

Riina Kütner: rinnavähi ravi on meeskonnatöö

Eli Lilles

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) tiitel *Grand Lady 2017* anti üle onkoloog Riina Kütnerile, kelle eestvedamisel on Eestis loodud rinnakeskus, rajatud rinnavähi register ning tähelepanu pööratud rinnahaiguste õppetsüklile residentuuriõppes. Kütner rõhutas, et rinnavähi ravi on meeskonnatöö – mida paremad on meeskonna üksikliikmed, seda paremad on töö tulemused.

Mida peate ise enda kõige olulisemaks saavutuseks, mis tunnustuseni viis?

Mu eesmärk ja unistus on olnud saada Eestisse nn rinnakeskused ja rinnavähi töörühmad nagu mujal riikides. Kui esimest korda käisin Helsingi ülikooli kliinikus, nägin seal, kui hästi toimis multidistsiplinaarne koostöö. Radioloog, patoloog, kemoterapeut ja kirurg otsustasid koosolekul ühiselt, kuidas patsienti ravida. Meil toona selliseid koosolekuid ei peetud ning arstid olid harjunud üksi diagnoosima ja ravima. Esialgu valitses ka vastuseis, kuid saime konsiiliumid käima ning praegu on need elementaarsed. Töörühm kohtub nädalas 3–4 korda, ning kui koos radioloogide ja patoloogidega arutatakse läbi järgmise nädala operatsioonihaihed, siis kogu töörühmaga eelmistel nädalatel opereeritud patsientide edasise ravi (adjuvantravi) näidustused. Eraldi konsiilium toimub kaugelearenenud haigusega patsientide ravivõimaluste selgitamiseks ning kõige värskemana konsiilium koos plastikakirurgidega parimate rinna taastusmeetodite valikuks.

Rinnavähi ravi on meeskonnatöö – mida paremad on meeskonna üksikliikmed, seda paremad on töö tulemused. Suurt rolli mängib kogemus, seda just diagnoosimisel. Nüüdseks on meil kõik spetsialistid olemas, iseseisvad vastuvõttud on ka spetsialiseerunud nn rinnaõdedel ning oleme haaratud Euroopa rinnakeskuste võrgustikku. Kui töö meeldib, meeskond tore ning huvi valdkonna vastu pole kadunud, teeb see rõõmu.



Riina Gütner

Foto: Liina Lepp

Praegu on Euroopas päevakorral rinnavähikeskuste taseme väljaselgitamine ja ravivõimaluste- ja meetodite võrdlemine ning ühtlustamine. Vähiregistris korjatakse küll haigestumise ja suremuse andmeid, kuid neil napib töötajaid, et pidada põhjalikumalt registrit. Seetõttu otsustasime rajada enda andmebaasi. Alustasime andmete kogumist 10–15 aastat tagasi n-õ põlve otsas, kuid see ei läinud hästi käima. Mõte jäi piinama ning lõpuks on meil andmebaas, kuhu oleme andmeid sisestanud alates 2012. aastast. Andmebaas on praeguseks põhjalik, seal on info vähi diagnoosimise aja ja ravi kohta, vähi staadiumite ja patoloogiliste eritüüpide kohta, operatsioonide ning järelravimeetodite andmed. Samuti saab jälgida haiguse kulgu ajas.

Tooksin välja ka muudatused residentuuriõppes. Günekoloogia eriala residentidele õpetatakse nüüd

ka rinnahaigusi, varem seda polnud üldse. Kahjuks ei saa ka noortel naistel rinnavähki välistada. Seetõttu pean oluliseks, et günekoloogil oleks mingid teadmised onkoloogiast. Ka onkoloogiaressidendid läbivad rinnahaiguste tsükli, sest rinnavähi ravi moodustab suure osa onkoloogide igapäevatööst.

Kui varem olid Euroopa kesksed meile eeskujuks, siis kas nüüd oleme nendega samal tasemel? Mis ideaalist puudu jääb?

Väga palju võrdlusandmeid meil pole, sest pole kindlat süsteemi, kus ja kuidas stažeerimas käia. Käime küll konverentsidel, kuid praktilist töökorraldust suuremates keskustes ise ei näe. Töökorraldus erineb ka riigiti.

Arvan, et kirurgilise poole pealt oleme enam-vähem samal tasemel. Erinevus võib tekkida ravimite puhul:

rikastes riikides on uute ravimite kättesaadavus kindlasti parem. Teine aspekt on ravimiuuringud – suurtes keskustes on käimas palju erinevaid uuringuid. Kui patsiendi ravivõimalused on ammendatud, saab sobiva profiiliga patsient osaleda mingis uuringus. Eestisse tuuakse uuringuid aga harva, kuna oleme liiga väike riik.

Grand Lady tiitli üleandmisel toodi välja, et olete üks vähestest spetsialistidest Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, kellel on nii kirurgilise kui ka süsteemravi kogemus. Kuidas see kogemus on tekkinud?

Rinnaarstide töökorraldus oli algselt selline, et ise koos radioloogidega diagnoosisime, ise lõikasime, ise tegime keemiaravi. Euroopas oli õpe liikunud eri suundadesse ning ka meil tehti ühel hetkel otsus, et rinnakirurgid keemiaraviga enam ei tegele. Uuringutes osalemise tõttu jäid üksikud erandid ning ka minule jäi võimalus keemiaravi teha. Praegu on see nagu privileeg. Mul on hea meel, et saan ka süsteemraviga tegeleda, see on väga põnev valdkond, mis on tulnud pärast ülikooli endal juurde õppida. Ühtpidi arvan, et arstile on laiema pildi nägemine väga kasulik, muidu võib kirurgile onkoterapia pool kaugeks jääda.

Samas muutub ravi järjest spetsiifilisemaks ning keerulisemaks. Mida tähendab spetsialiseerumine arsti jaoks?

Paljudes riikides on ka keemiaravi arstid spetsialiseerunud kindlale suunale. Uute bioloogilise ravi preparaatide toimetehhanismid ja kõrvaltoimed on väga keerulised ja spetsiifilised ning seetõttu tuleb end pidevalt täiendada. Uusi ravimeid tuleb kogu aeg juurde, samas ka infot kõrvaltoimete kohta. Vähirakk on nii kaval, et kui püütaksegi rakusiseseid paljunemis- ja ellujäämismehhanisme blokeerida, leiab ta endale jälle uued võimalused.

Keemiaravi enne operatsiooni on samas väga tõhus. Olen viimasel ajal näinud järjest patsiente, kelle operatsioonijärgsest uuringust selgub, et

oleme saanud täieliku ravivastuse. See annab meile võimaluse teha rohkem rinda säilitavaid lõikuseid. Diagnostiline aparaat on täius- tunud, samas on ikka väga oluline ka radioloogide spetsialiseerumine. Viimasel ajal oleme rohkem teinud ka rindade magnetresonantstomograafilisi uuringuid, eriti rinda säilitavate operatsioonide eel. Seda uuringut ei saa siiski rakendada esmasuuringuna, kuid selle abil leiame pisikesi ja kahtlasi koldeid. Ka kudede histoloogiliste uuringute tase on jõudsalt paranenud ning nii leitakse üles paarimillimeetrisedki vähikolded.

Vähiravi võimalused on viimaste aastatega drastiliselt muutunud. Kui kättesaadavad on need Eesti patsiendile?

Kindlasti on ravi kättesaadavam kui varem. 30 aastat tagasi oli mõnikord saadaval vaid üks keemiaravi prepara- raat, vahel polnud sedagi. Vahepeal tundus, et kõik uued ravimid on ka Eestis olemas, kuid nüüd on viimase 4–5 aastaga taas suur hüpe toimunud ja kallihinnalisi bioloogilise ravi preparaate tulnud igal aastal nii palju juurde.

Haigekassa on püüdnud vastu tulla ja oleme saanud rahastuse HER2 ja HER3 dupleksite moodustamise lokaatorile pertuzumabile, et kasutada seda teatud patsientide rühmal. Euroopa arenenud riikides on lisandunud erinevad CD 4/6 tsükliinist sõltuvad kinaaside blokaatorid, mille Ameerika Ühendriikide Toidu- ja Raviamet ning Euroopa Raviamet on heaks kiitnud. Eestis on taotlused sisse antud, kuid otsust ravi hüvitamise kohta veel pole. Tegu on suukaudsete preparaatidega, mis ette nähtud östrogeeni suhtes positiivsete kasvajavariantide raviks, kuid raske on tõestada, et kompleksravim on üksikravimiga võrreldes kulutõhusam.

Viimastel konverentsidel on palju kirjeldatud bioloogilise ravi erinevaid kombinatsioone ning ravimite hüvitamine pole kõrge hinna tõttu vaid Eesti probleem. Viimasel ABC (*Advanced Breast Cancer*) konverentsil rõhutas prof Fatima Cardoso Portugalist, et kaugelearenenud rinnavähi

patsiente võis varem kutsuda nn vaikijate hääleks, kuid nüüdseks on nende elulemus pikk ning võimalik on saavutada haiguse täielik remissioon. Mul on endal mitmeid patsiente, kelle haigus on raviga täielikult taandunud. Neile on määratud pidev ravi, mis võib kesta kümneid aastaid. Eestis pole nende patsientide häälel väga kuulda, kuid nad võiksid kaasa rääkida nii ravimipoliitikas kui ka nõustamis- võrgustikes.

Haigestumine kasvab nii Eestis kui ka mujal. Kuigi suremus on vähenenud, on viimase kahe aasta jooksul Euroopas rinnavähki surnud kaks miljonit naist. Selle foonil on sõeluuring väga oluline ning imestan, kui selle vajalikkus küsimuse alla seatakse.

Kas rinnavähi ravis on mõni valdkond, kus praegu head ravilahendust ei ole, kuid mida arstina ootaksite?

Kõige kehvem on seis praegu on agres- siivset tüüpi rinnavähiga, millel pole östrogeenretseptorit ega HER2 ning mille vastu aitab vaid keemiaravi. Uusi laiahaardelisi tsütostaatikume pole aga juurde tulnud. Mis puudutab kirurgilist ravi, siis teeme palju nn valvursõlme biopsiaid, mis aitab näiteks ära hoida käeturset. Kiiritusravi puhul püütakse uuringutes tegeleda selle raviviisi lühendamisega.

Rinnavähi sõeluuringu sihtrühm laieneb järgmisest aastast. Mida saaks veel teha, et haigust ennetada või varakult avastada?

Eks räägime sellest teemast küll palju, kuid kindlasti on vaja arstide teadlikkust parandada, et nad naisi aktiivsemalt kontrolli saadaks. Vahel on vaja ka naiste südametunnistu- sele koputada. Perekondlikud teavad n-ö vähiperikondi, aktiivselt käib geenimutatsioonide uurimine, ka nende perekondade naisi võiks kontrollima suunata.

Teine teema on naiste endi tead- likkus. Enam ei saa öelda, et uuringule ei pääse, näiteks Tallinnas on ju lausa kaks rinnakabinetti, kuhu võib tulla saatekirjata.