skóry. *Medycyna Rodzinna* 1999; 4: 34-8.
- Berkan MA. Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych u chorych na czerniaka skóry w pośrednim stopniu zaawansowania. *Akademia Medyczna, Łódź* 1999.
- Boyle P, Maisonneuve P, Doré JF. Epidemiology of malignant melanoma. *British Med Bull* 1995; 51: 523-8.
- WHO Melanoma Programme. Rozpoznanie kliniczne i lecznicze czerniaka skóry. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Europejskiej Szkoły Onkologii, Warszawa 1998.
- Cather JC, Nelson BR, Duvic M. Malignant melanoma – clinical diagnostic techniques. *Cutis* 1999; 64: 379-87.
- Johnson TM, Dolan OM, Hamilton TA, et al. Clinical and histologic trends in melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 681-6.
- MacKie RM, Hunter JA, Aitchison TC, et al. Cutaneous malignant melanoma. Scotland 1978-1989. The Scottish Melanoma Group. *Lancet* 1992; 339: 971-5.
- MacKie RM, Hole D, Hunter JA, et al. Cutaneous malignant melanoma in Scotland: incidence, survival and mortality, 1979-1994. *BMJ* 1997; 315: 1117-21.
- MacKie RM. Melanoma prevention and early detection. *Br Med Bull* 1995; 3: 570-83.
- Rak skóry. W: *Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej*. Łódź 1995; 154-61.
- Milne E, English PR, Cross D, et al. Evaluation of an intervention to reduce sun exposure in children. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 164-73.
- Walter SD, Marrett LD, From L, et al. The association of cutaneous malignant melanoma with the use of sunbeds and sunlamps. *Am J Epidemiol* 1990; 131: 232-43.
- Gaetano DE, Hodge B, Clark A, et al. Preventing skin cancer among a farming population: implementing evidence-based interventions. *AAOHN J* 2009; 57: 24-31.
- Oliveria SA, Hay JL, Geller AC, et al. Melanoma survivorship: research opportunities. *J Cancer Surviv* 2007; 1: 87-97.
- Bordeaux JS, Lu KQ, Cooper KD. Melanoma: prevention and early detection. *Semin Oncol* 2007; 34: 460-6.
- Halpern AC, Mandal SK. Role of dermatologists in treating melanoma. *J Natl Compr Canc Netw* 2006; 4: 695-702.
- Downing A, Newton-Bishop JA, Forman D. Recent trends in cutaneous malignant melanoma in the Yorkshire region of England; incidence, mortality and survival in relation to stage of disease, 1993-2003. *Br J Cancer* 2006; 95: 91-5.
- Bulliard JL, Panizzon RG, Levi F. Melanoma prevention in Switzerland: where do we stand? *Rev Med Suisse* 2006; 2: 1122-5.
- Syrigos KN, Tzannou I, Katirtzoglou N, Georgiou E. Skin cancer in the elderly. *In Vivo* 2005; 19: 643-52.
- Stryker JE, Solky BA, Emmons KM. A content analysis of news coverage of skin cancer prevention and detection, 1979 to 2003. *Arch Dermatol* 2005; 141: 491-6.
- Saraiya M, Glanz K, Briss PA, et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: a systematic review. *Am J Prev Med* 2004; 27: 422-66.
- de Vries E, Coebergh JW. Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004; 40: 2355-66.
- Tarhini AA, Agarwala SS. First International Symposium on Melanoma and Other Cutaneous Malignancies. *Expert Opin Biol Ther* 2004; 4: 1541-6.
- Steinmann A, Liebl B. Prevention and early detection of cancer of the skin. *Gesundheitswesen* 2004; 66 Suppl 1: 37-42.
- Mahon SM. Skin cancer prevention: education and public health issues. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19: 52-61.
- McCarthy WH. The Australian experience in sun protection and screening for melanoma. *J Surg Oncol* 2004; 86: 236-45.