

POKONAĆ RAKA

PACJENT W CENTRUM UWAGI

Rak jajnika

– najnowsze medyczne doniesienia

Czułość onkologiczna

– ciąża i nowotwór

■ TEMAT SPECJALNY

Leczenie raka nerki

Prof. dr hab. n. med.

Maciej Krzakowski

„Obecnie najczęściej rak nerki jest wykrywany przypadkowo podczas badań tomografii komputerowej lub ultrasonografii jamy brzusznej, które są wykonywane z innego powodu”

czytaj
online

www.dbajozdrowie.info

Dodatek promocyjny pochodzący i przygotowany przez Mediacal Media Solutions

Fot. Archiwum „Świat Lekarza”

PARTNERZY STRATEGICZNI

PARTNERZY MERYTORYCZNI

PARTNERZY MEDIALNI

AstraZeneca

affidea



medonet
Zdrowie w twoich rękach

Kobieta
WIELEPIEJ.PL



IPSEN
Innovation for patient care

Fundacja
SEDEKA
„Zdążyć z Pomocą”

manajicholog

Hospicjum
to też życie
Fundacja
Hospicyjna



WYGRAJMY ZDROWIE

ForumOnkologiczne.pl

Oh!me

HEMATO
ONKOLOGIA.PL

PUOP
Obywatela dla Zdrowia

Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych

KOMENTARZ EKSPERTA



Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Wdrażamy międzynarodowe standardy w opiece onkologicznej

W połowie września 2019 roku dwa kolejne województwa dołączą do pilotażu sieci onkologicznej: podlaskie i pomorskie. W dwóch pierwszych województwach (dolnośląskim i świętokrzyskim) pilotaż trwa już ponad pół roku. W tym czasie nowym modelem opieki onkologicznej objęto ponad 2 tysiące pacjentów.

Od wielu lat epidemiolodzy alarmują, że nadchodzi tzw. onkologiczne tsunami. Nie sposób nie zgodzić się z tym określeniem, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że każdego roku liczba nowych zachorowań w Polsce systematycznie rośnie. W ostatnim roku na nowotwory zachorowało około 170 tys. osób, z czego niemal 100 tys. zmarło. Choroba nowotworowa to nie tylko problem pacjenta, ale również jego najbliższych. Szacuje się, że obecnie w Polsce żyje od 4 do 5 mln osób, które dotyka ten problem.

Onkologia wymaga wsparcia

Żyjemy w czasach, kiedy lekarze mają do dyspozycji coraz doskonalsze metody diagnostyczne i terapeutyczne, coraz lepiej znamy czynniki powodujące choroby nowotworowe, przez co możemy tworzyć skuteczniejsze programy profilaktyczne i zapobiegać powstawaniu nowotworów. Pomimo to, analizy dotyczące dostępności i jakości opieki onkologicznej w Polsce pokazywały, że wyniki leczenia znacznie odbiegają od średniej europejskiej. Negatywnie oceniano jakość wykonywanych badań diagnostycznych i wskazywano na wysoką śmiertelność pacjentów po zabiegach onkologicznych. Niepokojące były krótsze przeżycia naszych pacjentów w porównaniu z pacjentami z innych krajów UE.

Pilotaż sieci onkologicznej

Funkcjonujący od ponad pół roku pilotaż sieci onkologicznej wprowadził model opieki oparty o międzynarodowe standardy. Zakładają one, że pacjent otrzymuje koordynowaną i kompleksową opiekę – czyli obejmującą wszystkie etapy diagnostyki i leczenia, oraz zgodną z aktualną wiedzą medyczną. Pacjent prowadzony jest dosłownie „za rękę” od momentu podejrzenia choroby nowotworowej. To bardzo potrzebna zmiana, ponieważ analiza poprzednich lat wykazała, że pacjenci i ich rodziny czują się zagubieni w systemie i doświadczają niepotrzebnego stresu, który przekłada się na wyniki leczenia. Ponadto leczenie realizowały szpitale bez odpowiedniego doświadczenia i przygotowania, przez co pacjenci mieli mniejsze szanse na wyleczenie i szybszy powrót do zdrowia. Dlatego tak ważne jest skoordynowanie opieki onkologicznej, bo to podejście pozwoli na poprawę wyników leczenia oraz wsparcie osób chorych na nowotwory. Częściowo takie rozwiązania wprowadził w przeszłości pakiet onkologiczny, jednak jego rola kończyła się na etapie diagnostyki. Później bardzo często pacjent był pozostawiony bez wsparcia i musiał sam szukać leczenia. W sieci onkologicznej szpitale współpracują ze sobą i każdy z nich odpowiada za dany fragment specjalistycznej opieki.

Plan optymalnego leczenia

Do pilotażu sieci onkologicznej na Dolnym Śląsku zaangażowanych zostało kilkanaście szpitali. W pierwszym etapie odbyło się wiele szkoleń dla lekarzy, podczas których ustalono zasady współpracy

w ramach opieki nad pacjentem (który szpital odpowiada za dany fragment opieki onkologicznej) oraz opracowano szablony postępowania w diagnostyce, tak aby badania były wykonane zgodnie z międzynarodowymi standardami. Do tej pory pacjenci bardzo często nie mieli wykonywanej pełnej diagnostyki. W tej sytuacji zespół lekarski nie był w stanie zaplanować optymalnego leczenia, ponieważ pacjent nie miał właściwie wykonanej diagnostyki. Taki chory był kierowany na diagnostykę ponownie, co niepotrzebnie oddalało moment rozpoczęcia terapii, a jak wiadomo czas odgrywa bardzo istotną rolę w onkologii. Stosowanie szablonów ma wyeliminować takie sytuacje. Ponadto, sieć onkologiczna wprowadza sztywne kryteria – kto ma odpowiedni zespół lekarzy i sprzęt niezbędny do leczenia, a kto nie. To ważne, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. Wiele analiz wskazywało, że w przypadku chirurgii onkologicznej brak odpowiedniego doświadczenia szpitala wpływa na wyższą śmiertelność pooperacyjną. I odwrotnie – im więcej w danym szpitalu wykonuje się zabiegów rocznie, tym zwiększa się skuteczność i bezpieczeństwo tych zabiegów. Szpital, który ma mniejsze doświadczenie może w ramach sieci konsultować poszczególnych pacjentów z bardziej wyspecjalizowanymi szpitalami, stworzono łatwe kanały komunikacji między lekarzami. Chodzi przede wszystkim o to, aby pacjenci – niezależnie od miejsca zamieszkania – mieli dostęp do najnowocześniejszego leczenia, opartego o aktualne wytyczne.

Wyniki leczenia będą jawne

Kolejnym ważnym elementem sieci onkologicznej jest monitorowanie pracy każdego szpitala. Lekarze raportują, jak przebiega opieka nad pacjentem, jakie wykonali badania i procedury medyczne. Dane o wynikach leczenia będą jawne, każdy kto zachoruje na nowotwór będzie mógł sprawdzić, czy dany szpital osiąga dobre wyniki. Doświadczenia pacjentów wskazują, że niedoinformowanie jest jednym z głównych powodów braku poczucia bezpieczeństwa i komfortu. Pierwsze wyniki pilotażu pokazują, że rośnie liczba przeprowadzonych konsyliów. Wcześniej nie zawsze pacjenci mogli liczyć na to, że ich leczenie zostanie zaplanowane przez multidyscyplinarny zespół. Odnotowujemy również wzrost kompletnie przeprowadzonej diagnostyki wstępnej i pogłębionej, zgodnie z opracowanymi szablonami. W szczególności rośnie odsetek pacjentów, którym prawidłowo wykonano badanie histopatologiczne, które jest podstawą do opracowania planu leczenia. Dostrzegamy również błędy, które się pojawiają np. w przypadku raka gruczołu krokowego, kiedy pacjenci kierowani są często do zabiegów bez kompletnej diagnostyki. Dzięki danym z pilotażu widzimy w czasie rzeczywistym, że możemy bardzo szybko reagować na takie sytuacje i je poprawiać. A na tym najbardziej nam zależy. ■

POMÓŻ REALIZOWAĆ CELE POŻYTKU PUBLICZNEGO

PODARUJ **1%** PODATKU
KRS 0000338389

Fundacja Sedeka wspiera osoby chore, z niepełnosprawnościami,
zagrożone wykluczeniem społecznym.

Zrzesza 1800 Grup OPP (Organizacji Pożytku Publicznego)
w tym około 600 działających na rzecz osób
z chorobami nowotworowymi.

Refunduje koszty leczenia (m.in. terapii
pomocniczych, wspomagających) i rehabilitacji.

**ZALÓŻ GRUPĘ OPP,
POMAGAJ SOBIE I INNYM!**

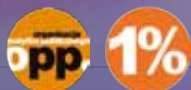
WWW.SEDEKA.PL

Przez cały rok można przekazywać darowizny na konto:
93 2490 0005 0000 4600 7287 1845

Uwaga! Jeżeli to Urząd Skarbowy rozlicza Twój PIT, możesz przekazać
1% logując się do Portalu Podatkowego Ministerstwa Finansów.

Fundacja
SEDEKA
„Zdać z Pomocą”

fot. Karina Iwanek



Zatrzymać raka jajnika



Rak jajnika, to choroba, która nie ma określonej symptomatologii, a jej objawy są dosyć niespecyficzne i pojawiają się bardzo późno, kiedy zazwyczaj nowotwór jest już w zaawansowanym stadium. Sytuacja ta wymusza więc potrzebę ciągłego postępu i doskonalenia procesu leczenia tego nowotworu.



Prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz

Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej

Jajnik to jeden z bardziej złożonych narządów w kobiecym organizmie, czy dlatego gdy pojawia się w nim nowotwór jest on tak trudny do zdiagnozowania?

Głównym powodem trudności w diagnostyce raka jajnika jest fakt, że jest on dość drobnym narządem, położonym swobodnie w obrębie jamy otrzewnej, w sąsiedztwie jelit, macicy, pęcherza moczowego i innych narządów, w jednej wspólnej przestrzeni razem ze śledzioną, żołądkiem i wątrobą. Komórki, które ulegają nowotworzeniu, czyli przekształcają się w nowotwór, znajdują się na powierzchni jajnika, dlatego bardzo często natychmiast odrywają się od niego i swobodnie rozprzestrzeniają w obrębie całej jamy otrzewnej. Badania obrazowe takie jak USG, tomografia, czy zwykłe badanie ginekologiczne najczęściej nie są w stanie rozpoznać wczesnej postaci choroby nowotworowej, przed rozprzestrzenieniem się jej na inne narządy.

Jak wygląda proces odpowiedniego postępowania terapeutycznego u chorej ze zdiagnozowanym rakiem jajnika?

Przede wszystkim należy podkreślić, że na początku wybór danego schematu leczenia powinny determinować kryteria określenia stopnia zaawansowania nowotworu, typu histologicznego oraz molekularnego nowotworu. Kolejno cały proces konsultowania odpowiedniej metody leczenia wymaga przede wszystkim profesjonalnej wiedzy, wielospecjalistycznego konsylium i szeregu umiejętności, w tym także chirurgicznych, które pozwalają opanować chorobę nawet na późnym etapie jej rozwoju.

W pierwszej fazie takiej diagnozy najbardziej optymalną terapią dla pacjentki jest chirurgiczne usunięcie całego nowotworu z jamy brzusznej i niepozostawienie jego resztek. Pozwala to zazwyczaj uzyskać dobre, wieloletnie wyniki przeżycia, choć pamiętajmy, że nie zawsze oznacza, iż choroba już nie wróci. Korzyści działań chirurgicznych w pierwszej linii leczenia raka jajnika mają wpływ na kolejne etapy postępowania.

Następnym etapem leczenia, do jakiego prawie zawsze kwalifikowana jest pacjentka z zaawansowanym nowotworem jajnika jest chemioterapia, która ma na celu zniszczenie pozostałych resztek choroby lub skuteczne jej zmniejszenie, co może ułatwić operację w późniejszym etapie.

Podsumowując, w tym momencie możemy więc powiedzieć, że leczenie polega na operacji z następową chemioterapią, bądź chemioterapii z następową operacją.

Co natomiast z sytuacją pacjentek, u których określono m.in. typ histologiczny nowotworu i potwierdzono obecność mutacji BRCA1/2?

W onkologii wiemy już o tym, że pacjentki z potwierdzoną obecnością mutacji w genach *BRCA1* lub *BRCA2* rokują lepiej. Dodatkowo u tych chorych mogą być stosowane inne metody leczenia systemowego, a mianowicie leczenie ukierunkowane molekularnie w postaci tzw. inhibitorów PARP. Nie zmienia to jednak faktu, że nadal u tych pacjentek ważny jest zabieg operacyjny, który powinien być przeprowadzony bardzo dokładnie i skutecznie, o ile to oczywiście możliwe. Są doniesienia, że skuteczność zabiegu chirurgicznego w przypadku chorych z mutacją *BRCA1* lub *BRCA2* ma nieco mniejsze znaczenie, niż w przypadku chorych bez mutacji, jednak nadal pozostaje on standardem leczenia.

Bardzo dobrą informacją dla tych chorych jest fakt, że potwierdzono skuteczność inhibitorów PARP w leczeniu podtrzymującym remisję choroby. Jeśli u pacjentki po operacji i następnej chemioterapii choroba się zmniejsza albo wręcz znika, co na szczęście zdarza się często, stosowanie terapii podtrzymującej opartej o inhibitory PARP pozwala znacznie wydłużyć czas przeżycia wolny od progresji choroby.

Dodatkowo ta terapia, jest dla pacjentek mniej kłopotliwa i uciążliwa niż chemioterapia, ponieważ polega na przyjmowaniu tabletek

w warunkach domowych, dając chorym szansę na przedłużenie czasu do nawrotu choroby i normalne życie. Jako lekarze wierzymy, że kolejne badania potwierdzą wpływ tych leków także na całkowite przeżycie chorych.

Obecnym standardem leczenia u chorych z potwierdzoną obecnością mutacji w genach *BRCA1* lub *BRCA2* jest stosowanie terapii podtrzymującej inhibitorami PARP, po remisi w trakcie leczenia pierwszego rzutu choroby oraz po remisi leczenia nawrotu choroby.

Ostatnie medyczne doniesienia rozszerzają zakres ich zastosowania, jak zatem przedstawia się ich pozycja na wcześniejszych etapach leczenia, jakie dają realne szanse pacjentkom?

Musimy pamiętać, że mutacje *BRCA1* i *BRCA2*, to nie tylko mutacje wrodzone (dziedziczne), predysponujące do zachorowania na raka jajnika, ale także mutacje samego nowotworu tzw. mutacje somatyczne. Do tej pory w przypadku raka jajnika ten mechanizm był wykorzystywany tylko podczas nawrotu choroby w dalszych liniach leczenia. Wtedy po uzyskaniu remisji choroby, podawano inhibitor PARP, dzięki czemu uzyskiwano znamienne dłuższy czas do kolejnej progresji i do kolejnej chemioterapii niż w przypadku chorych, u których takiej terapii nie stosowano.

Przeprowadzono jednak badanie SOLO1, które udowodniło, że zastosowanie inhibitora PARP, po chemioterapii pierwszego rzutu, daje jeszcze lepsze wyniki, w zakresie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby.

Jakie to daje realne szanse tym pacjentkom?

Pacjentki, które stosują inhibitory PARP po chemioterapii pierwszego rzutu mają niemal 3-krotnie dłuższy czas do progresji choroby niż te chore, które leczenie podtrzymującego nie stosują w ogóle. Ta terapia nie jest jeszcze refundowana w naszym kraju, ale trzeba podkreślić, że stworzenie odpowiedniego programu lekowego jest dla pacjentek niezwykle ważne, gdyż w Polsce nawet 25% pacjentek, które chorują na raka jajnika ma mutacje *BRCA1/2*, wrodzoną bądź nabytą i już w pierwszej linii leczenia mogłyby otrzymywać lek, który drastycznie zwiększy ich szanse na długoletnie przeżycie. ■



Dr hab. n. med. Radosław Mądry

Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Panie Doktorze ostatnio dużo mówi się o kroku naprzód w leczeniu chorych na raka jajnika, czego on dotyczy?

Wpłynęło na to badanie kliniczne SOLO1, którego wyniki zostały ogłoszone na kongresie ESMO (European Society for Medical Oncology) w 2018 roku i jednocześnie opublikowane w New England Journal of Medicine. Na jego podstawie dostarczono dowodów klinicznych na temat skuteczności leczenia lekiem z grupy inhibitorów PARP w określonej grupie pacjentek, nowo zdiagnozowanych z zaawansowanym rakiem jajnika, które mają mutacje w genach *BRCA1* lub *BRCA2*. Okazało się, że dzięki wprowadzeniu tej terapii do pierwszej linii leczenia pacjentki odnoszą znaczną korzyść w wydłużeniu czasu do progresji. Na podstawie ponad czteroletniej obserwacji wiemy, że u zdecydowanie mniej chorych rozwija się wznowa nowotworu.

Postęp w tej wyselekcjonowanej grupie pacjentek jest największym krokiem naprzód od wielu lat. Można wręcz pokusić się o stwierdzenie, że wpłynie on na zmiany standardu opieki kobiet z zaawansowanym rakiem jajnika z mutacją *BRCA*.

Jest to bardzo ważne, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że u tych pacjentek u około 70 proc. dochodzi do nawrotu raka w ciągu trzech lat.

Amerykanie mówią o raku jajnika, że ten nowotwór to „choroba ¾”, co oznacza, że taki odsetek chorych rozpoznawanych jest w zaawansowanym stopniu choroby, odpowiada na leczenie i mniej więcej tyle samo pacjentek narażonych jest na wznowę choroby. Przy czym, niestety trzeba podkreślić, że jeśli dochodzi do nawrotu raka jajnika, to wówczas nie możemy mówić już o perspektywie wyleczenia, ale robimy wszystko by uzyskać status choroby przewlekłej i wydłużyć choremu życie.

Dlatego wciąż potrzebujemy nowych metod leczenia, które sprostają już na tych początkowych etapach niezwykle wymagającym kryteriom rozwoju tego nowotworu.

Stale podkreśla się, jak ważne jest wykrycie mutacji w genach BRCA1 lub BRCA2 u kobiet chorych na raka jajnika, gdyż wpływa nie tylko na wybór optymalnego dla nich schematu leczenia, ale również na inne kwestie, jakie?

Rzeczywiście konieczność badania wszystkich pacjentek pod kątem nosicielstwa mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2* ma swoje wielorakie uzasadnienie. Po pierwsze, dzięki diagnostyce molekularnej już na etapie chirurgii identyfikujemy chore, u których wystąpiła ta

mutacja i dzięki temu dopasowujemy je do odpowiedniego schematu leczenia. Przekłada się to zarówno na obecnie obowiązujący program leczenia, jako kryterium zastosowania inhibitorów PARP w kolejnych liniach. Ale przede wszystkim, na co mamy dużą nadzieję, przełoży się także na szybkie wdrożenie również w naszym kraju wyników badania SOLO1, poprzez udostępnienie refundowanego leczenia już w I linii. Da to wielu pacjentkom realne szanse na wydłużenie mediany przeżycia. Trzeba zaznaczyć, że to leczenie w I linii jest zarejestrowane w naszym kraju tak jak w całej Unii Europejskiej, jednak terapia jest nierefundowana a bardzo kosztowna. Obecnie sam prowadzę pacjentkę, która poprzez zbiórkę charytatywną zebrała odpowiednie środki i finansuje sobie tę terapię.

Po drugie, musimy pamiętać, że w przypadku raka jajnika obecność mutacji w genach *BRCA1* lub *BRCA2* u chorej na raka jajnika wpływa też na diagnostykę członków jej rodziny. Jest to sygnał do podniesienia czujności onkologicznej. Wówczas istotnym nadzorem i postępowaniem terapeutycznym obejmujemy rodzinę pacjentki.

Po trzecie, wiedza na temat mutacji jest niezwykle ważna, gdyż tzw. nowotwory BRCA-zależne, dotyczą nie tylko raka jajnika, ale również raka piersi, a grupa ta stale jest aktualizowana. Kiedyś uważano, że mutację powinno badać się przede wszystkim na podstawie wywiadu z rodowodu pacjentki. Dziś wiemy już jednak, że niestety w 50% przypadków nosicielstwa mutacji nie ma obciążonego wywiadu rodzinnego. Mutacja może być też przekazywana przez mężczyzn i w kolejnych pokoleniach staje się to niezauważalne. ■



Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej

Kompleksowość obejmuje – przede wszystkim – współdziałanie specjalistów w zakresie urologii i onkologii



Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Pewne leki, które są w tej chwili zalecane w wytycznych ESMO 2019, w Polsce nadal nie są refundowane



Dr n. med. Piotr Tomczak

Klinika Onkologii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Należy pamiętać, że największą korzyść przynosi leczenie na pierwszym etapie



Marcin Włodarczyk

Stowarzyszenie Gladiators, w wieku 48 lat wykryto u niego raka nerki

Dziś wiem, jak istotną rolę w całym procesie mojego leczenia odegrała profilaktyka i wczesna diagnostyka

Potrzeba kolejnych kroków naprzód w leczeniu raka nerki

Dzięki decyzji Ministerstwa Zdrowia, w maju 2018 roku pojawiły się szanse stosowania u polskich pacjentów z rakiem nerki leków nowej generacji. Jednak terapia tego nowotworu stale się rozwija i już na początku bieżącego roku standardy leczenia systemowego na całym świecie uległy zasadniczym zmianom, które polegają, przede wszystkim, na wprowadzeniu leków immunologicznie kompetentnych, ale także nowych leków z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych już w pierwszej linii leczenia. W naszym kraju obecnie czekamy na dostosowanie programu leczenia raka nerki do międzynarodowych wytycznych oraz na dopuszczenie kolejnych linii leczenia dla pacjentów.

Rak nerki stanowi na świecie od 3-5% wszystkich nowotworów stwierdzanych u osób dorosłych. Choroba ta występuje dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.¹ W Polsce rozpoznawany jest u prawie 5000 osób rocznie – a szacuje się, że zachorowalność na niego stale rośnie. Czynniki ryzyka zachorowania na ten nowotwór nie są dobrze ustalone, aczkolwiek znane jest zjawisko częstszego występowania u osób palących i otyłych (słabiej udowodnione jest przyczynowe działanie długotrwale stosowanych leków moczopędnych w przebiegu nadciśnienia tętniczego lub niektórych leków przeciwbólowych), a pod uwagę brane są również czynniki genetyczne. Rak nerki rozpoznawany jest najczęściej u osób powyżej 60. roku życia. Wskaźnik przeżycia 5-letniego jest około 10% niższy od średniej europejskiej (45% wobec 55%). Niekorzystne rokowanie, obserwowane na świecie i w Polsce, jest związane między innymi z faktem częstego wykrywania raka nerki w stadium pierwotnego uogólnienia lub znacznego zaawansowania miejscowego (w Polsce odpowiednio około 20% i prawie 30% chorych).²

Trudne wczesne wykrycie

Chorobę można rozpoznać na wczesnym etapie, ale dzieje się to zwykle przypadkowo, niejako przy okazji diagnozowania innych dolegliwości.

– *Istotne w rozpoznawaniu raka nerki jest wczesne wykrycie w stadium umożliwiającym zastosowanie radykalnego leczenia. W przeszłości raka nerki rozpoznawano na podstawie wystąpienia triady objawów (ból i wyczuwalny guz w okolicy lędźwiowej oraz krwiomocz). Obecnie najczęściej (50-80% wszystkich przypadków) rak nerki jest wykrywany przypadkowo podczas badań tomografii komputerowej lub ultrasonografii jamy brzusznej, które są wykonywane z innego powodu – wskazuje prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej.*

Wczesne wykonanie badania ultrasonograficznego u osób z podejrzeniem chorób w jamie brzusznej może poprawić wyniki, przez zmniejszenie zbyt dużego odsetka chorych z zaawansowanymi miejscowo zmianami lub pierwotnie obecnymi przerzutami raka nerki. Dlatego eksperci stale podkreślają rolę potrzeby rozpowszechnienia badania ultrasonograficznego.

– *Uświadamianie, że wykonywanie badania nieinwazyjnego i stosunkowo łatwo dostępnego, jakim jest ultrasonografia jamy brzusznej (USG), raz na rok bądź dwa lata, jest kluczowe dla zdrowia i życia pacjentów. Po pierwsze, pozwala wcześniej wykryć niepokojące zmiany w nerce, a po drugie, rozpocząć pogłębioną diagnostykę i wyleczyć jak największą liczbę chorych – tłumaczy prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.*

Niestety rak nerki nazywany jest podstępny m zabójcą, gdyż w początkowym okresie nie daje żadnych niepokojących sygnałów. Objawy takie jak: krwiomocz, osłabienie, chudnięcie, gorączka lub niedokrwistość najczęściej towarzyszą już zaawansowanemu nowotworowi. Kiedy pan Marcin Włodarczyk, w wieku 48 lat, podczas profilaktycznych badań prostaty usłyszał diagnozę: „Zmiana ogniskowa znajdująca się w centralnej części lewej nerki, zajmująca obszar około 3 cm², w pierwszym momencie nie mógł w nią uwierzyć.

– *W moim przekonaniu organizm funkcjonował prawidłowo. Nie odczuwałem żadnych symptomów choroby. Jednak natychmiast poprosiłem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) o przygotowanie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Z tym dokumentem zapisałem się na tomografię i umówiłem do urologa na konsultację, mimo wszystko do końca nie wierzyłem w ten nowotwór. Dziś wiem, jak istotną rolę w całym procesie mojego leczenia odegrała profilaktyka i wczesna diagnostyka – dodaje pacjent.*

Diagnoza i co dalej?

W momencie potwierdzenia rozpoznania raka nerki sposób leczenia zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby oraz od stanu ogólnego chorego. Największe znaczenie dla wyników leczenia ma wykrycie nowotworu we wczesnym stadium, co szczególnie wpływa na możliwość radykalnego leczenia chirurgicznego. Ponad 60% guzów nerki ograniczonych jest jedynie do tego narządu, wówczas nowotwór wystarczy usunąć, nierzadko nawet z zachowaniem nerki.

– *Podstawową metodą w leczeniu chorych na wczesnego raka nerki jest prawidłowe postępowanie chirurgiczne. W zależności od sytuacji wykonywane jest usunięcie całej nerki (radykalna nefrektomia) lub wycięcie oszczędzające (usunięcie guza z marginesem) – wyjaśnia prof. Maciej Krzakowski.*

Usunięcie guza z marginesem określa się mianem leczenia oszczędzającego i jego rola nie sprowadza się wyłącznie do pierwszej opcji leczenia, ale eksperci podkreślają, że swoje zastosowanie ma również w bardziej zaawansowanych stadiach. Zaznaczają, że zaoszczędzenie jak największej części zdrowego mięszu nerkowego przekłada się na wydłużenie przeżycia i efektywność dalszego leczenia. Czasami jednak usunięcie całej nerki jest wręcz wskazane, dzieje się tak przy dużych guzach, w przypadku których jest pewność, że nie uda się jej uratować.

– *Usunięcie narządu wraz z guzem sprawiło, że choć nie mam obecnie jednej nerki, to otrzymałem szansę normalnego życia. Choroba wymaga jednak bym stale pozostawał pod kontrolą zespołu specjalistów, w tym lekarza POZ i na bieżąco sprawdzał stan swojego zdrowia, parametry i wykonywał badania radiologiczne – dodaje Marcin Włodarczyk.*

Niestety rak nerki nazywany jest podstępny m zabójcą, gdyż w początkowym okresie nie daje żadnych niepokojących sygnałów

Rak nerki jest szczególną chorobą wymagającą ciągłej czujności onkologicznej, gdyż nawroty mogą wrócić, nawet po wielu latach od usunięcia nerki (5, 10, nawet 15 lat po nefrektomii) i może dojść do uogólnienia nowotworu. Dlatego możliwość prowadzenia kompleksowej diagnostyki i obserwacji po leczeniu pierwotnym ma ogromne znaczenie, przede wszystkim ułatwia wczesne wykrycie nawrotu choroby, a następnie pozwala na szybkie rozpoczęcie właściwego leczenia.

– *W tym miejscu pojęcie kompleksowości obejmuje – przede wszystkim – współdziałanie specjalistów w zakresie urologii i onkologii – dodaj prof. Krzakowski.*

Sytuacja pacjenta z rozsiewem choroby

Na ścisły związek leczenia z jego rokowaniem najbardziej wpływa stadium rozpoznania nowotworu. Z tego względu raki dzielimy na wczesne i zaawansowane miejscowo oraz uogólnione, związane z przerzutami. Istnieje też szereg innych czynników, mających wpływ na rokowanie (np. niektóre wskaźniki laboratoryjne i typ histologiczny nowotworu), które wykorzystywane są w założeniach prognostycznych.

– *Zaawansowanie raka nerki jest określane z wykorzystaniem klasyfikacji TNM i na podstawie oceny wielkości i innych cech guza nerki (cecha T – tumour), stanu regionalnych węzłów chłonnych (cecha N – nodes) i obecności przerzutów w narządach odległych (cecha M – metastases) – doprecyzowuje prof. Krzakowski.*

Eksperti podkreślają jednogłośnie, że rozpoczynając leczenie pacjenta z przerzutowym rakiem nerki, bardzo ważne jest przygotowanie planu na przyszłość i kolejne etapy terapeutyczne. W momencie, kiedy zostaje określony stopień zaawansowania choroby, należy już na samym początku strategii ustalić, czy istnieje możliwość by pacjenta obserwować, czy należy zastosować leczenie miejscowe przy pomocy chirurgii bądź radioterapii, czy jednak ze względu na dynamikę, zakres choroby i objawy współistniejące nie rozważyć włączenia leczenia systemowego. Pamiętajmy przy tym, że kolejno leczenie farmakologiczne musi uzupełniać szereg następnych parametrów i kryteriów chorobowych, tak by wybrać optymalną ścieżkę postępowania dla danego pacjenta. – *W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z chorobą uogólnioną, rozprzestrzoną po organizmie, to nadal istnieje ograniczona możliwość leczenia miejscowego – zastosowania chirurgii lub radioterapii. Jeśli indywidualny stan pacjenta wymaga ingerencji farmakologicznej, to wówczas włączamy terapię o charakterze ciągłym, stosowane tak długo jak długo pozwalają na kontrolę choroby. Najczęściej w takich stadiach choroby, pacjentem opiekuje się już onkolog kliniczny – dodaje jeszcze prof. Piotr Wysocki.*

W ostatnich latach obserwujemy znaczny postęp w zakresie terapii farmakologicznych, dedykowanych pacjentom z rozsiewem choroby. Stale prowadzone są też badania nad kolejnymi mechanizmami ich działania oraz udoskonalenia istniejących terapii. W przypadku raka nerki nie stosuje się zwykle chemioterapii klasycznej, gdyż jest ona nieskuteczna. Na pomoc przychodzi więc terapia celowana, a wśród niej inhibitory kinaz tyrozynowych oraz immunoterapia. Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej wyjaśnia, że leki z grupy inhibitorów wielokinazowych o działaniu anty-angiogennym, to leki o działaniu hamującym tworzenie się nowych naczyń nowotworu, które mają znaczenie w progresji raka nerki. Wprowadzona niedawno immunoterapia, za

Diagnoza raka nerki to trudne doświadczenie. Pamiętaj jednak, że po rozpoznaniu przychodzi czas na podjęcie leczenia. Dlatego decyzja o świadomej kontroli i aktywnej walce z chorobą jest bardzo ważna. Twoja wiedza ma tu również znaczenie, dlatego masz prawo do: pytań, kontroli i monitoringu swojej choroby.

pomocą inhibitorów tzw. punktów kontrolnych reakcji immunologicznej, uruchamia działanie mechanizmów odporności w celu eliminowania komórek nowotworowych. Kluczowe jest zastosowanie odpowiedniego leku w poszczególnych sytuacjach klinicznych. W tym procesie ważne staje się również uwzględnienie tzw. czynników rokowniczych, dzielących pacjentów na grupy o korzystnych, pośrednich bądź niekorzystnych prognozach. – *W chwili wykrycia nowotworu 1/3 chorych ma przerzuty, które pojawiają się również u połowy chorych po wykonaniu nefrektomii w stadium choroby ograniczonej, czyli bez przerzutów. Łącznie więc około 2/3 chorych z rakiem nerki wymaga leczenia systemowego, obejmującego leki ukierunkowane molekularnie lub również immunoterapię. Szacuje się, że do drugiej linii leczenia kwalifikuje się około 50-60% chorych, u których stwierdzono progresję w pierwszym etapie leczenia. Do trzeciej linii, w naszym kraju niedostępnej, przechodzi mniej więcej połowa pacjentów z drugiej linii, czyli około 1/4 z tych, którzy w ogóle rozpoczęli leczenie – wyjaśnia dr n. med. Piotr Tomczak z Kliniki Onkologii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.*

Potrzeba szerokiego dostępu do skutecznych terapii

W Polsce zagadnieniem oczekującym na pozytywne rozstrzygnięcie pozostaje nadal kwestia dostępu pacjentów do terapii w różnych liniach leczenia. Obecne programy lekowe stosowane są według ściśle określonych kryteriów, dlatego ważne jest by uwzględniły one również szeroki wachlarz leków, indywidualnie dopasowanych do chorego. Jest to niezwykle istotne w kontekście terapii farmakologicznej postaci przerzutowej raka nerki - sekwencyjności i indywidualizacji leczenia mają tu kluczowe znaczenie. Najlepszym drogowskazem do kierunku oczekiwanych zmian są właśnie międzynarodowe wytyczne ESMO 2019³, które bazują na elastyczności terapii, dopasowanej do raka i indywidualnej sytuacji pacjenta.

– *Te różnice widoczne są w wielu miejscach. Po pierwsze, polskie ograniczenia refundacyjne definiują tylko dwie linie leczenia (a więc w naszych warunkach mamy wyłącznie I i II linię), czyli tak naprawdę skracane są nam możliwości dalszego planowania i de facto nie możemy leczyć pacjentów wieloetapowo - co dopuszczają wytyczne międzynarodowe i standardy refundacyjne innych krajów. Po drugie, pewne leki, które są w tej chwili zalecane w wytycznych ESMO 2019, w Polsce nadal nie są refundowane, a to dotyczy szczególnie strategii leczenia na wczesnych etapach, czyli w I linii leczenia raka nerki – precyzuje prof. Wysocki.*

Wspominane międzynarodowe wytyczne, uwzględniając przede wszystkim postęp medycyny, możliwości stosowania różnych schematów leczenia wraz z różnymi klinicznymi efektami terapeutycznymi, kładą nacisk na zindywidualizowaną strategię leczenia raka, opartą o sekwencję wybranych leków i indywidualny profil pacjenta, tak by maksymalnie i optymalnie wykorzystać skuteczność dostępnych opcji terapeutycznych. Dlatego również w Polsce chcąc zapewnić chorym z rakiem nerki możliwość najlepszego leczenia, należy rozważyć modyfikację istniejącego programu lekowego.

– *Przy postępie związanym z coraz większą liczbą leków dla chorych z rakiem nerki należy pamiętać, że największą korzyść przynosi leczenie na pierwszym etapie. Jego skuteczność w pierwszej linii jest przynajmniej dwukrotnie większa niż w następnej i wielokrotnie dłuższa w porównaniu z dalszymi liniami. Uważa się, że przede wszystkim ten etap terapii determinuje dalsze losy chorego i ma zasadniczy wpływ na cały przebieg leczenia. Stąd tak ważne, by właśnie na początku choroby mógł otrzymać najbardziej skuteczne leczenie, które może przynieść długotrwłą poprawę stanu zdrowia. Jednocześnie pamiętajmy, że nie wszyscy pacjenci otrzymują dalsze leczenie, co związane jest z pogorszeniem stanu zdrowia w wyniku progresji choroby – obrazuje sytuację dr Tomczak.*

W podsumowaniu eksperci punktuja, że możliwości leczenia sekwencyjnego są ograniczone zapisami programu lekowego. Istotą leczenia jest zapewnienie uzyskania wieloletniego przeżycia i odpowiedniej jakości życia pacjentów (zaawansowany rak nerki jest wówczas chorobą przewlekłą). Wyjaśniają przy tym, że w raku nerki dwie najnowsze grupy leków stosowane w leczeniu tj. nowa generacja inhibitorów kinaz tyrozynowych oraz immunoterapia mają równoległą rację bytu w tym obszarze terapeutycznym. Powinna istnieć możliwość ich stosowania jeden po drugim, modyfikacji dawek czy też ewentualnej szansy na powrót do poprzednio zastosowanej terapii.

Z drugiej strony, ważne by polscy pacjenci mogli również korzystać z osiągnięć nowych leków z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych oraz immunoterapii już w pierwszej linii leczenia. Kolejnym bardzo istotnym tematem, jest opieka nad grupą chorych na raka nerki o niekorzystnym rokowaniu, w przypadku których gwarancja dostępu do nowych terapii otwiera następne możliwości leczenia zaawansowanego nowotworu.

– *Do tego jednocześnie dużym wyzwaniem pozostaje brak refundacji leczenia systemowego dla chorych, którym nie wykonano nefrektomii oraz niejasnokomórkowym rakiem nerki. W dalszym etapie warto pomyśleć też o wprowadzeniu przerw w leczeniu w określonych sytuacjach z możliwością powrotu do terapii w przypadku progresji oraz wprowadzenie refundacji trzeciej linii leczenia – potwierdza dr Tomczak.*

Powiew optymizmu

Dzięki rozpowszechnieniu badania ultrasonograficznego w diagnostyce rośnie wykrywalność raka nerki na wczesnym etapie. Profesor Wysocki zaznacza, że wyraźnie wpływa to na zmniejszenie odsetka pacjentów, u których doszło do rozwoju zaawansowanego stadium i których jesteśmy w stanie wyleczyć.

Na odsetki przeżyć i wydłużenie życia chorych z zaawansowanym rakiem ogromny wpływ ma również zastosowanie nowoczesnych terapii. Dziś w leczeniu raka nerki możemy już potwierdzić, iż dają one duże szanse w terapii tego trudnego w leczeniu nowotworu i przybliżają nas do sytuacji zakwalifikowania raka nerki jako choroby przewlekłej. Dlatego eksperci i pacjenci podkreślają jednogłośnie, że tylko wspólne działania, oparte na propagowaniu wczesnej profilaktyki oraz dostępie do szerokiego i elastycznego wachlarza różnicowanych opcji terapeutycznych, mogą znacząco wpłynąć na pozytywną zmianę statusu tej choroby.

– *Wśród nas pacjentów powinna istnieć świadomość na temat ogromnej roli wczesnego reagowania na niepokojące objawy i wykonywania odpowiednich badań. Nie może ona jednak obejść się bez wsparcia w postaci dostępu do nowoczesnego leczenia. Zwiększenie możliwości terapeutycznych i elastyczne dostosowanie leków do choroby pacjenta zwyczajnie wpływa na nasze życie – podsumowuje pacjent. ■*

ŹRÓDŁO: Tekst powstał na podstawie rozmów z ekspertami i pacjentem. Jeśli potrzebujesz wsparcia i masz więcej pytań możesz zgłosić się do Stowarzyszenia Gladiators, które prowadzi szeroką pojętą edukację.

PRZYPISY: ¹B. Escudier, C.Porta, M. Schmidinger, N.Rioux-Leclercq, A. Bex, V. Khoo, V. Gruenwald, S. Gillissen and A. Horwich, Annals of Oncology (2019); 30: 706-720; ²Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie onkologia.org.pl/raporty/; ³B. Escudier, C.Porta, M. Schmidinger, N.Rioux-Leclercq, A. Bex, V. Khoo, V. Grünwald, S. Gillissen, A. Horwich; ESMO Guidelines Committee; Published 21 February 2019.



Rak prostaty – *diagnostyka* i leczenie



Dr n. med. Hubert Urbańczyk

Dyrektor Medyczny Międzynarodowego Centrum
Onkoterapii Affidea w Wałbrzychu

Rak prostaty, jest obecnie drugim, po raku płuca, najczęściej występującym nowotworem w Polsce. Każdego roku rozpoznaje się go u 15 000 mężczyzn, z których około 5 000 umiera. Największy czynnik ryzyka stanowi wiek – ponad 75% zachorowań przypada na grupę osób po 65. roku życia. Temat raka prostaty wciąż stanowi tabu, choć wraz ze wzrostem średniej długości życia Polaków, wrasta też zachorowalność na ten nowotwór. W ostatnich 30 latach - siedmiokrotnie.

Diagnostyka raka prostaty

U pacjentów, u których podejrzewamy raka prostaty, stosunkowo łatwo go wykryć. Podstawowym badaniem pomagającym w diagnostyce jest oznaczenie stężenia PSA we krwi. Jak zawsze w przypadku chorób onkologicznych, ważny jest czas postawienia diagnozy. Rutynowe badania określające poziom PSA z reguły pozwalają wykryć nowotwór we wczesnym jego stadium, a tym samym zwiększyć szanse na wyleczenie. Stąd tak istotne jest, aby pamiętać o profilaktyce.

Wybór metody leczenia

Współczesna medycyna pozwala nam na zastosowanie dwóch metod leczenia: operacyjnej i radioterapii. Pod kątem tzw. wyleczenia miejscowego, czyli wyleczenia nowotworu tylko w danym narządzie i jego okolicach, obie metody są równoważne. Upraszczając, niezależnie od tego, jaka metoda leczenia została przyjęta, wyleczenie miejscowe udaje się uzyskać u ponad 95% chorych. Nadal jednak u pacjenta mogą wystąpić przerzuty odległe. Aby zminimalizować ryzyko ich pojawienia się, łączy się leczenie miejscowe z hormonoterapią.

Postępowanie przy radioterapii i leczeniu chirurgicznym

Przeciwwskazania do radioterapii, wynikające z wieku lub innych chorób, są mniejsze niż w przypadku leczenia operacyjnego. Radioterapia bywa też lepszym rozwiązaniem u pacjentów z tzw. grupy wysokiego ryzyka, wymagających hormonoterapii. Hormonoterapia nasila bowiem powikłania pooperacyjne. Dlatego też, u chorych z „wysokim ryzykiem”, zaleca się rezygnację z leczenia chirurgicznego.

Leczenie radioterapią jest także wymagane u mężczyzn objętych już leczeniem chirurgicznym, u których wyniki histopatologiczne wskazały na stopień zaawansowania choroby T3. Niestety, radioterapia pooperacyjna jest dla chorego trudniejsza i w większym stopniu zagrożona negatywnymi skutkami ubocznymi.

Mając to wszystko na uwadze można przyjąć uogólnione zalecenia co do wyboru metody leczenia – w grupie wysokiego ryzyka radioterapia z hormonoterapią, w grupie pośredniego i niskiego ryzyka radioterapia lub operacja.

Przebieg radioterapii w raku prostaty

Przygotowanie do radioterapii zajmuje od kilku dni do dwóch tygodni. Leczenie zawsze powinno być prowadzone w warunkach terapii kierowanej obrazowaniem (IGRT), co w przypadku raka prostaty można przeprowadzić przy zastosowaniu złotych markerów, umieszczanych w prostacie lub tomografu komputerowego sprzężonego z akceleratorem (CBCT). Przy korzystaniu z CBCT, na którym prostata jest dobrze widoczna, markery ułatwiają pracę zespołu terapeutycznego, nie są jednak bezwzględnie konieczne.

W przypadku leczenia raka prostaty mamy możliwość zastosowania radioterapii z pól zewnętrznymi (przez chorych nazywanej „lampami”) i, u niektórych chorych, brachyterapii. Brachyterapia jest jedną z metod radioterapii w leczeniu nowotworów. W przeciwieństwie do klasycznej radioterapii, w brachyterapii źródło promieniowania nie znajduje się poza ciałem pacjenta, a wprowadzane jest bezpośrednio w zmianę nowotworową. Daje to możliwość precyzyjniejszego dostarczenia promieniowania do guza, a tym samym ochrony zdrowych tkanek. Dzięki temu można zwiększyć dawkę promieniowania w guzie co skutkuje podniesieniem skuteczności terapii i skróceniem czasu leczenia.

Standardowe leczenie w radioterapii to 39 frakcji w czasie 8 tygodni, od poniedziałku do piątku, a przy radioterapii pooperacyjnej 35-37 frakcji w czasie 7-7,5 tygodnia. U chorych, którzy nie przebyli operacji okres ten może być krótszy. Nie wszystkie schematy leczenia dostępne są dla każdego chorego, np. trzytygodniowe leczenie i brachyterapia, stosowane w naszej placówce, możliwe są do zastosowania u chorych z grupy niskiego i pośredniego ryzyka, a schemat pięciu tygodni i brachyterapia – u chorych z grupy wysokiego ryzyka, z zaawansowaniem miejscowym nie wyższym niż T2c.

Międzynarodowe badania wykazały, że wyniki leczenia są lepsze, jeśli lekarz leczący (czy to urolog czy radioterapeuta) leczy co najmniej 50 chorych w ciągu roku. Dlatego tak ważne w całym procesie leczenia jest wybranie właściwego ośrodka oraz lekarza z doświadczeniem. Każdy chory z nowotworem prostaty, który potrzebuje konsultacji czy leczenia, może zgłosić się do ośrodka onkoterapii w ramach leczenia finansowanego przez NFZ i bez żadnego skierowania. ■

WARTO WIEDZIEĆ

Radioterapia jest metodą leczenia onkologicznego. Polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego do leczenia choroby nowotworowej oraz łagodzenia bólu i innych objawów związanych z procesem nowotworowym.

Proces jej planowania jest czasochłonny i długotrwały – od kilku do kilkunastu dni. Duża część planu leczenia odbywa się bez udziału chorego na podstawie wykonanych zdjęć rentgenowskich i komputerowych.



V KONGRES
ONKOLOGII POLSKIEJ
WROCŁAW, 14–17 PAŹDZIERNIKA 2020 ROKU

ORGANIZATOR



PATRON GŁÓWNY



www.kongres.pto.med.pl

Kongres jest skierowany do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.).



**Dr n. med. Janusz Meder**

Prezes Polskiej Unii Onkologii, Centrum Onkologii
– Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Edukacja i profilaktyka

W Polsce na nowotwory rocznie zachorowuje obecnie 165 tys. osób, aż 100 tys. umiera (druga przyczyna zgonów). W populacji kobiet w młodym i średnim wieku (20-64 lat) nowotwory stanowią pierwszą przyczynę zgonów. W naszym kraju 1 milion osób żyje z chorobą nowotworową rozpoznaną w ostatnich 15 latach.

Za powstawanie 1/3 wszystkich nowotworów odpowiedzialne jest palenie papierosów i inhalowanie się palaczy rakotwórczymi substancjami zawartymi w dymie tytoniowym (w Polsce pali papierosy 31% mężczyzn i 18% kobiet). W populacji mężczyzn najczęstszym nowotworem złośliwym jest nowotwór płuca. Palenie papierosów (nierzadko w połączeniu z piciem alkoholu) jest przyczyną powstawania nie tylko raka płuc, przełyku, gardła, jamy ustnej (45 – 60% zachorowań), ale też wielu innych m. in. żołądka, trzustki, wątroby nerek, pęcherza moczowego, szyjki macicy, chłoniaków i białaczek.

Za powstawanie 1/3 następnej grupy nowotworów odpowiedzialny jest nasz tryb życia i nawyki odżywiania. Największą dynamikę wzrostu zachorowań i zgonów wykazuje drugi co do częstości występowania u kobiet i mężczyzn rak jelita grubego. Brak ruchu i stałej rekreacji fizycznej oraz dieta odległa od diety śródziemnomorskiej, obfitująca w mięso, tłuszcze, cukier, sól, ulepszacze, konserwanty a uboga w ryby, świeże warzywa i owoce, produkty zbożowe, orzechy, sery i jogurty, sprzyja lawinowemu narastaniu zachorowań na nowotwory, przede wszystkim jelita grubego. Spożywanie codziennie czerwonego mięsa jeszcze bardziej podwyższa to ryzyko.

Nieprawidłowe odżywianie oparte o częste korzystanie z placówek gastronomicznych typu „fast- food” doprowadziło w wielu krajach do

dramatycznego wzrostu odsetka populacji zarówno dorosłych, jak i dzieci z nadmierną otyłością typu brzuszego, co prowadzi do wzrostu zachorowań na wiele chorób przewlekłych określonych mianem syndromu X, czyli zespołu metabolicznego: choroby naczyń krwionośnych i serca, nadciśnienie, cukrzyca, hipercholesterolemia i właśnie wybijające się na pierwsze miejsce nowotwory. W Polsce stwierdza się nadwagę i otyłość u 61% mężczyzn, 44% kobiet i u ponad 20% dzieci i młodzieży.

Za powstawanie ostatniej 1/3 nowotworów odpowiedzialne są albo nierozpoznane albo rozpoznane i niewyleczone niektóre przewlekłe infekcje wirusowe lub bakteryjne. Jeszcze do niedawna sądzono, że infekcje mogą być przyczyną wyindukowania procesu nowotworowego jedynie w paru procentach. Obecnie znamy dobrze zdefiniowane zależności powstawania konkretnych nowotworów zależnie od typu wirusów lub bakterii. Wirus Epsteina-Barr może być sprawcą chłoniaka Burkitta oraz raka nosogardzieli i gardła. Przewlekłe zakażenia *Helicobacter pylori* doprowadzają do powstawania chłoniaka żołądka. Następstwem infekcji HIV mogą być chłoniaki o bardzo agresywnym przebiegu. Bakterie *Chlamydia* sprzyjają powstawaniu raka szyjki macicy i płuc oraz chłoniaków. U podłoża raka pęcherza leży zakażenie dwoinką rzeżączki, a wirus opryszczki HHV-8 sprzyja

powstawaniu raka prostaty i mięsaka Kaposiego. Przewlekłe zakażenia *E.Coli*, *Enterococcus Faecalis* i wirus Cytomegalii sprzyja powstawaniu raka jelita grubego.

W związku z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, podejmowaniu współżycia seksualnego w coraz młodszych grupach wiekowych, częstą zmianą przypadkowych partnerów oraz powszechnymi przemianami w obyczajowości (seks oralny i analny), dochodzi do zakażenia HPV, odpowiedzialnego za powstawanie raka szyjki macicy, ale także nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani odbytnicy, prącia, sromu i skóry. Na szczęście w tym przypadku dysponujemy szczepionką chroniącą przed zakażeniem HPV.

Wszystkie powyższe fakty i zalecenia wpisują się w hasło wykreowane przez WHO na lata 2016-2018 – „We Can, I Can”. „We Can” – odnosi się do decydentów z apelem o konsekwentne prowadzenie i właściwe finansowanie strategicznych wieloletnich programów walki z rakiem. „I can” – odnosi się do każdego człowieka z apelem o zmianę stylu życia zgodnie z zaleceniami zawartymi w Kodeksie Walki z Rakiem, o okresowe wykonywanie badań kontrolnych i uczestniczenie w badaniach przesiewowych oraz wczesne zgłaszanie się do lekarza w przypadku pierwszych objawów choroby. ■

Czytaj dalej na www.dbajozdrowie.info

**Jarosław Gośliński**

Redaktor naczelny portalu
onkologicznego zwrotnikraka.pl

Zaangażowanie i wsparcie

Skuteczna walka z chorobą nowotworową to nie tylko zabieg operacyjny, naświetlania czy chemioterapia. Wyniki badań naukowych potwierdzają, że na sukces terapii onkologicznej wpływa pozytywnie również aktywna postawa pacjenta.

Diagnoza „nowotwór złośliwy” budzi strach i może paraliżować. Dlatego szczególnie na początkowym etapie choroby potrzebna jest wiedza, która pomaga opanować lęk. Pacjent, który jest dobrze poinformowany może w sposób świadomy i aktywny brać udział w walce z chorobą. W poszukiwaniu informacji warto na pewno zachować pewien sceptycyzm i weryfikować źródła wiedzy.

Wiedza jest ważna nie tylko dla pacjenta, ale również dla jego rodziny. Aby opiekunowie chorego mogli dobrze sprawować swoje zadania, powinni zrozumieć na czym polega choroba, jaki jest jej przebieg oraz jak wyglądać będzie proces leczenia.

Dobrym pomysłem jest nawiązanie kontaktu z organizacjami wspierającymi i zrzeszającymi pacjentów onkologicznych. Fundacje, stowarzyszenia czy grupy wsparcia działają w wielu miastach, często przy ośrodkach onkologicznych.

PSYCHOONKOLOG

W trudnych momentach i chwilach zwątpienia ulgę może przynieść rozmowa z psychoonkologiem. Doświadczony specjalista potrafi pomóc choremu w uporaniu się z emocjami oraz wesprzeć go w pokonaniu ścieżki leczenia. Wsparcie psychoon-

kologa jest ważne na każdym etapie choroby nowotworowej. Jeżeli nie ma możliwości nawiązania bezpośredniej współpracy z takim specjalistą, warto skorzystać z bezpłatnych infolinii czy telefonów wsparcia dostępnych dla chorych na raka. Przykładem jest Infolinia Onkologiczna Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Pod numerem 800 080 164 pacjenci onkologiczni mogą uzyskać potrzebne informacje, wsparcie emocjonalne czy poradę psychoonkologiczną.

WSPARCIE BLISKICH

Pielęgnowanie chorego to przywilej, ale i trudności. Dobrze jest podzielić się z chorym wątpliwościami, prosić go o radę. U osób bliskich, które są zaangażowane w pomoc choremu, dochodzi czasami do wyczerpania sił, a później diagnozowana jest nawet depresja. Naturalne są również napięcia i konflikty, które pojawiają się pomiędzy opiekunami a chorym. Dobrze jest skorzystać ze wsparcia innych, zaangażować przyjaciół, dalszą rodzinę i znajomych. Nie musimy sami dźwigać ciężaru opieki.

ŻYWIENIE ONKOLOGICZNE

Coraz większą uwagę przywiązuje się też do odpowiedniej diety oraz sposobu odżywiania. Choroba nowotworowa ma najczęściej charakter przewlekły, dlatego głównym celem wsparcia żywieniowego powinno być utrzymanie optymalnej masy ciała

chorego, zapobieganie niedoborom składników odżywczych, poprawa tolerancji zastosowanej terapii, minimalizacja skutków ubocznych leczenia oraz stymulacja układu immunologicznego.

Warto podkreślić, że żadna dieta, produkty spożywcze czy suplementy nie leczą raka, natomiast odpowiednie wsparcie żywieniowe może w sposób pozytywny wpływać na przebieg leczenia i jego tolerancję.

Obecność guza nowotworowego w organizmie powoduje, że zmianie ulegają potrzeby żywieniowe chorego oraz możliwości przyjmowania pokarmów i przyswajania składników odżywczych. Zapotrzebowanie energetyczne pacjenta onkologicznego może być 20% większe w porównaniu z osobą zdrową, w tym samym wieku i tej samej płci. Zalecana dieta podczas leczenia onkologicznego powinna dostarczać odpowiedniej ilości energii, pełnowartościowego białka, węglowodanów, wysokiej jakości tłuszczów, witamin i składników mineralnych oraz zapewniać właściwą podaż płynów. Istotną rolę odgrywa próba dostosowania konsystencji, tekstury, a także objętości oraz czasu podawania posiłków od objawów danej choroby oraz skutków ubocznych prowadzonej terapii: wymiotów, biegunki, zaparcia czy jadłowstrętu.

W temacie wsparcia żywieniowego warto zasięgnąć opinii doświadczonego dietetyka. Taka pomoc dostępna jest również bezpłatnie. ■

PORTAL ONKOLOGICZNY ZWROTNIKRAKA.PL

Wsparcie informacyjne dla Pacjentów onkologicznych.
Baza wiedzy o nowotworach.



Czułość onkologiczna w ciąży



Nicole Sochacki-Wójcicka

Ginekolog-położnik w trakcie specjalizacji,
autorka bloga mamaginekolog.pl

Te kilka słów pewnie w większości osób budzą niepokój. Przecież ciąża powinna być radosnym czasem w życiu każdej kobiety, dodatkowo ważne by była ona chroniona – w społecznym, ale też biologicznym tego słowa znaczeniu. Niestety około 1 na 1000 kobiet w ciąży zachoruje na raka. Warto przy tym zaznaczyć, że za nowotwór w ciąży uważa się również chorobę rozpoczętą do roku po ciąży – gdyż wiemy, że musiała się ona rozwijać już w jej trakcie.

Bardzo często dochodzi do sytuacji, w których nowotwory są rozpoznawane dopiero po ciąży, ponieważ w jej trakcie wiele objawów jest bagatelizowanych i błędnie zaliczanych do objawów ciążowych. Istnieje wiele przykładów jak łatwo przeoczyć znaki ostrzegawcze.

Klasycznymi objawami nowotworów jest zmęczenie i osłabienie, które w zdrowej ciąży mają naturalne i typowe uzasadnienie. Kolejno, objawami nowotworów dróg rodnych – raka szyjki macicy, raka jajnika – mogą być plamienia lub bóle podbrzusza, czyli zdarzenia bardzo powszechne w ciąży. Statystyki wskazują, że najczęstszym nowotworem w ciąży jest rak piersi, tymczasem piersi w ciąży się zmieniają i skąd u kobiety ma być pewność, że zmiana, którą wyczuła nie jest po prostu objawem ciąży – w końcu piersi przygotowują się też do procesu karmienia.

Czułość onkologiczna w ciąży, to temat, który nadal wymaga edukacji i wsparcia na wielu płaszczyznach. Żeby właściwie zobrazować istotę czułości onkologicznej wśród pacjentek i ich lekarzy, na początku warto przyrzeć się przykładom najczęstszych nowotworów okresu ciąży.

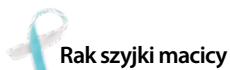


Rak piersi

Mówiąc o profilaktyce raka piersi, czy to w ciąży czy poza nią, niestety powinniśmy zapomnieć o wytycznych NFZ i zadbać o swoją profilaktykę „prywatnie” – jest to smutna, ale prawdziwa ocena rzeczywistości. Najlepszym badaniem profilaktycznym dla raka piersi u młodych kobiet – w wieku rozrodczym – jest USG piersi. W idealnym warunkach każda kobieta powinna wykonać, to zupełnie bezpieczne i tak naprawdę niedrogie badanie, raz na rok. Eksperci, którzy tworzyli standardy postępowania z nowotworami w ciąży postulowali, aby w ramach refundacji każda kobieta w ciąży miała wykonane USG piersi. Niestety ze względów finansowych nie zostało to zaakceptowane.

Warto podkreślić, że w ciąży można wykonać USG piersi. Owszem piersi są zmienione, ale to nie oznacza, że nie kwalifikują się do oceny. Co więcej, jeśli dochodzi do takiej konieczności, to można nawet bezpiecznie wykonać biopsję piersi. Sama miałam kilka takich pacjentek.

Pamiętaj! Jeżeli świadomie planujesz ciążę – to warto w tym okresie wykonać USG piersi. Jeżeli w ciąży zaszła niespodziewanie, to wykonaj USG piersi w I trymestrze. Karmienie piersią nie jest przeciwwskazaniem do wykonania USG piersi – jeżeli podczas karmienia zauważyłaś niepokojące zmiany w piersi, to koniecznie zgłoś się do lekarza.



Rak szyjki macicy

Jako lekarz i autorka bloga, często spotykam się z opinią krążącą wśród kobiet, że w ciąży nie wolno wykonywać cytologii szyjki macicy. Trzeba walczyć z tym mitem, gdyż w ciąży nie tylko można, ale należy wykonać to badanie. Tu NFZ wyszedł naprzeciw wymaganiom wspomnianej czułości onkologicznej i każda kobieta w ciąży, niezależnie od tego, kiedy ostatnio miała wykonaną cytologię ma prawo do jej ponownego pobrania.

Cytologia jest badaniem, o czym mało się mówi, dość średniej czułości – około 60-70%. Dlatego wykonanie jej ponownie w ciąży (nawet jeśli pacjentka ma wyniki „aktualne” sprzed ciąży) zwiększa wykrywalność. Można ją wykonać przez całą ciążę – zarówno na pierwszej wizycie, jak i na ostatniej, jeżeli tylko lekarz widzi taką konieczność. Jeżeli wynik cytologii okaże się nieprawidłowy, to wykonujemy kolejne badanie, jakim jest kolposkopia a nawet pobieramy wycinki z szyjki macicy.

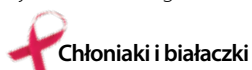
Pamiętaj! Cytologia powinna być wykonana szczoteczką a nie wacikiem – dotyczy to nie tylko okresu ciąży, ale każdego badania. Badanie powinno być zrobione przynajmniej raz w okresie ciąży.



Czerniak

W ciąży skóra bardzo się zmienia, często pojawia się duża liczba nowych „pieprzyków” i przebarwień. Ważne by pacjentka, w sytuacji jak tylko zauważy nową zmianę skórną albo dostrzeże, że stara uległa zmianom: powiększyła się, zmieniła kolor lub krwawi, to koniecznie należy poinformować o tym swojego ginekologa – a ten, jeżeli będzie miał jakiegokolwiek wątpliwości skieruje pacjentkę do dermatologa. Dermatolog kolejno wykona badanie dermatoskopii – jest to ogląd skóry w powiększeniu przez specjalną kamerę. Badanie jest zupełnie bezpieczne i bezbolesne. Co ważne, w czułości nowotworów skóry, kluczową rolę odgrywa partner. To on widzi te części ciała, których my nie jesteśmy w stanie zobaczyć – chociażby plecy, ale także tylną część kończyn czy wargi sromowe.

Pamiętaj! Obserwujcie się nawzajem – dla Waszego zdrowia!



Chłoniaki i białaczki

Zachowanie czułości onkologicznej w zakresie chłoniaków i białaczek jest prawdopodobnie najtrudniejsze, bo objawy tych chorób: stany podgorączkowe, zmęczenie, nocne poty – mogą być utożsamiane z objawami ciąży. Warto jednak pamiętać, że powiększone węzły chłonne powinny nas już zaalarmować.

W ciąży wykonujemy też przynajmniej kilka razy morfologię krwi i to akurat bardzo sprzyja wykrywalności tych nowotworów na wczesnym etapie u ciężarnych. Rola lekarza, aby być czujnym i właściwie interpretować morfologię kobiety w ciąży jest tu kluczowa.



Rak jajnika

W tej tematyce główną rolę odgrywa lekarz ginekolog, który wykonuje pierwsze USG w ciąży. We wczesnej ciąży podczas badania USG – mierzony jest zarodek, pęcherzyk ciąży i inne parametry, ważne by zawsze oceniać również jajniki. Jest to najlepsze i najbardziej czułe badanie, które może uratować wiele kobiet.

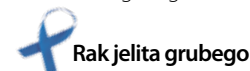
Pamiętaj! Podczas USG przezpochwowego ciąży masz prawo zapytać o kwestię oceny swoich jajników.



Rak tarczycy

Okolo 1/3 kobiet w Polsce ma obecnie rozpoznawaną niedoczynność tarczycy w ciąży. Wynika to z tego, że normy funkcji tarczycy w ciąży są bardziej restrykcyjne niż poza nią i TSH powinno wynosić mniej niż 2,5. Każda z tych kobiet powinna zatem zgłosić się do endokrynologa, który zbada palpacyjnie (dotykiem) tarczycę i najprawdopodobniej zleci USG.

USG tarczycy jest głównym badaniem profilaktycznym raka tarczycy. Jeżeli jest taka konieczność, to w ciąży można wykonać biopsję tarczycy i nie stanowi to żadnego zagrożenia dla ciąży.



Rak jelita grubego

Jeżeli chodzi o raka jelita grubego oraz inne nowotwory przewodu pokarmowego, to czułość zdecydowanie zależy od pacjentki. Oczywiście w ciąży mogą pojawić się zaparcia, biegunki, wymioty. Jednak krew w stolcu, to już nie jest typowy objaw dla ciąży. Owszem może to być wynik hemoroidów, które nie są onkologicznym zagrożeniem, ale za każdym razem, jeżeli dostrzeżemy krew przy wypróżnieniu, to powinniśmy koniecznie zgłosić to lekarzowi. W ciąży można wykonać badania endoskopowe – gastroskopię i kolonoskopię – jeżeli mamy jakiegokolwiek podejrzenia nowotworu przewodu pokarmowego. Dla tych nowotworów dość typowe będą również bóle brzucha – zupełnie inne niż te, które pojawiają się w ciąży. Bóle pochodzące z przewodu pokarmowego są dużo bardziej dotkliwe, przebiegają falowo z ruchem perystaltyki jelit. Co więcej, bóle w nadbrzuszu, czyli górnej połowie brzucha, również nie są typowe dla ciąży i zawsze powinny być zgłaszane i diagnozowane.

Podsumowując, nowotwory w ciąży można diagnozować za pomocą prawie każdego badania. Obecnie nawet dawki promieniowania podczas badań RTG są dużo niższe i nie powinny wpływać na rozwój ciąży. Kolejno co bardzo ważne, nowotwory w ciąży można leczyć – im szybciej tym lepiej. I najważniejsze, rak w ciąży nie oznacza konieczności jej zakończenia – większość kobiet, które mają nowotwór rozpoznany w ciąży, rodzi zdrowe dzieci. ■

