



GŁOS

Nr 4/2022 (53)

PACJENTA

ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkpo.pl

ZIMOWA AKADEMIA DOBRYCH PRAKTYK SIERAKÓW 2022 - ONKOLOGIA 2023



ZIMOWA AKADEMIA DOBRYCH
PRAKTYK SIERAKÓW 2022 _____ s.2

KONIUGATY – NOWA ERA
W LECZENIU RAKA PIERSI
dr n. med. Katarzyna Pogoda _____ s.4

RAK JELITA GRUBEGO – NOWOTWÓR,
KTÓREGO MOGŁOBY NIE BYĆ
prof. dr hab. n. med. Andrzej Deptała _____ s.6

RAK TRZUSTKI
6 najczęstszych pytań _____ s.8

RAK WĄTROBOWOKOMÓRKOWY –
OD BADANIA ANTY-HCV PO NOWE
OPCJE TERAPEUTYCZNE
Barbara Pepke _____ s.11

ROLA BADAŃ GENETYCZNYCH
W LECZENIU RAKA PŁUCA
dr n. med. Andrzej Tysarowski _____ s.13

JEDNA MUTACJA –
WIELE NOWOTWORÓW
dr n. med. Andrzej Tysarowski _____ s.15

KOORDYNATOR OPIEKI
ONKOLOGICZNEJ – JESZCZE
DŁUGA DROGA PRZED NAMI
Eliza Działach
Jagoda Dziurkowska-Wolny _____ s.17

PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA
LIMFOCYTOWA – DOBRE ZMIANY
W PROGRAMIE LECZENIA
prof. dr n. med. Iwona Hus _____ s.19

PROFILAKTYKA PRZEDEKSPOZYCYJNA
COVID-19 DLA PACJENTÓW
HEMATOONKOLOGICZNYCH
prof. dr n. med. Iwona Hus _____ s.20

PODSUMOWANIE 2022 ROKU DKMS _____ s.21

LODY POMAGAJĄ CHORYM
NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO
prof. dr n. med. Wiesław Jędrzejczak _____ s.23

JAK LECZYMY PRZERZUTY DO KOŚCI
dr n. med. Michał Kunkiel _____ s.25

LECZĄC CIAŁO, NIE ZAPOMINAJMY
O DUSZY
Ewa Dubaniewicz _____ s.26

CZY WNĘTRZA MOGĄ LECZYĆ?
Olga Strużyńska-Mazurkiewicz _____ s.30

NOWE SZANSE DLA PACJENTÓW
Z RAKIEM PĘCHERZA MOCZOWEGO
prof. dr n. med. Piotr Chłosta _____ s.32

ONKO-NEWS _____ s.33



foto: Hanna Fonrobert

W debacie "Onkologia 2023" w trakcie Zimowej Akademii Dobrych Praktyk wzięli udział Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia, prof. Ewa Lech-Marańda, konsultant krajowa w dziedzinie hematologii, prof. Piotr Piotr Rutkowski, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, prof. Adam Maciejczyk, dyrektor DCOPIH, prof. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, dr n. o zdrowiu Eliza Działach, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Opieki Onkologicznej, Krystyna Wechmann, prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Moderatorem dyskusji był dr n. med. Jakub Gierczyński, ekspert systemu ochrony zdrowia.

ZIMOWA AKADEMIA DOBRYCH PRAKTYK SIERAKÓW 2022

Tegoroczną Zimową Akademię Dobrych Praktyk w Sierakowie zdominowała debata systemowa „Onkologia 2023”. Decydenci, lekarze i pacjenci dyskutowali o tym, co mijający rok przyniósł pacjentom onkologicznym i jakie wyzwania czekają na nas w roku przyszłym.

O tym, jak intensywny był to rok w polskiej onkologii, świadczą twarde dane, który przytoczył dr Jakub Gierczyński. – W 2022 roku zrefundowano 115 nowych częsteczkowskazań, w tym 40 w onkologii – mówił. – To jest rekord, bo w 2021 roku było ich 68, z czego 29 w leczeniu nowotworów. Pamiętajmy, że były też takie lata, gdy refundowanych było tylko 20.

– Nie ukrywam, że mijający rok był udany, co oznacza również, że był niezwykle pracowity dla nas wszystkich – podkreślił minister Maciej Miłkowski. – Dzięki wspólnym wysiłkom Ministerstwa Zdrowia, AOTMiT, NFZ i współpracy z organizacjami pacjentów udało się zakończyć wiele procesów, które zostały rozpoczęte w latach ubiegłych. Naszym głównym celem było, jest i będzie uporządkowanie systemu ochrony zdrowia pod kątem wdrażania nowych technologii lekowych.

– W tym roku udało się zrefundować naprawę rewolucyjnej terapii – mówiła prof. Ewa Lech-Marańda, konsultant krajowa w dziedzinie hematologii. – Nowe terapie otrzymali chorzy na agresywne chłoniaki, chłoniaki z komórek płaszcza, ostre białaczki szpikowej oraz szpiczaka plazmocytozy. We współpracy z MZ i AOTMiT scaliliśmy i uporządkowaliśmy kilka programów lekowych – dla chorych na szpiczaka plazmocytozy, dla przewlekłej białaczki limfocytowej, dla chłoniaków T-komórkowych i chłoniaków B-komórkowych. Po nowym roku zaczniemy pracować nad zmianami w kolejnych rozpoznaniach.

– Dostęp do nowoczesnych terapii to jedna z tych części narodowej Strategii Onkologicznej, która jest realizowana zgodnie z planem, a może nawet go wyprzedza – podkreślił prof.

Piotr Rutkowski, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. – Jednak, jeśli chodzi o całokształt działań w onkologii, to aż tak zadowolony nie jestem. Z 59 zadań, które zostały wyznaczone do realizacji w tym roku, zrealizowaliśmy w całości około 40. Udało się między innymi przenieść kontraktowanie profilaktyki raka jelita grubego do NFZ. Jesteśmy wreszcie na ostatniej prostej, jeśli chodzi o szczepienia HPV. Budujemy Narodowy Portal Onkologiczny, pracujemy nad nowymi wytycznymi. Bardzo optymistyczne jest to, że powoli poszczególne elementy zaczynają się układać w spójną całość.

– Zakończyliśmy pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej – dodał prof. Adam Maciejczyk, dyrektor DCOPiH. – Skoro nauczyliśmy się prowadzić koordynowaną opiekę onkologiczną i monitorować ją w 4 województwach, więc teraz jesteśmy gotowi rozszerzyć ją na cały kraj.

– Sukcesem 2022 roku jest to, że zaczynamy konsumować dobra w postaci rozporządzenia, wytycznych i standardów akredytacyjnych – wyjaśniał prof. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii. – Mamy coraz więcej jednostek, które spełniają określone kryteria i mamy też wiedzę, o podstawach finansowych, pozwalających na sprawne działanie. To bardzo ważne, bo dobre rozpoznanie patomorfologiczne zwraca się wielokrotnie, pozwalając zaoszczędzić na nieefektywnej, niepotrzebnej terapii.

– W 2022 roku program opieki nad rodzinami wysokiego ryzyka genetycznego przestał być finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, a zaczął być finansowany przez NFZ – tłumaczyła prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej. – Poszerzyły się wskaza-

nia do diagnostyki genetycznej, zwłaszcza z zastosowaniem sekwencjonowania następnej generacji, dzięki czemu pacjenci mają do nich lepszy dostęp. Palącą potrzebą jest poprawa jakości diagnostyki genetycznej i to niestety w tym roku się nie udało.

– Wiem, że wszyscy oczekują przede wszystkim pozytywnych decyzji refundacyjnych, ale nie zawsze są one możliwe – zapowiedział minister Maciej Miłkowski. – By uzyskać dla pacjentów więcej, musimy negocjacje prowadzić w sposób przemyślany. Często dopiero przy kolejnym podejściu jest szansa na to, by uzyskać dobrą cenę.

– Na pewno czekają nas zmiany w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca, gdzie planujemy wprowadzenie



Fot. Hanna Fonrobert

3 nowych leków. W leczeniu prostaty też przewidujemy zmiany, ale nie wiadomo, czy takie jak wszyscy oczekują – dodał minister Maciej Miłkowski. – Octan abirateronu stracił wyłączność patentową, planujemy jego przeniesienie do chemioterapii i naprawdę duże poszerzenie wskazań. Będziemy też rozwijać chirurgię robotową.

– Priorytetem refundacyjnym w hematologii jest uzupełnienie I linii leczenia w przewlekłej białaczce limfocytowej wysokiego ryzyka – mówiła prof. Ewa Lech-Marańda. – W najbliższym czasie spodziewamy się dwóch leków, jakimi są inhibitory kinazy Brutona. Oczekujemy uzupełnienia I linii leczenia dla chorych na szpiczaka plazmocytowego, którzy kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych o daratumumab. Trzecia grupa pacjentów, którzy mają niezaspokojone potrzeby terapeutyczne, to chorzy z bardzo rzadkim chłoniakiem z komórek T z ekspresją antygenu CD-30 na powierzchni. Oczekują oni na dodanie w I linii leczenia przeciwciała monoklonalnego do chemioterapii. Na tę zmianę przyjdzie nam jeszcze trochę poczekać. Będziemy też uzupełniać leczenie opornej choroby nowotworowej w różnych jednostkach chorobowych – w szpiczaku, w chłoniakach, w bardzo rzadkich nowotworach w przewlekłej białaczce szpikowej. Samo uzupełnienie wspomnianych trzech I linii leczenia sprawi, że będziemy mogli mówić o leczeniu na poziomie europejskim.

Ale nowe refundacje to nie wszystko, czego oczekują pacjenci od systemu ochrony zdrowia

– Koordynator medyczny powinien być w każdym ośrodku prowadzącym leczenie onkologiczne – wyjaśnia Eliza Działach, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Opieki Onkologicznej. – Niestety, ponieważ nie ma ścisłych regulacji, to funkcja koordynatora bywa postrzegana bardzo różnie. Zdarza się, że koordynator jest tylko na papierze, bo ktoś musi być wpisany w kartę DiLO. A przecież koordynator powinien być tą osobą, która ułatwia pacjentowi przejście ścieżki terapeutycznej i dzięki której pacjent czuje się w systemie bezpiecznie. Widzimy konieczność komunikacji między koordynatorami z różnych ośrodków onkologicznych jak i z koordynatorami np. POZ. To jednak wymaga doprecyzowania różnych aspektów roli koordynatora – statusu zawodowego, wykształcenia i umocowania prawnego w systemie. – To prawda, że w ramach zmian w systemie ochrony zdrowia rola koordynatora leczenia będzie rosła – potwierdził prof. Piotr Rutkowski. – Trudno w tej chwili oszacować, ilu ich będziemy potrzebować. Obecnie na przykład w Holandii tę rolę pełni 70 tys. osób, a w Polsce, wg danych Eurostatu, jest ich niecałe 7 tys.

– Coraz bardziej dostrzegam potrzebę pochylenia się nad kwestią koordynatorów leczenia – podsumował minister Maciej Miłkowski. – Jednak musimy spojrzeć na ten problem globalnie, nie tylko w onkologii, a to wymagać będzie głębokich analiz i zastanowienia, by zaspokoić potrzeby wszystkich zainteresowanych.



Fot. Hanna Fonrobert

– Mijający rok przyniósł naprawdę wiele dobrego dla pacjentów onkologicznych, a listopadowa lista refundacyjna była zwieńczeniem tych działań – podsumowała debatę Krystyna Wechmann, prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki. – Pojawiły się na niej leki dla pacjentek z potrójnie ujemnym rakiem piersi, na które bardzo czekałyśmy. Również chore z nowotworami ginekologicznymi otrzymały nowe terapie, nowe cząsteczki otrzymali pacjenci z rakiem wątrobowo-komórkowym i hematologicznymi. Trwały prace nad zmianą w podejściu do programów lekowych, by były one dla choroby a nie dla cząsteczek. Ich efekt zobaczymy najprawdopodobniej już w przyszłym roku. Nowe terapie, do których pacjenci mają coraz szerszy dostęp sprawiają, że rak staje się chorobą przewlekłą. Mamy też leki, które pozwalają zmniejszyć ryzyko nawrotu i leki, które stosujemy, gdy jednak do niego dojdzie. To sprawia, że powinniśmy jako organizacje pacjentów zmienić narrację prowadzonych działań edukacyjnych. Czas uświadomić społeczeństwu, że badania profilaktyczne nie oznaczają, w razie wykrycia nowotworu, najgorszego, że życie z diagnozą onkologiczną może być długie i dobrej jakości. Odczarowanie raka to wielkie wyzwanie, które przed nami stoi. Oczywiście nie jest tak, że wszystkie potrzeby są już zaspokojone. Na nowe terapie oczekują między innymi pacjentki z rakiem piersi HER 2+, pacjenci hematologiczni, z rakiem trzustki czy rakiem prostaty, poza tym przez cały czas rejestrowane są nowe cząsteczki i rozszerzane rejestracje leków już istniejących, więc pracy ani nam, ani ministrowi Miłkowskiemu na pewno nie zabraknie. Wspierać będziemy wszelkie działania zmierzające do poprawy działania i rozwoju diagnostyki patomorfologicznej a przede wszystkim molekularnej, bez której nie można mówić o medycynie szytej na miarę. Będziemy też wspierać działania koordynatorów medycznych, bo to dzięki nim ścieżka pacjenta onkologicznego ma szansę stać się mniej wyboista.

Zapis całej debaty jest dostępny w serwisie youtube na kanale Fundacji PKPO pod linkami:
<https://youtu.be/uAk4Vtt9bVg>
https://youtu.be/si_gzSLrxb0

KONIUGATY – NOWA ERA W LECZENIU RAKA PIERSI



W leczeniu raka piersi pojawiają się nieustannie nowe leki. Pozwalają one albo wyleczyć pacjentkę, albo osiągnąć długotrwałą remisję choroby lub też wydłużyć życie do czasu pojawienia się kolejnej przełomowej terapii. Dzięki nim nowotwory piersi możemy dzisiaj traktować często w kategorii choroby przewlekłej. Wśród nowych leków ważne miejsce zajmują tzw. koniugaty.

O tym, czym one są i jaka jest ich rola w leczeniu raka piersi mówi nam dr Katarzyna Pogoda, onkolog kliniczna, pracująca w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie Warszawie.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem wśród kobiet i niestety, liczba pacjentek rośnie. O ile w 2018 roku zdiagnozowaliśmy go u 18 tys. kobiet, to już w 2020 roku liczba nowych diagnoz przekroczyła 20 tys. Nowotwory piersi są nadal drugą przyczynę zgonów kobiet w Polsce i jednocześnie główną przyczynę śmierci Polek w wieku 20-44 lata. Niepokoić może również fakt, że współczynnik zgonów z powodu raka piersi się zwiększa. Przyczyny tego stanu rzeczy są złożone. Skoro mamy coraz więcej nowych zachorowań, to i liczba zgonów się zwiększa.

Najczęściej rozpoznajemy hormonozależnego raka piersi, który stanowi około 3/4 wszystkich nowotworów piersi. Raka HER2+ wykrywamy u mniej niż 20% pacjentek, około 10% to raki potrójnie ujemne piersi.

Rak piersi stał się chorobą przewlekłą

Bardzo ważne jest zapewnienie dostępu do nowoczesnego leczenia na jak najwcześniejszych etapach choroby, gdyż leki stosowane w kolejnych liniach są mniej skuteczne. Natomiast nawet najbardziej nowoczesne terapie nie poprawiają całkowicie wyników leczenia, dopóki nie będziemy stawiać diagnozy na wczesnym etapie choroby. Trzeba bowiem pamiętać, że późniejsze wykrycie nowotworu przekłada się na większe ryzyko nawrotu choroby. Im bardziej zaawansowany jest rak miejscowo w trakcie wykrycia, tym ryzyko przerzutów dalekich jest większe. Nie ma więc żadnych wątpliwości, że wykonywane regularnie badania profilaktyczne mają sens i każda kobieta powinna mieć je wpisane w swój kalendarz.

Nowe terapie sprawiają, że o raku piersi nie mówimy obecnie jako o chorobie śmiertelnej a jako o chorobie przewlekłej. Pacjentek z chorobą uogólnioną czyli przerzutową, mimo że najczęściej nie udaje się nam wyleczyć, to za pomocą

najnowszych leków często udaje nam się sprawić, by rak stał się chorobą, z którą mogą żyć przez wiele lat.

Czym są koniugaty?

Koniugaty to leki, które zbudowane są z dwóch części. Jedna część to przeciwciało monoklonalne, a druga to dołączone do niego cząstki chemioterapii. Mechanizm działania koniugatów jest prosty. Przeciwciało monoklonalne, łącząc się z odpowiednim receptorem komórki nowotworowej „otwiera drzwi”, przez które może wejść cytostatyk, by ją zabić. Stąd często używa się w stosunku do tego typu leków określenia „konie trojański”.

Zdarza się, że komórki nowotworowe u danej pacjentki są heterogenne. Co to znaczy? To oznacza, że niektóre z nich mają określone receptory, a inne ich nie mają. Gdybyśmy zastosowali terapię celowaną, działającą tylko na komórki nowotworowe z receptorami, to sąsiednie komórki nowotworowe mogłyby nie zostać zniszczone i rak dalej by się rozwijał. Dlatego nowoczesne koniugaty są tak skonstruowane, że zawarta w nich cząstka chemioterapii najpierw zabija komórki nowotworowe z receptorami, a potem potrafi przedostać się do komórek ich pozbawionych i je również zniszczyć. Efekt zabijania komórek sąsiednich jest dodatkowym atutem nowoczesnych koniugatów.

Obecnie koniugaty wykorzystywane są w leczeniu potrójnie ujemnego raka piersi. Trzeba podkreślić, że listopadowa lista refundacyjna przyniosła pacjentkom z tym nowotworem bardzo dobrą wiadomość – pojawił się na niej *sacytuzumab gowitekan*. To jest droga, nowoczesna terapia poprawiająca przeżycia chorych z przerzutowym potrójnie ujemnym rakiem piersi. Cieszymy się, że polskie pacjentki mają dostęp do tego koniugatu już w niecały rok od jego rejestracji w Unii Europejskiej. Teraz czekamy na kolejną terapię – *trastuzu-*

mab derukstekan. Ten koniugat jest wielkim przełomem w leczeniu chorych na HER2-dodatnego raka piersi. Znalazł się m.in. na pierwszym miejscu tegorocznej listy TOP 10 ONKO, jako najpilniejsza do refundacji terapia w onkologii. Na listopadowej liście refundacyjnej, oprócz *sacytuzumabu gowitekanu* znalazły się również dwa inne leki – *talazoparyb* i *alpelisib*. Pierwszy z nich może być stosowany w dwóch podtypach raka piersi: raku potrójnie ujemnym i raku hormonozależnym pod warunkiem nosicielstwa mutacji BRCA1 lub BRCA2.

Z kolei *alpelisib* jest lekiem, który można stosować u części pacjentek z przerzutowym hormonozależnym rakiem piersi, gdy stwierdza się szczególną mutację PIK3CA w komórkach raka.

Doskonałe wieści z San Antonio

W trakcie Sympozjum SABCC w San Antonio przedstawiono zaktualizowane wyniki badania III fazy DESTINY-Breast03. Porównywano w nim działanie *trastuzumabu derukstekanu* z obecnie stosowanym standardem leczenia T-DM1 (*trastuzumab emtazyne*) w II linii leczenia chorych z przerzutami w raku HER2+.

Różnica między tymi dwoma koniugatami jest niesamowita. Stwierdzono, że w przypadku *trastuzumabu derukstekanu* mediana czasu wolnego od progresji choroby wyniosła 29 miesięcy, czyli o 22 miesiące więcej, niż w przypadku stosowania obecnie obowiązującego standardu leczenia. Wykazano też, że lek ten wydłuża czas całkowitego przeżycia – 77,4% pacjentek leczonych *trastuzumabem derukstekanem* przeżyło dwa lata w porównaniu z 69,9% pacjentek leczonych T-DM1. Prócz tego ryzyko zgonu u pacjentek leczonych nowym koniugatem zmniejsza się o 36%.

Prowadzone są również badania dotyczące działania *trastuzumabu derukstekanu* w grupie pacjentek z rakiem piersi HER2-low. Do tej grupy należy część chorych na potrójnie ujemnego raka piersi jak również pacjentki z rakiem hormonozależnym. Pacjentki z tej grupy mają niską ekspresję receptora HER2, na przykład (+), a mimo to okazuje się, że ten lek działa również w ich przypadku. Wykazanie, że leki anty-HER2 mogą działać przy niższej ekspresji to również jest ogromny przełom.

Przedstawiono również aktualizację wyników badania DESTINY-Breast02 u populacji bardziej przeleczonej – brały w nim udział pacjentki po I i II linii leczenia, po terapii T-DM1, w którym porównywano *trastuzumab derukstekan* ze standardem leczenia. Wykazano dużą różnicę na korzyść *trastuzumabu derukstekanu* – czas wolny od progresji choroby wyniósł 18 miesięcy vs 7 miesięcy, a całkowity czas przeżycia – 39 miesięcy vs 26 miesięcy.

Trastuzumab derukstekan został już jakiś czas temu włączony w europejskie i amerykańskie standardy postępowania, a kolejne doniesienia potwierdzają jego niezwykłą skuteczność. Nowe wskazania nie mają jeszcze rejestracji w Unii Europejskiej, choć w USA już tak. Patrząc na to, że coraz więcej nowych populacji jest włączane do kolejnych badań, wskazania do stosowania nowego koniugatu najprawdopodobniej będą się wciąż poszerzać.

Mamy więc terapię, która sprawia, że nasze pacjentki HER2+ z przerzutami możemy leczyć przez naprawdę długi czas,

traktując ich chorobę jako chorobę przewlekłą. To jest ogromny postęp. Pozostaje nam tylko czekać na pojawienie się *trastuzumabu derukstekanu* w podstawowym wskazaniu na liście refundacyjnej.

Nowoczesne terapie to korzyść dla wszystkich

Skupianie wysiłków na tym, by chore nie miały nawrotów choroby, jest jak najbardziej uzasadnione pod każdym względem. Dbajmy o to, żeby kobiety mogły wrócić do pracy, do pełnienia swoich ról życiowych i wtedy z nawiązką to wszystko oddadzą. To są panie, które chcą normalnie żyć, dalej pracować i funkcjonować. Pamiętajmy, że też w chorobie przerzutowej chorowanie nie oznacza, że to jest już tylko renta. Na przestrzeni lat widzę bardzo dużą zmianę w podejściu do chorowania. Pacjentki, jeśli tylko mogą, to w trakcie leczenia i po nim pracują i nie są obciążeniem dla systemu. Aktywność życiowa wpływa również na lepszą kondycję psychiczną pacjentek, a co za tym idzie, na lepsze wyniki leczenia. Łatwiej się choruje, widząc, że kolejne nowoczesne terapie są coraz szybciej dostępne. Świadomość, że są kolejne przełomowe leki, jak choćby w chorobie przerzutowej, o których kilka lat temu jeszcze w ogóle nie słyszeliśmy, jest bardzo motywująca.

Czego jeszcze potrzebujemy w leczeniu chorych na raka piersi?

W ostatnich 2-3 latach zarejestrowano kilka ważnych, skutecznych leków do leczenia chorych na raka piersi. Jak już wspomniałam u chorych na uogólnionego HER2-dodatniego raka piersi oczekiwany jest nowy koniugat *trastuzumab derukstekan*. Z kolei u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu choroby w ramach leczenia okołoperacyjnego rekomenduje się dołączanie immunoterapii do klasycznej chemioterapii. *Pembrolizumab* jest jedyną zarejestrowaną immunoterapią u chorych na wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi. U pacjentek z rozsiewem potrójnie ujemnego raka piersi i ekspresją receptora PD-L1 również zaleca się stosowanie immunoterapii z chemioterapią. W chorobie przerzutowej mamy zarejestrowane dwa leki – *pembrolizumab* i *atezolizumab*. Liczymy, że ta luka w leczeniu potrójnie ujemnego raka piersi zostanie wypełniona, a nasze pacjentki będą mogły być nim leczone.

Z kolei u chorych na hormonozależnego raka piersi *abemacyklib*, który jest refundowany w chorobie zaawansowanej już od ponad dwóch lat, jest zarejestrowany również dla chorych wysokiego ryzyka z wczesnym rakiem piersi. Wiemy, że dodanie tego leku do uzupełniającej hormonoterapii zmniejsza ryzyko nawrotu, a więc wyraźnie poprawia rokowania.

Kolejne postępy dotyczą szczególnej grupy chorych – nosicieli mutacji BRCA. Jak już wspomniałam pierwszy inhibitor PARP (*talazoparyb*) od listopada 2022 roku jest refundowany u chorych z rozsiewem. Natomiast drugi lek z tej grupy – *olaparyb* – również jest zarejestrowany w tym wskazaniu, poza tym wykazano jego skuteczność u chorych z wczesnym rakiem piersi w przypadku wysokiego ryzyka nawrotu.

Jak widać potrzeb jest wiele, ostatnie lata to naprawdę ogromny postęp w leczeniu chorych. Część terapii już jest dostępnych, na pozostałe czekamy.

Nowe leki to nie wszystko

Z nadzieją obserwuję tocząca się dyskusję nad wprowadzeniem koordynatora leczenia do zespołów terapeutycznych. Mógłby on być przewodnikiem pacjenta, wskazywać mu drogę na szczyście leczenia, pilnować terminów, koordynować badania i wizyty, odpowiadać na część pytań dotyczących leczenia. Z kolei asystent lekarza mógłby nas odciążyć w kwestii wypełniania wielu dokumentów, również tych,

związanych z programami lekowymi, które wymagają żmudnego i czasochłonnego prowadzenia sprawozdawczości. Zawsze bardzo się cieszymy, gdy wchodzi nowe terapie, ale z tyłu głowy pojawia się od razu myśl, że będziemy mieli kolejną rzecz do sprawozdawania i mniej czasu na kontakt z chorymi.

Mamy nadzieję, że już niedługo zobaczymy pozytywne zmiany.



RAK JELITA GRUBEGO – NOWOTWÓR, KTÓREGO MOGŁOBY NIE BYĆ

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Deptała, kierownik Zakładu Propedeutyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Onkolog w Poradni Onkologicznej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, były wieloletni Kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Rak jelita grubego to jeden z najczęstszych nowotworów, na który chorują Polki i Polacy. – Lokuje się w czołówce statystyk onkologicznych, zarówno jeśli chodzi o liczbę zachorowań, jak i pod względem liczby zgonów – mówił w „Studiu pod Jaskółkami” prof. Andrzej Deptała. – Niewielki optymizm może budzić malejąca liczba zgonów z jego powodu, ale i tak sytuacja nie jest zadowalająca.

Czy raka jelita grubego można uniknąć?

Tak, jeśli zmiany wykryjemy odpowiednio wcześniej. Od przeszło 20 lat mamy w Polsce program przesiewowy, w ramach którego prowadzimy badania kolonoskopowe, jednak niewiele osób korzysta z tej możliwości.

Pacjenci z nie do końca jasnych przyczyn nie zgłaszają się na to badanie, mimo, że jest dostępne i proste. Nie jest też zazwyczaj bolesne, a jeśli ktoś odczuwa dolegliwości bólowe, zawsze można takie badanie wykonać w znieczuleniu ogólnym. Dzięki kolonoskopii wykrywamy nie tylko zmiany nowotworowe, ale i przednowotworowe i możemy je odpowiednio wcześniej usunąć, zanim zmienią się w nowotworowe. Pamiętajmy, że rak jelita grubego, zaczyna się najczęściej od tzw. polipa, czyli na początku histopatologiczne jest to gruczolak – nowotwór łagodny. Jeżeli na tym etapie jest wykonana kolonoskopia i na tym etapie lekarz usunie gruczolaka, do rozwoju raka nie dojdzie.

Od stadium zaawansowania zależy sposób i skuteczność leczenia

Ponieważ mamy badania przesiewowe, rak jelita grubego

powinien być chorobą rozpoznawaną we wczesnych stadiach zaawansowania, czyli w takich gdzie ten nowotwór nie dał jeszcze przerzutów do narządów wewnętrznych, jak i do węzłów chłonnych. Może się wtedy ograniczyć do samego jelita grubego, w lokalizacji odbytniczej lub okrężniczej. Wczesne przypadki raka jelita grubego jesteśmy w stanie wyliczyć. W wielu tych stanach może wystarczyć sama operacja. Natomiast w naszym kraju zbyt dużo i zbyt często rozpoznajemy przypadków zaawansowanych, gdy nowotwór dał już przerzuty do wątroby, płuc lub otrzewnej. Wtedy sytuacja jest znacznie trudniejsza. Jeśli rak jest zaawansowany lub przerzutowy, to niestety, sama operacja nie wystarcza, czasami jest wręcz niemożliwa. Potrzebne są inne formy terapii onkologicznej, takie jak chemioterapia lub jej nowocześniejsza forma – leczenie celowane – i w wybranych przypadkach, radioterapia.

Badania molekularne wskażą sposób leczenia

Gdy mamy zaawansowanego raka z przerzutami w wątrobie, płucach, itp., określamy jego profil molekularny. Pobieramy materiał tkankowy w trakcie biopsji pod kontrolą USG, czy na podstawie biopsji otwartej chirurgicznej, i wysyłamy do laboratorium biologii molekularnej. Można to badanie wykonać w większości ośrodków onkologicznych, które mają w swoich zasobach Zakład Genetyki czy Biologii Nowotworu. Wyniki wyznaczają nam odpowiednią ścieżkę terapeutyczną.

Jeśli w pobranym materiale znajdziemy na przykład zmutowane geny RAS, to mamy już określoną ścieżkę terapeutyczną. Wiemy, że niektóre leki – w tym wypadku celowane

inhibitory receptora naskórkowego czynnika wzrostu (i-EGFR) nie są skuteczne, więc się ich nie zastosujemy, sięgniemy po inną terapię. Jeśli nie będzie mutacji w genach RAS, to możemy te i-EGFR zastosować razem z chemioterapią. Jeśli mamy mutacje w genach BRAF, zwłaszcza tę źle rokującą formę V600E, to powinniśmy zastosować leki, które zablokują funkcję zmutowanego genu BRAF-V600E i jednocześnie dać preparaty i-EGFR, aby oba preparaty synergistycznie zablokowały proliferację i progresję raka jelita grubego.

Jakich leków nam brakuje w leczeniu przerzutowego raka jelita grubego?

Mamy dostęp do nowoczesnych leków, jednak refundacji dla kilku opcji terapeutycznych wciąż nam brakuje, chociażby terapii anty-BRAF-V600E oraz immunoterapii anty-PD-1. Jak już wcześniej mówiłem, wyniki badań profilu molekularnego raka będą kształtować sposób leczenia chorego. Takie minimum molekularne, to ocena mutacji w genach RAS, BRAF, MMR lub analiza niestabilności mikrosatelitarnej (MSI-H) oraz amplifikacja genu HER-2.

W zależności od tego, jaki profil molekularny raka zostanie rozpoznany, taką strategię terapeutyczną należy zastosować. W przypadku mutacji w genie BRAF-V600E nie ma jeszcze refundacji schematu zawierającego skuteczne leki dla tego typu raka jelita grubego. Mam nadzieję, że w ciągu najbliższych miesięcy to się zmieni, bo mutacja BRAF-V600E jest mutacją najgorzej rokującą. Rak jelita grubego, który jest zmutowany w genie BRAF-V600E, niestety bardzo szybko progresuje, pacjenci żyją krótko, z reguły nie przeżywają nawet 1 roku. Stąd leczenie celowane, które jest anty-BRAF plus i-EGFR daje pacjentom dużą szansę na przedłużenie życia.

Jeśli rak jelita grubego nie ma mutacji w genach RAS, a zostanie wykryta wysoka niestabilność mikrosatelitarna (MSI-H), to zgodnie z wiedzą medyczną, powinniśmy zastosować immunoterapię (anty-PD-1), która również na dzień dzisiejszy nie jest refundowana w Polsce. Czekamy z nadzieją na szybką refundację tej terapii, gdyż prace nad nią są zaawansowane, a dzięki tej immunoterapii pacjenci mają dużą szansę na to, aby żyć długo bez progresji choroby.

Ścieżka pacjenta z rakiem jelita grubego

Jeśli pacjent odczuwa niepokojące objawy, to przede wszystkim powinien udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który albo sam zleci odpowiednie badania albo wystawi skierowanie do specjalisty.

Lekarz POZ, mając uzasadnione podejrzenie nowotworu jelita grubego może wystawić tzw. kartę DiLO, czyli kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Taką kartę może wystawić też gastroenterolog, który wykonał badanie kolonoskopii i otrzymał histopatologiczne rozpoznanie tego nowotworu. Wtedy droga do ośrodka onkologicznego jest stosunkowo łatwa. Po wystawieniu karty DiLO NFZ narzuca konkretne terminy placówkom medycznym i nie można przeciągać rozpoczęcia dodatkowej diagnostyki i leczenia, bo inaczej fundusz nie zwróci placówce poniesionych kosztów. Wiem, że pacjenci po usłyszeniu diagnozy są zdezorientowani. Osoba z diagnozą raka jelita grubego powinna zapytać swojego lekarza POZ czy lekarza specjalistę, gdzie dalej może szukać

pomocy. Lista ośrodków leczących ten nowotwór jest dość znana. W każdym mieście wojewódzkim są wieloprofilowe ośrodki onkologiczne, w miastach powiatowych też występują poradnie lub oddziały onkologiczne. Na pewno duży ośrodek, gdzie operacji na jelicie grubym wykonuje się znacznie więcej, i który udziela świadczeń w zakresie chemioterapii, nowoczesnego leczenia celowanego i radioterapii, z racji większego doświadczenia daje większe szanse na optymalne leczenie.

Rak jelita grubego staje się chorobą przewlekłą

Oczywiście to prawda. Pacjenci z chorobami nowotworowymi, nie tylko z rakiem jelita grubego, ale również z rakiem piersi, czerniakiem, rakiem prostaty czy nerki, nie mówiąc już o chorobach hematologicznych, typu chłoniaki czy przewlekłe białaczki, żyją wiele lat i mają dużo lepszą jakość życia niż wcześniej.

Istnieje wiele chorób, jak choćby cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy reumatoidalne zapalenie stawów, które też są nieuleczalne i wymagają stosowania leków do końca życia. W zaawansowanym raku jelita grubego mamy podobną sytuację. Przeżycia, co zrozumiałe, nie są jeszcze tak dobre jak przy nadciśnieniu tętniczym, ale jednak przy wykorzystaniu nowoczesnej terapii jesteśmy w stanie znacząco przedłużyć życie chorym w porównaniu do tego, co było jeszcze kilka lat wcześniej.

Nowoczesne leczenie nie utrudnia codziennego życia

Wielu pacjentów z rakiem jelita grubego pracuje, prowadzi czynne życie zawodowe, społeczne. Poza tym zazwyczaj nie spędza się już, tak jak dawniej, kilku dni w szpitalu przy podawaniu chemioterapii, często wybiera się formę dużo prostszą. Jeśli pacjent wymaga leków dożylnych, to można zastosować tzw. infuzory w pobycie jednodniowym. Pacjent ma założony wcześniej port naczyniowy, czyli dostęp do dużej żyły, zwykle podobojczykowej, cały układ jest zamknięty, zbiorniczek do którego podaje się leki jest pod skórą, więc ryzyko zakażenia jest minimalne. Chory przechodzi na podanie chemioterapii do szpitala na oddział dzienny, podłącza mu się infuzor z chemioterapeutykiem, który odmierza dawkę dobową leku, a pacjent przebywa we własnym domu. Po 1-2-dniach (w zależności od typu infuzora) pielęgniarka odłącza infuzor, przepłukuje port i pacjent wraca do domu.

Jeśli stosujemy terapię w tabletkach, to wydajemy ich odpowiednią liczbę, która wystarcza na 2 czy 3 tygodnie. Całe leczenie onkologiczne pacjent odbywa wtedy w domu. Może też pracować, jeśli nie odczuwa niekorzystnych skutków.

Rak jelita grubego to nowotwór, na który nikt mógłby nie chorować

Zgadza się, tylko trzeba się poddać badaniom przesiewowym. W przypadku profilaktyki raka jelita grubego należy pójść na badanie kolonoskopowe po skończeniu 50. roku życia, nawet jeśli nie odczuwamy żadnych objawów. Jeśli w rodzinie występowały przypadki raka jelita grubego tę granicę wykonania kolonoskopii przesuwamy od 40. roku życia. Czyli każda osoba powinna zrobić kolonoskopię przynajmniej raz w życiu. Podobna strategia badań przesiewowych jest w przypadku mammografii czy cytologii szyjki macicy. Również mężczyźni

powinni chodzić do urologa i badań poziom PSA. Mamy więc możliwości, aby niektóre nowotwory, te najczęściej występujące, wykrywać we wczesnym stadium i powiększać szanse na wyleczenie.

Naprawdę trudno zrozumieć, dlaczego niektórzy Polacy nie badają się regularnie, tak jak wskazuje wiedza medyczna – naprawdę warto.

DLACZEGO WARTO ROBIĆ KOLONOSKOPIĘ?

Większość nowotworów jelita grubego rozpoczyna się jako małe „narośla” śluzówki jelita – morfologicznie są to polipy. W badaniu histologicznym pod mikroskopem są one zazwyczaj łagodne (nieszkodliwe), tzn. są to gruczolaki jelita grubego. Z czasem te gruczolaki przekształcają się w raka (złośliwy), który na początku swego rozwoju też rośnie w formie polipa.

Znalezienie i usunięcie polipów zapobiega rozwojowi raka jelita grubego.

Jeśli w polipie rozwinął się rak jelita grubego, to im wcześniej jest zdiagnozowany, tym łatwiej wyleczyć pacjenta. Dlatego właśnie badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego są tak ważne i każdy powyżej 50. roku życia powinien się poddać kolonoskopii, nawet jeśli czuje się całkowicie zdrowy.

Jeśli u Ciebie lub bliskiej Ci osoby zdiagnozowano raka jelita grubego i szukasz informacji na temat choroby i jej leczenia, to zajrzyj na stronę europacolonpolska.pl

Źródło: EuropaColon Polska

RAK TRZUSTKI – 6 najczęstszych pytań o jeden z najbardziej agresywnych nowotworów

Nowotwór trzustki to choroba, która stanowi poważne wyzwanie współczesnej onkologii. Dlaczego? Problemem często jest już sama diagnoza, a także brak narzędzi do podjęcia profilaktyki wtórnej czy ograniczone możliwości terapii. Eksperci wyjaśniają, co wpływa na zachorowanie na raka trzustki, jakie są pierwsze objawy choroby oraz co w ostatnim czasie zmieniło się w leczeniu pacjentów w Polsce.

Rak trzustki nie jest nowotworem diagnozowanym często. Zajmuje jednak jedno z pierwszych miejsc jeśli chodzi o śmiertelność – szacuje się, że do 2030 r. będzie drugą przyczyną zgonów w onkologii, tuż po raku płuca.

Ponieważ rak trzustki nie daje charakterystycznych objawów i rozpoznawany jest najczęściej w zaawansowanym stadium, rokowania dla pacjentów są niepomyślne – 5 lat od diagnozy przeżywa ok. 9% z nich. Medycyna, podobnie jak i wiedza o tym nowotworze nie stoją jednak w miejscu. Daje to nadzieję pacjentom i ich rodzinom na to, że warto podjąć walkę z tym trudnym przeciwnikiem.

1. Co wpływa na zachorowanie na raka trzustki?

Podobnie jak w przypadku innych nowotworów, na ryzyko zachorowania na raka trzustki ma wpływ wiele czynników.

– Do modyfikowalnych, czyli tych, na które mamy wpływ, należy m.in. palenie tytoniu, które współprzyczynia się do około 25% zachorowań – tłumaczy dr Małgorzata Stawicka-

Niełacna z Katedry Genetyki Klinicznej i Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego w Zielonej Górze. – Ryzyko zachorowania zwiększają też inne choroby, takie jak zapalenia trzustki czy cukrzyca.

Jako czynniki niemodyfikowalne wskazuje się obciążenia genetyczne, m.in. występowanie dziedzicznych mutacji w genach CDKN2A, MLH1, ATM, PALB2, a także w genach BRCA – tych samych, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka jajnika, piersi czy prostaty.

– Zmiany w materiale genetycznym odpowiadają za 5-10% przypadków raka trzustki – wyjaśnia dr Małgorzata Stawicka-Niełacna.

2. Czy istnieje profilaktyka nowotworu trzustki?

Aktualnie nie istnieje badanie przesiewowe, które jest rekomendowane do zastosowania w populacji ogólnej i wpływało by na zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu raka trzustki.

Są jednak osoby, które ze względu na obciążenie rodzinne



chorobą lub niektórymi nowotworami, a także ze względu na obciążenia genetyczne należą do tzw. grupy wysokiego ryzyka zachorowania.

U osób z obciążonym wywiadem rodzinnym, także u tych, u których występuje mutacja patogenna m.in. w genie BRCA we wczesnym wykryciu choroby pomóc może wykonanie określonych badań diagnostycznych, tj. rezonansu magnetycznego czy ultrasonografii endoskopowej.

Niestety w tym momencie osoby z obciążeniem rodzinnym raka trzustki nie są objęte żadnym programem czy świadczeniem profilaktycznym, które pozwoliłoby na wdrożenie usystematyzowanej opieki.

3. Jak objawia się rak trzustki?

Symptomy towarzyszące rakowi trzustki są w większości niespecyficzne. Zaliczyć można do nich m.in. brak łaknienia, a co za tym idzie spadek masy ciała, mdłości i wymioty, senność i osłabienie, bóle brzucha, bóle w okolicy lędźwiowej. Mogą pojawić się biegunki, ciemny moczu, świąd skóry.

Coraz więcej wiemy też na temat związku raka trzustki i cukrzycy, która jest chorobą cywilizacyjną, jednak, co bardziej prawdopodobne, cukrzyca jest w niektórych przypadkach wczesnym objawem raka trzustki, a nie czynnikiem predysponującym.

4. Dlaczego rak trzustki jest zaliczany do agresywnych nowotworów?

Rak trzustki jest chorobą ogólnoustrojową, której towarzyszy wiele objawów klinicznych, takich jak kacheksja, czyli stan stopniowego wyniszczenia organizmu czy zwiększone ryzyko incydentów zakrzepowo-zatorowych. Inne choroby nowotworowe nie są tak agresywne biologicznie – można np. chorować na rozsianego raka prostaty i żyć z nim wiele lat.

– W przypadku podejrzenia raka trzustki konieczna jest szybka diagnostyka – tym bardziej, że okres od wystąpienia pierwszych objawów do wystąpienia stanu, w którym możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne jest relatywnie krótki – podkreśla Iga Rawicka, prezes Fundacji EuropaColon Polska.

Niestety, w badaniu USG guz jest rzadko rozpoznawany gdy osiąga rozmiar poniżej 1 cm, dlatego aż u 80% chorych w momencie rozpoznania mamy już do czynienia z chorobą rozsianą.

– Rak trzustki rośnie szybko i wczesnie daje przerzuty – wyjaśnia prof. Barbara Radecka, kierownik Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii i Uniwersytetu Opolskiego.

– Okres, w którym możemy przeprowadzić radykalną operację (a tylko takie leczenie daje szansę na długoletnie przeżycie), zwany „okienkiem operacyjności” jest bardzo krótki.

Z uwagi na tę agresywną biologię choroby a także lokalizację samego narządu, który jest trudny do zobrazowania, choroba jest rozpoznawana późno, a do radykalnego usunięcia nowotworu kwalifikuje się zaledwie 20% chorych. – Prawda jest taka, że teraz, nawet gdybyśmy stawali na głowie, nie jesteśmy w stanie zmienić tych statystyk – tłumaczy prof. Barbara Radecka. – Tym bardziej powinniśmy doceniać każdą nową opcję terapeutyczną, która wydłuża życie pacjenta. Bo ten czas dla pacjenta jest bezcenny.

5. Jak wygląda leczenie raka trzustki w Polsce?

U pacjenta, u którego udało się wykryć chorobę we wczesnym stadium klinicyści mają możliwość zastosowania leczenia operacyjnego. Taka sytuacja jest najbardziej korzystna i daje największe szanse na wyleczenie.

W przypadku osób, które nie miały tego szczęścia sytuacja wygląda mniej optymistycznie. U tej grupy pacjentów onkolodzy mogą stosować leki z katalogu chemioterapii i preparaty dostępne w ramach programu lekowego, który od listopada br. został poszerzony o terapię dedykowaną pacjentom z rozsianym rakiem trzustki i dziedziczną mutacją w genach BRCA potwierdzoną badaniem NGS, leczonych uprzednio chemioterapią opartą na pochodnych platyny, u których wystąpiła co najmniej stabilizacja choroby. Dostęp do refundowanej terapii inhibitorem PARP – **olaparibem**, zgodnie z wynikami badań klinicznych pozwoli na wydłużenie u części pacjentów czasu do progresji choroby.

– Dużym wyzwaniem w leczeniu raka trzustki stanowi to-

ksyczość oraz powstawanie oporności na stosowaną terapię – tłumaczy lek. Maciej Kawecki, onkolog kliniczny z Kliniki Onkologii i Radioterapii Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie. – Dlatego tak ważne jest poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych i mniej toksycznych leków.

Jedną z odpowiedzi na tę niezaspokojoną potrzebę medyczną jest dziś liposomowy irynotekan. Ma on unikalny mechanizm działania, dzięki któremu lek dociera bezpośrednio do komórki nowotworowej i dopiero tam zaczyna działać. – Ten istny „koń trojański” jest nadzieją dla tych pacjentów z rozsia-
nianym rakiem trzustki, którym nie pomogło leczenie pierwszej linii – dodaje dr Kawecki.

– Dziś mija 3,5 roku mojej walki z rakiem trzustki i jednocześnie blisko 24 miesięcy terapii liposomowym irynotekaniem – podkreśla Roman Drozdowski pacjent z rakiem trzustki. – Wiedziałem, jakie są statystyki, ale wiedziałem też, że nie poddam się tej chorobie. Jestem wdzięczny mojej Pani doktor, że włączyła mnie do badania klinicznego z tym lekiem. Wiem, że to była dla mnie ogromna szansa, wierzę w postęp medycyny i w nowe leki. Potwierdzeniem dla tych słów, są każde kolejne wyniki badań tomograficznych, które pokazują zmniejszanie się guza. Dziś mogę powiedzieć, że rak trzustki stał się dla mnie chorobą przewlekłą. Chorobą, z którą mogę normalnie funkcjonować, pracować, realizować pasje. Chorobą, z którą mogę żyć. – dodaje pacjent.

– Niestety nowa lista nie przyniosła finansowania terapii z wykorzystaniem innego leku dla pacjentów z rakiem trzustki, na który bardzo liczyliśmy. Mamy nadzieję, że to się wkrótce zmieni. Pacjenci wciąż czekają na nowe terapie, a tych w raku trzustki jest nadal niewiele – dodaje Iga Rawicka.

#KoalicjaDlaŻycia Osób z Mutacją w Genach BRCA ma na celu zainicjowanie współpracy wielu środowisk, która zaowocuje stworzeniem systemu, w centrum którego znajduje się pacjent. Swoje działania skupia wokół nowotworów BRCA-zależnych: raku jajnika, raku prostaty, raku trzustki i raku piersi, dodatkowo kładąc szczególny nacisk na badania genetyczne i diagnostykę molekularną, bez której nie można mówić o odpowiednio dobranym leczeniu oraz profilaktyce rodzin.

6. Gdzie szukać wsparcia w walce z chorobą?

– Z mojego doświadczenia wynika, że największe wsparcie pacjent zazwyczaj odnajduje wśród swoich najbliższych, rodzinie i przyjaciółach – podkreśla Iga Rawicka. – Nieocenioną pomocą dla wielu chorych są też inni pacjenci, z którymi mogą wymienić doświadczenia i porozmawiać o każdym aspekcie życia z chorobą. Osoby zmagające się z rakiem trzustki w dużej mierze skupione są wokół nieformalnych grup, czy organizacji pacjentów, np. Fundacji EuropaColon Polska. Naszym celem jest nie tylko podnoszenie świadomości dotyczącej nowotworów układu pokarmowego, ale przede wszystkim wsparcie pacjentów w ich drodze z chorobą.

W ramach działań prowadzimy m.in. podcast „Dzień zdrowy!”, czyli cykliczne rozmowy z ekspertami i pacjentami na temat zdrowia, także dotyczące nowotworu trzustki. Wszystkie podcasty dostępne są na stronie:

www.europacolompolska.pl/dzien-zdrowy-podcasty-o-zdrowiu/www.europacolompolska.pl/dzien-zdrowy

Z okazji zbliżającego się Światowego Dnia Raka Trzustki stworzyliśmy również animację „Detektyw Lupa na tropie genu BRCA”, w której tytułowy detektyw odkrywa związek mutacji w genie BRCA z rakiem trzustki. Z nagrania dowiadujemy się m.in., że osoby BRCA+ mają 3,5 razy większe ryzyko wystąpienia raka trzustki i chorują młodziej. Głosu detektywowi Lupie użyczył znany aktor – Robert Moskwa, i sprawdził się świetnie w tej roli. Mamy nadzieję, że uda się zwiększyć świadomość dotyczącą tej choroby – podsumowuje Iga Rawicka.

Link do animacji:

<https://youtu.be/XCfwscX8IJA>

Fundacja EuropaColon Polska, powołana w marcu 2017 roku, jest członkiem wielu międzynarodowych organizacji. Celem działań Fundacji jest przede wszystkim zwiększenie świadomości ogółu społeczeństwa na temat nowotworów układu pokarmowego. Jej podstawowym celem jest promowanie profilaktyki, wczesnego wykrywania i właściwego leczenia nowocześnie i skutecznie metodami terapeutycznymi w celu poprawy jakości życia pacjentów, a przede wszystkim pomoc w powrocie do zdrowia.

Czytelników „Głosu” zachęcamy do odwiedzenia Filмотeki na portalu glospacjenta.pl



PROFILAKTYKA NA CO DZIEŃ

NA JAKIE OBJAWY ZWRACAĆ UWAGĘ

JAK PRZEBIEGA DIAGNOSTYKA

OPCJE TERAPEUTYCZNE

I MOŻLIWOŚCI REFUNDACYJNE

<https://glospacjenta.pl/filmoteka>

RAK WĄTROBOWOKOMÓRKOWY – od badania anty-HCV po nowe opcje terapeutyczne



Barbara Pepke, prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei” była naszym gościem w Studiu pod Jaskółkami. Rozmawialiśmy o tym, dlaczego warto badać się w kierunku zakażenia wirusem HCV oraz o tym, co współczesna medycyna oferuje pacjentom z rakiem wątrobowokomórkowym.

Wirus HCV jest naprawdę groźny – w naszej szerokości geograficznej odpowiada za 60% zachorowań na raka wątroby.

– *Problemy, jakie może wywoływać znam z autopsji* – mówiła Barbara Pepke. – *U mnie, przypadkowo został wykryty blisko dwadzieścia lat temu, kiedy oddawałam krew w stacji krwiodawstwa. Udało mi się go pozbyć, ale przez lata byłam świadkiem wielu tragicznych historii pacjentów, u których wirus został wykryty na etapie rozpoznania raka wątrobowokomórkowego. Dlatego bardzo zależy nam – Fundacji „Gwiazda Nadziei” oraz organizacjom pacjentów skupionych w Koalicji Hepatologicznej na tym, żeby zakażenia HCV wykrywać jak najszybciej, kiedy jeszcze nie dojdzie do poważnych zmian w wątrobie.*

By wykryć wirusa HCV, wystarczy wykonać proste badanie z krwi – badanie anty-HCV. Od dawna zabiegaliście państwo o to, by znalazło się ono w koszyku POZ. Jak obecnie wygląda sytuacja?

Barbara Pepke: Od kiedy tylko pamiętam, od 2005 r. zabiegaliśmy o anty-HCV u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego. W tym roku (rozmowa odbyła się w grudniu 2022 r.) to badanie weszło do koszyka świadczeń lekarza rodzinnego, z czego się bardzo cieszymy. Nie widzimy jednak tłumów ludzi robiących to badanie. Wydaje się, że lekarze rodzinni, nie wiadomo dlaczego, nie widzą do końca potrzeby wykonania tego badania.

Pocieszające jest to, że kiedy pacjent już ma problemy, ma zmiany w wątrobie, a lekarz widzi, że coś się dzieje, to ma narzędzie diagnostyczne – może na koszt NFZ zlecić badanie anty-HCV i wykluczyć lub potwierdzić kontakt z wirusem HCV.

Czy macie jakieś dane na temat ilości wykonanych badań od momentu wejścia do koszyka POZ badania anty-HCV?

Barbara Pepke: Tak, poprosiłam o te informacje centralę NFZ w trybie informacji publicznej. Niestety, to nie są liczby, które rzucają na kolana – mimo refundacji badań wykonuje się zdecydowanie za mało. Pocieszeniem jest to, że ani pacjent już nie musi płacić za nie z własnej kieszeni, ani poradnia z własnych funduszy. Przedtem często było tak, że z powodów finansowych, mimo wyraźnej potrzeby, to badanie nie było wykonywane.

Na pewno dziś badanie na obecność przeciwciał wirusa HCV może niejednej osobie uratować życie. Dlatego byłoby wspaniale, aby każdy chociaż raz w swoim życiu je wykonał. Wiele osób zakażonych wirusem HCV żyje przez wiele lat nie zdając sobie z tego sprawy.

Skoro proste badanie pozwala uniknąć zachorowania na nowotwór, lekarz POZ ma je do dyspozycji i ma też swoją grupę pacjentów pod opieką, to może powinien wszystkich ich przebadać w kierunku HCV?

Barbara Pepke: Byłoby wspaniale! O to, aby przetestować wszystkich, zabiegają czołowi eksperci skupieni w Polskiej Grupie Ekspertów HCV, profesorowie chorób zakaźnych. Wykonanie testu anty-HCV można potraktować jak wykupienie polisy na życie. Każdy powinien go wykonać przynajmniej raz w życiu.

Pamiętajmy, że do zakażenia może dojść w wielu codziennych sytuacjach – nie tylko w trakcie poważnych zabiegów medycznych, ale podczas każdego naruszenia tkanki, pobrania krwi czy w gabinecie kosmetycznym.

Niekiedy nawet u młodych osób, w wieku 40-50 lat, wykrywa się zakażenie na etapie marskości. Spotkałam się z przypadkiem, kiedy 60-letni człowiek rok temu umierał z powodu marskości wątroby, bo zakażenie zostało wykryte na zbyt

późnym etapie. Można to odczarować, mamy możliwości diagnostyczne i terapeutyczne by uratować ludzi, którzy chodzą z tykającą bombą.

Co dzieje się z pacjentem, który otrzyma pozytywny wynik testu anty-HCV?

Barbara Pepke: Pacjent z pozytywnym wynikiem testu anty-HCV nie ma się czego bać. Dziś leczenie zakażenia wirusem HCV, czyli popularnie mówiąc żółtaczkę typu C, a poprawnie mówiąc wirusowego zapalenie wątroby typu C, jest bardzo szybkie, proste i skuteczne. Mówi się nawet o 100% skuteczności terapii, podczas której można pracować, normalnie funkcjonować, nie ma praktycznie skutków ubocznych. Od 2015 r. nastąpił niesamowity przełom w skuteczności leczenia i dostępności do terapii na HCV w Polsce.

Nie w każdym szpitalu mamy to leczenie, które jest bardzo szybkie i skuteczne. W ciągu 8-12 tygodni terapii, wirusa HCV pozbywają się niemal wszyscy leczeni. Jeśli ktoś nie wie, czy w jego okolicy jest taka placówka, w której można wykonać diagnostykę i otrzymać terapię, zawsze służymy pomocą. Fundacja „Gwiazda Nadziei” prowadzi infolinię, odbiera telefony – pociesza, uspokaja, mówi o tym, gdzie się udać, poddać leczeniu, dzięki któremu można uniknąć marskości i raka wątroby.

Mamy narzędzie do wykrywania zakażenia, skuteczne leki, lecz nie mamy kogo leczyć?

Barbara Pepke: Wykrywalność HCV spadła czterokrotnie podczas pandemii. Kiedyś mieliśmy 4 tys. osób zakażonych, w ubiegłym roku ponad 1 tys. To nie jest tak, że jest mniej osób zakażonych, tylko wiele jest chodzących z tykającą bombą. Więcej jest osób rozpoznanych na zaawansowanym etapie, nad czym ubolewają specjaliści.

Rozumiem, że jeśli ktoś jest zakażony, dochodzi do transmisji wirusa na kolejne osoby.

Barbara Pepke: Teoretycznie osoba zakażona niechcący może zakażać innych. Jednak chciałabym podkreślić, że nie zauważa się zakażeń w rodzinach. Wirus nie przenosi się przez codzienne kontakty, nawet podczas kontaktów seksualnych musi dojść do naruszenia ciągłości tkanki, aby przeniósł się wirus. Dużo łatwiej przenosi się wirus HBV. Na wirus HCV nie mamy szczepionki. Jednak eksperci zaznaczają, że najwięcej zakażonych osób, nawet 100 tys. w Polsce, to są zakażenia, do których doszło w przeszłości. Niestety dochodziło do nich w placówkach medycznych, co jest wynikiem nieprzestrzegania procedur, czasami niewłaściwego używania przedmiotów wielorazowego użytku. Nadal, choć teraz raczej sporadycznie słyszymy, że zdarza się, że pani obsługuje kilku kolejnych pacjentów w jednych rękawiczkach.

Obecnie doszły też tatuaże czy piercing, które są bardzo popularne i nie zawsze robione w renomowanych studiach z zachowaniem odpowiednich zasad. Dermatolodzy z kolei zwracają uwagę na tzw. garażową medycynę estetyczną. Często zabiegi wykonywane są w nieodpowiednich warunkach, niesterylizowanymi narzędziami, przez ludzi bez odpowiedniego przygotowania.

Barbara Pepke: Nie uchwycimy tego, gdzie moglibyśmy zos-

tać zakażenia – jedynym sposobem zmniejszenia ryzyka jest korzystanie ze sprawdzonych i pewnych miejsc. Zakażenia wirusem HBV czy HCV, czyli wirusami zapalenia wątroby przenoszonymi drogą krwiopochodną, są bardzo często bezobjawowe. Możemy nawet przez kilkanaście lat nie wiedzieć, że jesteśmy zakażeni. Aktualnie w Polsce kobiety oczekujące dziecka są poddawane testowaniu. I niekiedy wówczas wychodzi, że są zakażone. Dla kobiety w tym szczególnym momencie życia, jest to niewątpliwie niepotrzebny stres. Nasuwają się pytania, jak bezpiecznie urodzić dziecko, czy karmić je piersią. Młode kobiety powinny wcześniej, przed zajściem w ciążę, przetestować się w kierunku zakażenia wirusem HCV, aby zaoszczędzić sobie i swojemu dziecku niepotrzebnych w czasie ciąży silnych przeżyć.

Rak wątrobowokomórkowy to trudny nowotwór do leczenia. Przez dłuższy czas niewiele się działo. Tak naprawdę zwykle mówiło się, że pacjenci zgłaszają się za późno. Czy nadal jest za późno na wiele terapii?

Barbara Pepke: Niestety, tak. U około 30% pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym diagnoza jest stawiana tak późno, że lekarze nie mogą już nic zaproponować, prócz leczenia paliatywnego. Rak wątrobowokomórkowy powstaje głównie z powodu długotrwałego działania wirusów zapalenia wątroby. W naszej szerokości geograficznej to jest HCV, kolejne kilkadziesiąt procent to jest HBV. Kolejnymi czynnikami rozwoju tego nowotworu, dużo mniej ważnymi procentowo, są alkohol i stłuszczenie wątroby. Niestety, w społeczeństwie wciąż pokutuje przekonanie, że to alkohol jest główną przyczyną raka wątrobowokomórkowego. To powoduje, że pacjenci ukrywają chorobę. Przełamanie tego stereotypu miała służyć nasza kampania „Przełamać ciszę”.

Co medycyna oferuje pacjentom, którzy zostaną zdiagnozowani na wcześniejszych etapach choroby?

Barbara Pepke: W ostatnim czasie nastąpił ogromny przełom w leczeniu raka wątrobowokomórkowego. Jest naprawdę dużo opcji terapeutycznych. Pacjentom, którzy mają wcześniej postawioną diagnozę można na przykład przeszczepić wątrobę. Znam pacjentów, którzy po tej procedurze żyją przez wiele lat. Można wykonać wiele chirurgicznych zabiegów, by usunąć lub zmniejszyć guz. Jeśli te metody nie są możliwe, można zastosować immunoterapię, która w tym roku (2022, przyp. red.) weszła do refundacji. To ogromny przełom. Onkolodzy mówią, że efekty immunoterapii są spektakularne. To nas bardzo cieszy.

Tylko pacjenci mówią często, że czują się zagubieni w systemie.

Barbara Pepke: Tak, to prawda. Często pacjenci nie wiedzą, do którego ośrodka się udać. Najlepszymi ośrodkami są te z zespołami multidyscyplinarnymi, w których grono ekspertów pochyla się nad danym pacjentem i jego chorobą, decydując, którą opcję terapeutyczną zastosować. Najważniejsza jest jednak jak najszybsza diagnoza, by nie było za późno na leczenie.

Gdzie szukać informacji o tych ośrodkach multidyscyplinarnych, ile ich jest w Polsce?

Barbara Pepke: Takich ośrodków jest w Polsce kilkadziesiąt.

Na infolinii Fundacji „Gwiazda Nadziei” odbieramy telefon od chorych na raka wątrobowokomórkowego i staramy się znaleźć im leczenie, przyspieszyć diagnostykę. Ważne, aby mieć kartę DiLO, a to nie zawsze jest oczywiste. Nawet w ostatnich tygodniach mieliśmy telefony, że pacjent miał problem z jej wystawieniem. Czasami wystarczy edukacja praktyczna rodziny, aby przyspieszyć diagnostykę i leczenie. Powtórzę raz jeszcze – czas odgrywa decydującą rolę.

Wracamy więc do początku naszej rozmowy. Powinniśmy po każdej poważniejszej procedurze medycznej czy kosmetycznej testować się w kierunku wirusa HCV. Następnie jakie badania można później wykonać?

Barbara Pepke: Podstawą jest test anty-HCV, warto go wykonać nawet po każdym poważnym zabiegu dentystycznym. Wczesne wykrycie zakażenia pozwala w ogóle uniknąć nowotworu. Można również zaszczepić się przeciw wirusowi HBV, ponieważ nadal wykrywano są zakażenia wirusem żółtaczkowy typu B, które doprowadziły do raka i marskości wątroby. Natomiast, jeśli ma się objawy, które mogą wska-

zywać na problemy z wątrobą lub lekarz, oceniając parametry wątrobowe w badaniu laboratoryjnym widzi, że może z nią dziać się coś złego, lepiej nie zwlekać i wykonać badanie USG. Nie warto udawać, że to mnie nie dotyczy. To mogą być miesiące, które zdecydują o możliwości wdrożenia opcji terapeutycznej dającej szansę na znaczne wydłużenie czasu życia lub nawet na jego uratowanie. Nie traćmy nadziei i wykonujmy badania.

MASZ PROBLEM?

Skorzystaj z infolinii Fundacji „Gwiazda Nadziei”, by uzyskać poradę i pomoc:

Infolinia 609 719 122

Poniedziałki i czwartki w godzinach 15.00-17.00

Zajrzyj też na stronę fundacji

<https://www.gwiazdanadziei.pl>



Dr n. med. Andrzej Tysarowski, kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie.

ROLA BADAŃ GENETYCZNYCH W LECZENIU RAKA PŁUCA

Badania genetyczne nie są tanie, ale biorąc pod uwagę koszty terapii ukierunkowanych na cele molekularne, każda złotówka, którą wydaje na nie płatnik, zwraca się z nawiązką.

W leczeniu raka płuca mamy do dyspozycji wiele terapii celowanych, ale by którąś z nich zastosować, musimy, poprzez odpowiednie badania genetyczne, znaleźć właściwe cele molekularne. Dlatego diagnostyka genetyczna, która jest wymagana przed kwalifikacją do leczenia, w przypadku tego

nowotworu powinna być rozbudowana. Powinna identyfikować wiele markerów genetycznych – wszystko zależy od tego, jaką strategię przyjmie lekarz oraz jakie ma możliwości zlecenia badań genetycznych.

Oznaczenie jak największej liczby markerów jest bardzo ważne, bo nawet jeśli nie mamy refundacji przez NFZ danego leczenia celowanego, to pacjent może być zakwalifikowany do jednego z wielu badań klinicznych, które toczą się w Polsce i na świecie.

Jakie badania genetyczne w raku płuca wykonuje się najczęściej?

dr Andrzej Tysarowski: W tej chwili najczęściej wykonuje się tzw. prostych badań genetycznych, czyli testów jednogennych. Obligatoryjnie ocenia się mutacje w genie EGFR do leczenia inhibitorami pierwszej, drugiej i trzeciej generacji, następnie rearanżacje genów ALK i ROS1. Ocenia się też, badaniem immunohistochemicznym, ekspresję receptora PD-L1, by określić, czy można zastosować immunoterapię.

Jednak markerów w raku płuca jest o wiele więcej. Poza już wymienionymi, należy też oznaczyć wariant w genie KRAS, p.Gly12Cys, warianty w kodonie 600 genu BRAF, insercje w eksonie 20 genu HER2, a także rearanżację w genie RET oraz rearanżacje genów z grupy NTRK, a także status genu MET.

Dlaczego tak ważne jest, by oznaczać jak najwięcej markerów w jednym badaniu?

dr Andrzej Tysarowski: W dosyć dużej części przypadków raka płuca mamy bardzo mało materiału dostępnego materiału tkankowego do wykonania badania. Jeśli więc badanie markerów jest wykonywane wieloetapowo, czyli za każdym razem oceniany jest tylko jeden marker genetyczny, to błąd parafinowy, zawierający tkankę pobraną od pacjenta, może zostać całkowicie zużyty przed wykonaniem kolejnych badań. Czasem okazuje się, że nie możemy oznaczyć kolejnych markerów, bo nie mamy już materiału do badania. Stąd wykonywanie badań wielkoskalowych, czyli badań w technologii NGS (sekwencjonowania następnej generacji), które umożliwia ocenę wielu markerów z jednej porcji materiału jednocześnie, jest uznawane obecnie za złoty standard diagnostyki genetycznej w raku płuca.

Które z badań genetycznych w raku płuca są obecnie refundowane przez NFZ?

dr Andrzej Tysarowski: Obecnie NFZ refunduje dwa rodzaje testów genetycznych w raku płuca. Są to wspomniane już tzw. proste testy genetyczne, jednogennowe – EGFR, ALK, ROS1. Refundowany jest również tzw. mały panel NGS (kilkunastogenny), którego koszt wyceniono na 2,5 tys. złotych.

A które jeszcze badania powinny być refundowane?

dr Andrzej Tysarowski: Jednak w wybranych sytuacjach, w raku płuca badanie genetyczne powinno być wykonane w szerszym zakresie. Takie kompleksowe badanie genetyczne nowotworu również jest wykonywane w technologii NGS, ale ocenia się w nim około 300-500 genów na raz. W takim szerokim panelu ocenia się również tzw. sygnatury genowe, czyli zaburzenia genetyczne, mówiące o niestabilności mikrosatelitarnej i ładunek mutacyjny guza czyli marker TMB (*Tumor Mutation Burden*). Ten ostatni będzie najprawdopodobniej w przyszłości wykorzystywany na równi z ekspresją PD-L1 w kwalifikacji do immunoterapii.

Niestety, rozbudowane, kompleksowe badanie genetyczne nie jest obecnie refundowane przez NFZ. Koszt takiego badania to 6-8 tys. złotych. To sporo, ale nie każdy pacjent z rakiem płuca go wymaga. Trzeba jednak podkreślić, że jeśli nie wykonamy tego rozszerzonego badania u pacjentów, którzy

go wymagają, to zamknijemy im drogę do skutecznego leczenia.

A jakie są opcje wykonania badania genetycznego, jeśli w trakcie przeprowadzania diagnostyki okaże się, że wyczerpał się materiał pobrany od pacjenta?

dr Andrzej Tysarowski: W takiej sytuacji mamy testy genetyczne, które mogą być wykonane pomimo tego, że brakuje tkanki do badania lub tkanka z białaczki parafinowej nie jest diagnostyczna. To tak zwana płynna biopsja.

Na czym polega to badanie?

dr Andrzej Tysarowski: W przypadku płynnej biopsji oceniamy DNA nowotworu, który krąży we krwi pacjenta, czyli tzw. ctDNA (ang. *circulating tumor DNA*). Są to kwasy nukleinowe, wydzielane przez nowotwór do krwiobiegu nie tylko na zasadzie naturalnych procesów biologicznych, ale również podczas nekrozy (gwałtownej śmierci komórki z patologicznej przyczyny) czy apoptozy komórek (naturalnego procesu genetycznie zakodowanej śmierci komórki).

W laboratoriach genetycznych mamy już technologię, która pozwala na pobranie od pacjenta krwi i oddzielenie frakcji DNA nowotworu od DNA prawidłowego, znajdującego się w komórkach jądrowych krwi. Mamy też testy genetyczne, które są na tyle czułe, że pozwalają na tej małej frakcji DNA nowotworu wykonać profilowanie genetyczne mutacji somatycznych, czyli zmian charakterystycznych dla komórek nowotworu. Jest to szczególnie ważne w sytuacjach, gdy nie mamy tkanki nowotworu do badania lub pobrany od pacjenta materiał tkankowy jest niediagnostyczny.

Jakie są zalety badania ctDNA?

dr Andrzej Tysarowski: Istnieje wiele czynników przemawiających za tym, aby wykonywać płynną biopsję. Przede wszystkim jest to procedura małoinwazyjna – wystarczy pobranie 10 ml krwi. Poza tym, wszelkiego rodzaju badania naukowe wskazują, że jeśli guz jest stosunkowo duży (ma średnicę powyżej 1 cm), to wydziela on już na tyle dużo kwasów nukleinowych, by wyniki badania ctDNA były wiarygodne. Zgodność obu metod – badania z tkanki guza i badania ctDNA – sięga obecnie 90%.

Poza tym badanie ctDNA jest jedyną metodą genetyczną pozwalającą na monitorowanie procesu leczenia, pozwalającą zidentyfikować zmiany genetyczne powstałe na skutek leczenia. Nie sposób wykonywać biopsji tkanki u pacjenta co 3-4 tygodnie, wiadomo, że wtedy pobiera się krew.

Dobłą ilustracją tego, o czym mówimy, jest badanie w raku płuca mutacji p.Thr790Met (T790M), tzw. mutacji opornościowej, która pojawia się podczas leczenia inhibitorów pierwszej lub drugiej generacji. Właśnie dzięki płynnej biopsji identyfikujemy tę mutację opornościową na ctDNA. Wtedy jest możliwość podania kolejnego inhibitora trzeciej generacji, który przełamuje na jakiś czas oporność.

Jaką przewagę ma badanie ctDNA nad badaniem materiału tkankowego, pobranego w trakcie biopsji?

dr Andrzej Tysarowski: Kwasy nukleinowe uzyskane z płynnej biopsji to materiał genetyczny nowotworu, który jeszcze chwilę przed pobraniem krwi krążył w organizmie, jest aktu-

alnym, bieżącym profilem genetycznym nowotworu pacjenta. Pochodzi od wszystkich ewentualnych zmian nowotworowych u pacjenta. Natomiast tkanka zatopiona w bloczku parafinowym jest zazwyczaj pobrana już kilka lat wcześniej, dodatkowo pobrana punktowo z fragmentu guza. Natomiast ctDNA jest całą pulą kwasów nukleinowych pochodzenia nowotworowego. Można powiedzieć, że jest to pełen profil genetyczny wszystkich miejsc nowotworowych pacjenta onkologicznego. Taki rodzaj badań genetycznych w onkologii jest przyszłością.

Jakie są rodzaje testów ctDNA? Czy są refundowane?

dr Andrzej Tysarowski: Testy ctDNA mogą być jednogene-
nowe (EGFR, BRAF, KRAS) lub wielogenowe wykonywane
w technologii sekwencjonowania następnej generacji (NGS).
Niestety testy genetyczne NGS również obecnie nie są refun-
dowane, choć technicznie, w niektórych laboratoriach, mogą

już być wykonywane.

Wykonanie badania genetycznego nowotworu z krwi wydaje się dużo prostsze i mniej obciążające dla pacjenta niż pobieranie materiału tkankowego. Czy to będzie nasza przyszłość?

dr Andrzej Tysarowski: Myślę, że za kilka lat analiza ctDNA stanie się rutynowym badaniem genetycznym pacjentów onkologicznych. Jedyny zarzut, jaki pojawia się pod jego adresem to ten, że może być za mało DNA nowotworu we krwi i badania oznaczania markerów (genów) mogą być niewiarygodne. Dlatego obecnie materiałem referencyjnym jest wciąż tkanka nowotworu, zatopiona w postaci bloczka parafinowego lub preparatu cytologicznego. Jednak już teraz mamy wskazania by, jeśli materiał tkankowy z nowotworu nie jest dostępny, lub nie jest diagnostyczny, opierać się właśnie na analizie ctDNA.

JEDNA MUTACJA – WIELE NOWOTWORÓW

Od początku XXI wieku nastąpił gwałtowny postęp w badaniach genetycznych. W „Studiu pod Jaskółkami” gościliśmy dr n. med. Andrzeja Tysarowskiego, kierownika Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie. Rozmawialiśmy o tym, czym różni się genetyka klasyczna od genetyki zmian somatycznych oraz o tym, że jedna mutacja może wywoływać wiele różnych nowotworów.

Badania genetyczne dzielimy na dwie grupy. Pierwszą z nich jest **klasyczna genetyka**, która bazuje na identyfikacji zmian germinalnych, czyli takich które występują we wszystkich komórkach organizmu. Takie zmiany dziedziczy się od rodziców oraz przekazuje potomstwu. W tym przypadku mówimy o nowotworach uwarunkowanych genetycznie. Około 10% nowotworów to właśnie nowotwory uwarunkowane genetycznie. Przykładem mogą być niektóre nowotwory piersi, jajnika, jelita grubego czy np. tarczycy. Badania genetyczne wykonuje się w celu oceny predyspozycji do zachorowania na nowotwór, w którym podłoże genetyczne jest udowodnione. Wykrycie mutacji u takiej osoby potwierdza rozpoznanie nowotworu, a u członków rodziny, którzy jeszcze nie zachorowali umożliwia prowadzenie odpowiednio wcześniej badań profilaktycznych. Nowotwory o podłożu genetycznym bada się analizując DNA izolowany z komórek jądrzastych krwi obwodowej. Materiał genetyczny uzyskany tą drogą cechuje się bardzo dobrą jakością i jest łatwo dostępny. Badania zmian germinalnych z reguły zlecane są przez genetyków klinicznych, którzy po konsultacji pacjenta kierują na odpowiednie badania genetyczne. Takie badania mogą również zlecać onkolodzy kliniczni, jeśli programy lekowe wymagają oceny zmian germinalnych.

Drużga grupa badań genetycznych, to **genetyka mutacji somatycznych**, czyli zmian obecnych jedynie w komórkach

nowotworowych. Wykonuje się je na komórkach nowotworu, na tkance zmienionej nowotworowo. Tych zmian się nie dziedziczy, ani nie przekazuje się potomstwu. Ten rodzaj badań stosowany jest w celu kwalifikacji pacjentów do terapii celowanych, różnicowania nowotworu, postawienia właściwego rozpoznania, czy monitorowania procesu leczenia. Takie badania zlecają onkolodzy kliniczni.

Dziedzina badań zmian (mutacji) somatycznych jest młodą dziedziną genetyki, rozwija się od około 20 lat. Pierwsze badanie wykonywane powszechnie od 2000 r. to analiza amplifikacji genu HER2 w celu kwalifikacji do leczenia herceptyną w raku piersi. Później nastąpiła przerwa, a w 2008 r. i 2009 r. – pojawiły się badania genetyczne w nowotworze jelita grubego, konieczne do kwalifikacji pacjentów do terapii celowanej z wykorzystaniem przeciwciał monoklonalnych. Następnie w latach 2010/2011 – badania takie okazały się niezbędne do kwalifikacji do terapii anty-EGFR, a potem BRAF w czerniaku. W tamtym czasie badania były wykonywane w określonej sytuacji, w określonym rozpoznaniu histologicznym i nie było ich wiele.

Dopiero od 2015/2016 r. nastąpił gwałtowny rozwój w zakresie badań genetycznych mutacji somatycznych. Pojawiło się więcej terapii, które wymagały szerokiej oceny profilu genetycznego. Obecnie w coraz większej liczbie nowotworów są odkrywane nowe, molekularne cele terapeutyczne.

Poza tym, badania mutacji somatycznych to nie tylko kwalifikacja do terapii celowanych, monitorowanie leczenia, ale również badanie zmian, potrzebne do postawienia ostatecznego rozpoznania klinicznego. Patomorfolodzy oceniając materiał tkankowy, wykonując badanie mikroskopowe, nie są w stanie w niektórych sytuacjach jednoznacznie stwierdzić, jaki to jest nowotwór. Potrzebują informacji genetycznej, zlecają badania do laboratoriów genetycznych, aby uzyskać informację genetyczną. Część nowotworów ma stricte ustalony profil genetyczny, specyficzne zmiany, które pozwalają jednoznacznie określić dany nowotwór, a dalej zastosować odpowiednie leczenie.

Co spowodowało tak gwałtowny rozwój genetyki mutacji somatycznych?

dr Andrzej Tysarowski: Powodem jest stale rosnąca liczba zachorowań na nowotwory i konieczność poszukiwania coraz efektywniejszych sposobów leczenia. Dzięki terapiom celowanym, które w wielu przypadkach wymagają badania genetycznego przed leczeniem, sytuacja terapeutyczna systematycznie się poprawia. Wciąż rośnie liczba wskazań, w których można wykonać badania genetyczne, aby zakwalifikować pacjenta do leczenia celowanego. W ostatnim czasie pojawia się coraz więcej tzw. agnostycznych terapii celowanych. Nie są one ukierunkowane na określony podtyp nowotworu, tylko są ukierunkowane na określoną zmianę genetyczną. Ta sama zmiana genetyczna, np. rearanżacja genu NTRK, może występować w różnych typach histologicznych nowotworów. Są to stosunkowo rzadkie zmiany, ale występują w szerokiej grupie nowotworów. Stąd genetyka mutacji somatycznych staje się kluczowym elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Kilkanaście lat temu były to pojedyncze sytuacje kiedy zlecano badanie genetyczne, obecnie w większości nowotworów, badanie to pomaga postawić rozpoznanie, prawidłowo zakwalifikować do terapii i monitorować proces leczenia.

Jak dochodzi do takich odkryć, że znajdujecie ten sam gen w raku trzustki, a później w raku płuca?

dr Andrzej Tysarowski: Większość zmian genetycznych, np. BRCA1, BRCA2, to zmiany w genach, które pełnią podstawową rolę w systemach naprawy DNA. Jeśli taki gen jest uszkodzony, naprawa DNA nie działa, dochodzi do procesu nowotworowego. Logiczne jest zatem, że jeżeli mamy udowod-

nioną funkcję genów BRCA w raku piersi, to trzeba sprawdzić czy mutacje genu BRCA występują w innych nowotworach, a także sprawdzić czy inne geny o podobnych funkcjach nie posiadają mutacji. Na tej zasadzie m.in. wykonywane są takie badania, a markery genetyczne identyfikowane. Technologie, którymi dysponujemy w badaniach genetycznych, to techniki biologii molekularnej. Pozwalają one na sekwencjonowanie dużych części ludzkiego DNA czy RNA. Dzięki temu można przeanalizować wiele typów nowotworów i znaleźć wspólny mianownik genetyczny. W taki sposób przeważnie dochodzi do tego typu odkryć.

Na jakie problemy natrafiaacie w swoich badaniach?

dr Andrzej Tysarowski: Im bardziej złożone testy, tym bardziej potrzebny jest materiał genetyczny dobrej jakości zwłaszcza w przypadku badań mutacji somatycznych, gdzie kwasy nukleinowe izolowane są przeważnie z blozków parafinowych. Sama tkanka pobrana w trakcie operacji musi być odpowiednio przygotowana i prawidłowo utrwalana aby stanowiła wartościowy materiał diagnostyczny do badań patomorfologicznych i genetycznych. W przypadku badań genetycznych materiał genetyczny nie może być pofragmentowany, nie może być to materiał z dużą ilością inhibitorów, które pozostały po procesie przygotowania bloczka parafinowego. Te aspekty należy wyeliminować w pierwszej kolejności. Na szczęście materiału słabszej jakości jest coraz mniej, ale wciąż jest. Problem nie zniknął.

Co mogłoby poprawić sytuację?

dr Andrzej Tysarowski: Nie mamy systemów kontroli jakości badań genetycznych. Nie ma systemu, który nagradza za to, że badanie genetyczne zostało wykonane w najwyższej jakości, standardzie. Co gorsza, nie ma też jak egzekwować tej jakości. Trudno jest jednak powiedzieć, kto jest tutaj winny. Wydaje mi się, że dużą rolę odegra akredytacja laboratoriów patomorfologicznych wprowadzająca określone standardy opracowywania materiału histopatologicznego. Jeśli chodzi o badanie genetyczne, konieczne jest wprowadzenie standardów ISO, odgórna konieczność stosowania wysokich standardów pracy laboratoryjnej genetyki medycznej. To na pewno poprawi sytuację. Jedno jest pewne – musimy zadbać o najwyższą jakość i powszechną dostępność do badań genetycznych dla osób, które ich potrzebują, bo bez nich nawet najdoskonalsze terapie lekowe nie będą służyły pacjentom.



Przekazuje 1,5%
by **PACJENT** nie był
WYKLUCZONY
KRS 0000333981

 POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

KOORDYNATOR OPIEKI ONKOLOGICZNEJ – JESZCZE DŁUGA DROGA PRZED NAMI



dr. n. o. zdrowiu Eliza Działach, prezes ON-KO Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Onkologicznych



Jagoda Dziurkowska-Wolny, koordynatorka opieki onkologicznej, wiceprezes ON-KO

Koordynator opieki onkologicznej pojawił się w polskim systemie ochrony zdrowia w 2015 r. wraz z kartą DiLO. Jego zadaniem jest koordynowanie i nadzorowanie procesu leczenia. Czy faktycznie tak jest? O swoich doświadczeniach opowiadają Eliza Działach, prezes ON-KO Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Onkologicznych i Jagoda Dziurkowska-Wolny, wiceprezes, koordynatorka opieki onkologicznej w Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach-Ochojcu.

Kim jest koordynator opieki onkologicznej?

– Koordynator jest pośrednikiem między białym personelem a pacjentem – wyjaśnia Eliza Działach. – Jest osobą, która powinna nadzorować proces diagnostyki i leczenia, prowadzić pacjenta przez meandry systemu, sprawdzać, czy wszystko przebiega zgodnie z planem i na bieżąco informować o zaistniałych zmianach. Koordynator onkologiczny powinien prowadzić pacjenta w danym rozpoznaniu, w jednostce chorobowej czy jednostce ochrony zdrowia od samego początku do zakończenia leczenia onkologicznego. Powinien nie tylko informować ale i edukować. Co ważne, koordynator powinien być w każdej jednostce, który realizuje pakiet onkologiczny. Jest to wymóg niezbędny i formalny.

– Mówiąc o roli koordynatora w opiece nad pacjentem, często mówimy o prerehabilitacji, czyli o tym, co dzieje się z pacjentem, zanim zostanie wdrożone leczenie – tłumaczy Eliza Działach. – Musimy przygotować pacjenta do tego, co czeka go w najbliższej przyszłości. Pilnować, żeby był zdyscyplinowany i na przykład zrezygnował z nałogów, zadbać, by miał wsparcie psychologiczne i żywieniowe. Dam może przykład, wskazujący, że praca koordynatora to nie tylko pilnowanie terminów i skierowań, ale kompleksowe dbanie o dobrostan podopiecznych, który w dalszej perspektywie ma również wpływ na powodzenie leczenia. Żywnienie stanowi aż ¼ część piramidy opieki prerehabilitacyjnej. Każdy myśli, że żywienie za pomocą ONS (oral nutritional supplements czyli doustnych środków żywieniowych) powinno być wprowadzone na etapie, kiedy pacjentowi spadnie waga. Tak nie jest. Preparaty te zabezpieczają pacjentów również zanim podjęte zostanie leczenie – pomagają goić rany, uzupełnić poziom białka. W raku płuca zapotrzebowanie na białko wzrasta, warto wcześniej zadbać o jego poziom. Wiele pacjentów nie zdaje sobie sprawy, że z pozoru tak małe elementy są niezwykle istotne, dbałość o nie gwarantuje powodzenie terapii onkologicznej. W terapiach

głowy i szyi, kiedy pacjent nie może pić i jeść, również potrzebuje dobrego odżywienia. W raku przełyku bywa warunkiem podjęcia lub kontynuacji leczenia. Jeśli pacjent będzie wiedział wcześniej, przed rozpoczęciem leczenia, jak postępować, to jeśli podczas terapii pojawią się trudności z przełykaniem, smakiem wówczas będzie wiedział jak sobie pomóc i postępować.

Kiedy koordynator pojawia się na ścieżce pacjenta?

– Według obowiązujących przepisów koordynatora przydziela się pacjentowi podczas konsylium – mówi Jagoda Dziurkowska-Wolny. – Zdarzają się więc sytuacje, że pacjent ma wystawioną np. przez lekarza POZ kartę DiLO i jest pozostawiony sam sobie. Nikt go nie informuje, czym ona jest i gdzie z nią powinien się skierować. W teorii to powinno wyglądać tak, że pacjent powinien udać się z kartą DiLO do poradni lub szpitala, który wykonuje świadczenia w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej, a tam trafić do koordynatora. Tak jednak często się nie dzieje – bywa, że lekarz nie wie, że pacjent ma tę kartę wystawioną. Zresztą nieraz i sam pacjent nie zdaje sobie z tego sprawy, bo nikt go o tym nie poinformował. Gdy pacjent trafia do przychodni i pokazuje taką kartę, to zdarza się, że ktoś z rejestracji powiadomi lekarza, że jest pacjent onkologiczny i trzeba mu szybciej zrobić badania, zorganizować konsylium. Dopiero na etapie konsylium, czyli interdyscyplinarnego zespołu, składającego się z lekarzy różnych specjalizacji (onkolog kliniczny, radioterapeuta, lekarz specjalista w zależności od umiejscowienia nowotworu, radiolog, psycholog), zgodnie z ustawą, Konsylium wybiera dla pacjenta koordynatora. Moim zdaniem jest to zdecydowanie za późno.

– Mamy nadzieję, że po wprowadzeniu Krajowej Sieci Onkologicznej koordynator zajmie się pacjentem już na samym początku jego ścieżki – podkreśla Eliza Działach.

Ilu pacjentów optymalnie powinien mieć pod opieką koordynator?

– KSO zakłada, że miesięcznie, na koordynatora powinno przypadać 40 pacjentów świeżo rozpoczynających proces diagnostyczno-terapeutyczny – wyjaśnia Eliza Działach. – Myślę, że ta liczba 40 pacjentów jest liczbą magiczną. Niestety, te przepisy jeszcze nie weszły w życie. Ja mam to szczęście, że oprócz mnie w szpitalu są jeszcze dwie dziewczyny, które pomagają pacjentom. Natomiast w dużych jednostkach leczniczych, na jednego koordynatora może przypadać nawet 100 pacjentów. Przy takiej liczbie podopiecznych naprawdę trudno dobrze wywiązać się ze swoich obowiązków wobec chorych.

Tak naprawdę nie wiemy, ilu koordynatorów jest w naszym kraju, są to sztuczne dane wpisane w karcie DiLO. Nikt nie sprawdza ilu ich tak naprawdę jest.

– Nie zapominajmy, że tych 40 pacjentów, to są tylko nowi pacjenci w jednym miesiącu, rocznie byłoby ich już 480 – dodaje Jagoda Dziurkowska-Wolny. – Pojawia się też pytanie, do jakiego momentu jesteśmy koordynatorem danego pacjenta. Ustawa stanowi, że do zakończenia leczenia lub do zamknięcia karty DiLO. Leczenie jest coraz bardziej skuteczne, przynosi coraz lepsze efekty i trwa często wiele lat. I w rezultacie liczba pacjentów, którymi opiekuje się koordynator nieustannie rośnie. Są tacy koordynatorzy, którzy mają obecnie nawet po 500 i więcej pacjentów. Zdarza się też, że pacjent zadzwoni do koordynatora po kilku latach, bo potrzebuje pomocy, a karta DiLO nie jest zakończona, to ma do takiej pomocy i wsparcia pełne prawo.

Kto może zostać koordynatorem?

– Nikt nie określił, kto może nim zostać, więc nie wiadomo, czy koordynatorem może być sekretarka, lekarz czy pielęgniarka a może osoba bez wykształcenia medycznego po przeszkoleniu – wyjaśnia Eliza Działach. – Po drugie, nie wiemy, jakie wykształcenie powinien posiadać koordynator. Co więcej, praca koordynatora obecnie nie zalicza się do żadnej grupy zawodowej, jest po prostu funkcją w systemie. Wiemy za to, że przy jego wyborze należy zwracać tuż uwagę na psychikę kandydata, na to czy ma odpowiednią empatię i cierpliwość oraz szacunek do pacjenta.

– Wszyscy mówimy o opiece koordynowanej, ale nikt nie zadał sobie pytania, kto ma być tym koordynatorem i jak taką osobę przygotować do tej roli – podsumowuje Jagoda Dziurkowska-Wolny.

Koordynator jako zawód medyczny

– Dlatego my, jako stowarzyszenie wychodzimy z wieloma propozycjami, jak można byłoby uregulować prawnie miejsce koordynatora w systemie – wyjaśnia Eliza Działach. – Od tego roku akademickiego, na Śląskim Uniwersytecie Medycznym utworzono kierunek studiów, przygotowujący do pracy koordynatorów medycznych. Wraz ze specjalistami z Wydziału Nauk o Zdrowiu w Bytomiu opracowaliśmy program studiów licencjackich i podyplomowych. Wiemy, że nasz program studiów da absolwentom przygotowane multidyscyplinarne, student będzie miał kompetencje oraz odbędzie praktyki. To bardzo ważny element, kiedy będzie umiał posługiwać się technikami psychologicznymi, psychoonkologicznymi, będzie

potrafił edukować, interpretować wyniki badań. Będzie potrafił wspomagać pacjenta.

– Nie wszyscy koordynatorzy mają wykształcenie medyczne, ale powinni mieć chociaż podstawy wiedzy medycznej i psychologicznej, by wypełniać rolę wspierającą pacjenta i skutecznie spełniać rolę pomostu między nim a lekarzami – podkreśla Eliza Działach. – Praca koordynatora jest bardzo obciążająca psychicznie. Często po kilku latach mierzymy się z wypaleniem zawodowym. Każdy pacjent jest też inny, niektórym trzeba poświęcić więcej czasu. Trzeba też umieć z pacjentem porozmawiać. Mamy stały kontakt z pacjentami, wiemy co się u nich dzieje, również w życiu prywatnym.

– Postulujemy też, by stworzona została baza koordynatorów – dodaje Jagoda Dziurkowska-Wolny. – Osoby wykonujące ten zawód powinny znaleźć się w odpowiednim rejestrze i mieć swoje numery referencyjne, po których będą identyfikowane. A nie, jak jest w projekcie Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, że koordynatorzy będą identyfikowani po numerze pesel. Jesteśmy temu absolutnie przeciwni i nie wyrażamy na to zgody. Zastanawiające jest, że KSO pisze o koordynatorach bez zasięgnięcia ich opinii.

Koordynator przyszłości

– W świecie idealnym koordynatorzy powinni otaczać opieką pacjenta na każdym etapie leczenia – mówią zgodnie obie koordynatorki. – Nie powinniśmy ograniczać ich roli w systemie tylko do jednej czy kilku specjalizacji medycznych – onkologii, kardiologii czy medycyny rodzinnej. Optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie systemu, który umożliwiałby ścisłą współpracę pomiędzy różnymi dziedzinami medycyny. Moglibyśmy wtedy przekazywać sobie pacjenta z rąk do rąk. Teraz jest tak, że gdy nasz pacjent onkologiczny potrzebuje leczenia diabetologicznego czy kardiologicznego, to nie mam systemowej możliwości wsparcia go w leczeniu chorób współistniejących. Oczywiście staramy się pomagać, ale nie jest to łatwe.

– Zgodnie z założeniami Narodowego Strategii Onkologicznej jak i Krajowej Sieci Onkologicznej to pacjent powinien być w centrum uwagi. Jakość w onkologii to dla nas jakość podejścia do pacjenta, dlatego chcemy, aby pacjenci byli kompleksowo zaopiekowani i żeby każdy z nich miał dostęp do informacji oraz rzetelnej wiedzy w procesie leczenia czy materiałów edukacyjnych – wyjaśnia Eliza Działach. – Uważamy też, że pacjent powinien płynnie przechodzić spod opieki koordynatora w POZ pod opiekę koordynatora onkologicznego. Ten ostatni powinien móc przekazać mu jak najlepszej jakości materiały edukacyjne na temat choroby. Powinien też zabezpieczyć w pełni wsparcie psychologiczne, lekarские, zadbać o rehabilitację czy, jeśli to konieczne, leczenie bólu i opiekę paliatywną. Pamiętajmy też, że pacjenci różnią się między sobą, biorąc pod uwagę np. rodzaj nowotworu, każdy będzie potrzebował czegoś innego. Narzędzia i materiały powinny być dostosowane do tych potrzeb i przygotowane przez ekspertów.

– Jest jeszcze jeden aspekt, sprawiający, że system powinien wspierać rozwój opieki koordynowanej nad pacjentem – podsumowują koordynatorki. – Wprowadzenie koordynatora plus uwzględnienie sekretarki medycznej, która będzie zajmowała się rozliczeniami i sprawozdawczością sprawi, że lekarz będzie miał więcej czasu, by po prostu leczyć pacjentów.



Prof. dr n. med. Iwona Hus, hematolog, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, kierownik Kliniki Hematologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie.

PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA – DOBRE ZMIANY W PROGRAMIE LECZENIA

Chorzy na przewlekłą białaczkę limfocytową od stycznia 2023 mogą korzystać z opcji leczenia, które daje nowy program lekowy dla tej choroby.

Przewlekła białaczka limfocytowa to nowotwór wywodzący się z komórek układu chłonnego. Pierwotny rozrost zaczyna się w szpiku – najpierw dochodzi do jego zajęcia, później komórki nowotworowe pojawiają się we krwi obwodowej i zajmują węzły chłonne. Zmiany nowotworowe mogą być zlokalizowane również w śledzionie, a w bardzo zaawansowanych postaciach przewlekłej białaczki limfocytowej również w innych narządach.

Choroba może transformować w bardziej agresywną postać chłoniaka – mówimy wtedy o zespole Richtera. Zwykle jest to chłoniak rozlany z dużych limfocytów B. Transformacja do zespołu Richtera wiąże się z niestety z bardzo złym rokowaniem.

Pierwszym objawem przewlekłej białaczki limfocytowej są zmiany w morfologii krwi. Zwiększa się liczba krwinek białych – limfocytów, które wyglądają podobnie, jak prawidłowe limfocyty. W związku z tym, w rozmazie komputerowym, możemy stwierdzić zwiększoną liczbę limfocytów, czyli limfocytozę.

Przewlekła białaczka limfocytowa może mieć bardzo różnorodny przebieg kliniczny i u 1/3 pacjentów nigdy nie wymaga leczenia. Jedna trzecia chorych leczona jest po różnie długo trwającym czasie obserwacji, a tylko 1/3 chorych w momencie ustalenia rozpoznania.

Obecnie coraz częściej pacjenci pozostają jedynie w obserwacji w momencie ustalenia diagnozy, ponieważ choroba rozpoznawana jest we wczesnych fazach z powodu regularnie wykonywanych badań krwi. Próby kliniczne, wprowadzając w wykorzystaniu starszych leków, nie wykazały, że lecząc wczesną postać wydłużamy czas przeżycia pacjentów – pamiętajmy, że 1/3 z nich nigdy nie wymaga leczenia. Być

może, gdybyśmy mieli bardziej precyzyjne czynniki rokownicze, które pozwoliłyby przewidzieć, który pacjent we wczesnej fazie przewlekłej białaczki limfocytowej z pewnością będzie wymagał później leczenia, łatwiej byłoby ustalić, u kogo rzeczywiście we wczesnych fazach to leczenie powinniśmy zacząć. Ale takich czynników rokowniczych póki co nie mamy.

Sama obecność niekorzystnych czynników rokowniczych nie jest wskazaniem do rozpoczęcia leczenia.

Co wpływa na wybór metody leczenia?

Pierwszym niekorzystnym czynnikiem rokowniczym są delecja 17p lub mutacja genu TP53. Ta delecja i ta mutacja wiążą się z utratą funkcji genu TP53, co sprawia, że choroba nie odpowiada na chemioterapię. Częstość występowania tej zmiany zwiększa się wraz z czasem trwania choroby – przy rozpoznaniu wynosi 7-10%, natomiast przy progresji choroby może zwiększyć się nawet do 20-30%.

Drugim niekorzystnym czynnikiem rokowniczym jest niezmutowany status genów kodujących część zmienną łańcucha ciężkiego immunoglobulin, w skrócie od angielskiej nazwy mówi się wtedy o IGHV. Brak mutacji tych genów świadczy o tym, że transformacja nowotworowa rozpoczęła się na wcześniejszym etapie. Wiąże się to z niekorzystnym rokowaniem, jak również z gorszą odpowiedzią na immunochemioterapię. W przeciwieństwie do delecji 17p/ mutacji TP53 status IGHV się nie zmienia – albo jest, albo go nie ma. Dlatego sprawdzamy go tylko raz, natomiast obecność delecji 17p/ mutacji TP53 sprawdzamy przed każdą kolejną linią leczenia.

Kiedy leczymy przewlekłą białaczkę limfocytową?

Decyzję o leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej podejmujemy przy określonych wskazaniach, np. gdy znacznie

powiększają się węzły chłonne. Sygnałem do rozpoczęcia terapii może być również szybko powiększająca się liczba limfocytów we krwi obwodowej. Trzeba pamiętać, że nie chodzi o samą liczbę – np. 100 G/l 150 G/l czy 200 G/l. Ocenia się raczej szybkość narastania limfocytozy, w związku z tym pacjent może być nieleczony nawet przy liczbie krwinek białych prawie 400 000 G/l. Pamiętajmy – nie należy przywiązywać się do samej liczby bezwzględnej, tylko do tempa podwajania limfocytozy.

Wskazaniem do podjęcia leczenia jest też wystąpienie głębokiej niedokrwistości i głębokiej małopłytkowości. Jeśli jednak mają one charakter tzw. autoimmunologiczny, czyli pojawiają się przeciwciała przeciw krwinkom czerwonym czy płytkom krwi, a inne wymienione wcześniej problemy nie występują, to wówczas wystarczające będzie tylko zastosowanie kortykosteroidów.

Jak leczymy przewlekłą białaczkę limfocytową?

Obecnie, w przypadku przewlekłej białaczki limfocytowej, coraz częściej odchodzimy od chemioterapii stosujemy nowe terapie.

W I linii leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej, dla pacjentów z delecją 17p/mutacją TP53 lub/i niezmutowanym statusem IGHV, w nowym programie lekowym, który wszedł w życie od stycznia 2023, są dostępne terapie celowane, czyli *ibrutynib* i *akalabrutynib*. To jest bardzo dobra wiadomość, na którą długo czekaliśmy.

Chorzy, którzy nie kwalifikują się do intensywnej immunochemioterapii ze względu na wskaźnik chorób współist-

niejących i lub zaburzenia funkcji nerek, mogą w programie lekowym otrzymać leczenie skojarzone *wenetoklaks* z *obinutuzumabem*. Jest to bardzo cenna opcja – leczenie trwa przez rok i jest to leczenie bez chemioterapii.

Chorzy z niekorzystnymi genetycznymi czynnikami rokowniczymi i z istotnymi chorobami współistniejącymi lub/i zaburzeniami funkcji nerek mogli już wcześniej otrzymać leczenie skojarzone *wenetoklaks* z *obinutuzumabem*. Natomiast młodszy chorzy bez chorób współistniejących mogli być wcześniej leczeni jedynie immunochemioterapią, obecnie jeśli występują u nich niekorzystne czynniki genetyczne mogą oni w programie lekowym od stycznia 2023 otrzymać *ibrutynib* lub *akalabrutynib*.

Dla chorych nieobciążonych chorobami współistniejącymi, którzy nie mają niekorzystnych zmian genetycznych nadal leczeniem pozostaje immunochemioterapia, czyli połączenie *fludarabiny* z *cyklofosfamidem* i *rutyksymabem* albo *bendamustyny* z *rutyksymabem*.

Leczenie odpornej nawrotowej białaczki limfocytowej również od stycznia uległo zmianie. Pacjenci już wcześniej mogli być leczeni *rutyksymabem* z *wenetoklaksem*, a od stycznia mają też szerszy dostęp do *ibrutynibu*. Będą mogli być nim leczeni nie tylko chorzy z delecją 17p/ mutacją TP53, ale również chorzy po jednej linii leczenia niezależnie od statusu mutacyjnego. U chorych na oporną/nawrotową przewlekłą białaczkę limfocytową refundację uzyskał również *akalabrutynib* chociaż w węższym zakresie w porównaniu do *ibrutynibu*. Decyzja o zastosowaniu terapii zależna jest od lekarza prowadzącego.

Profilaktyka przedekspozycyjna COVID-19 dla pacjentów hematoonkologicznych

Pacjenci onkologiczni, a szczególnie hematoonkologiczni to specjalna grupa osób, które są wyjątkowo narażone na ciężki przebieg COVID-19. Ze względu na przyjmowane leki, w tym leki immunosupresyjne ich organizmy nie odpowiadają na szczepienia przeciwko tej chorobie. Jak można im pomóc?

prof. Iwona Hus: Problem COVID-19 nadal istnieje, szczególnie dla tych chorych, którzy mają problemy związane z zaburzeniem odporności wywołane samą chorobą, jak i z jej leczeniem. Mamy teraz kolejną falę zachorowań, więcej chorych w szpitalach, zakaz odwiedzin, zalecenia ścisłego przestrzegania noszenia masek.

Natomiast, patrząc na świat poza szpitalem, można odnieść wrażenie, że COVID-19 zniknął. Oswoił się, pojawiły się nowe problemy. Poza tym szczepienia w bardzo istotnym stopniu wpłynęły na ograniczenie zachorowań, wyciszenie pandemii.

Jednak lekarze chorób zakaźnych alarmują, że bardzo mało osób zgłasza się na szczepienia kolejnymi dawkami, punkty szczepień są puste. A pacjenci hematologiczni powinni

się szczepić, szczególnie, że są to często osoby starsze, co zwiększa dodatkowo ryzyko ciężkiego przebiegu choroby. Nie powinni też rezygnować z zasad przestrzegania dystansu społecznego czy noszenia maseczek.

O tym, że pacjent hematologiczny czy onkologiczny musi znaleźć się pod specjalną ochroną, powinno pamiętać również jego otoczenie – rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi. Bliscy powinni stworzyć ochronny kokon wokół chorego, by nie dopuścić do infekcji. To dotyczy nie tylko COVID-19, ale również ochrony przed innymi wirusami – grypy, paragrypy czy RSV, które teraz zbierają szczególnie obfite żniwo.

Zachorowanie przerywa leczenie?

prof. Iwona Hus: Sytuacja osób z chorobami nowotworowymi jest jednak wciąż trudna. Zakażenie SARS-CoV-2 może spowodować, że pacjent nie otrzyma na czas leczenia przeciwnowotworowego, a co za tym idzie, nie uzyskamy dobrej odpowiedzi na terapię onkologiczną. Leczenie przeciwnowotworowe musi być podawane systematyczne, na przykład co dwa, trzy tygodnie – choroba ten schemat przerywa. Szczególnym problemem u chorych na nowotwo-

ry układu chłonnego jest utrzymywanie się objawów tzw. long COVID, kiedy pacjent przez długi czas wykazuje wynik dodatni testów, bo jego organizm nie potrafi wyeliminować wirusa. A jeśli w przebiegu COVID-19 wystąpi na przykład zapalenie płuc lub inne powikłania, to sytuacja staje się naprawdę trudna. Efekt jest taki, że nie możemy wtedy podać leczenia przeciwnowotworowego, a to zmniejsza szanse nie tylko na wyleczenie, ale i może bezpośrednio zagrażać życiu. Bywa też tak, że u naszych pacjentów nie mamy odpowiedzi na szczepienie. Taka sytuacja zdarza się w szpiczaku czy przewlekłej białaczce limfocytowej, a także w ostrych białaczkach, gdzie podaje się chemioterapię w wysokich dawkach, czy u chorych otrzymujących transplantację komórek krwiotwórczych.

Jak możemy leczyć COVID-19?

prof. Iwona Hus: W leczeniu COVID-19 nadal stosujemy *remdesivir*, a także *molnupiravir*, który powinien być już dostępny w ośrodkach hematologicznych. *Molnupiravir* jest lekiem doustnym, więc jeśli pacjent szybko zgłosi się do ośrodka, to otrzymuje tabletki, które mają go chronić przed ciężkim zachorowaniem.

Czy jest szansa na dodatkową ochronę?

prof. Iwona Hus: Europejska Agencja ds. Leków (EMA, *European Medicines Agency*) zarejestrowała w 2022 roku kombinację przeciwciał monoklonalnych o przedłużonym działaniu w profilaktyce przedekspozycyjnej COVID-19. To połączenie dwóch przeciwciał monoklonalnych, które hamują wnikanie wirusa do komórek. Przyjęcie tego leku chroni to pacjenta przez pół roku zakażeniem SARS-CoV-2 i ciężkim przebie-

giem COVID-19. Co istotne, lek ten jest rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dla osób z umiarkowaną lub poważnie obniżoną odpornością, które mogą mieć niewystarczającą odpowiedź immunologiczną na szczepienie przeciwko COVID-19 bądź nie mogą przyjąć żadnej dostępnej szczepionki przeciw COVID-19. Znalazł się również w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej dotyczących profilaktyki infekcji SARS-CoV-2 u dzieci w immunosupresji. Niestety ten lek nie jest refundowany w Polsce, choć ma rejestrację zarówno w profilaktyce przedekspozycyjnej jak i w leczeniu COVID-19.

Jeśli pacjent chce skorzystać z profilaktyki przedekspozycyjnej, to musi ją sobie zapewnić na własną rękę. Jako lekarze czynimy starania, aby lek był dostępny dla naszych pacjentów, szczególnie hematologicznych. Oczywiście nie wszyscy w równym stopniu będą narażeni na zachorowanie, ale powinni go przyjąć chorzy na przewlekłą białaczkę limfocytową leczeni przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chorzy leczeni terapią CAR-T, czy poddawani transplantacji komórek krwiotwórczych. Jeśli ktoś choruje na przewlekłą białaczkę szpikową i jest leczony inhibitorem kinazy tyrozynowej, to ryzyko jest mniejsze, niż w przypadku chorób układu chłonnego, gdzie pacjent otrzymuje leczenie immunosupresyjne.

Materiał powstał na podstawie wywiadu przeprowadzonego w Studiu pod Jaskółkami, który można obejrzeć pod linkiem <https://youtu.be/lzVoXTbX74>

PODSUMOWANIE 2022 ROKU



Styczeń to czas podsumowań, ale też wyznaczania nowych celów, a ten, dla Fundacji DKMS, od lat jest niezmienny - znalezienie zgodnego niespokrewnionego dawcy szpiku dla każdego potrzebującego pacjenta. W 2022 roku 78 000 osób zostało potencjalnym dawcą szpiku, a 1442 dawców z bazy Fundacji DKMS dało szansę na drugie życie osobom wymagającym przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Akcje rejestracji w 2022 roku

Rejestracja w bazie potencjalnych dawców szpiku zwiększa szanse na znalezienie „bliźniaka genetycznego” dla osoby chorej, dla której niespokrewniony dawca szpiku jest często jedyną szansą na wyzdrowienie. W minionym roku fundacja przeprowadziła 1526 akcji rejestracji. Aż 205 z nich to Dni Dawcy Szpiku dedykowane konkretnym pacjentom, dla których poszukiwano „bliźniaka genetycznego”. Akcje te zostały zorganizowane dla 60 osób chorych, a zarejestrowało się podczas ich 16 300 potencjalnych dawców szpiku.

W 2022 roku 78 000 osób podjęło tę ważną decyzję i wyraziło chęć pomocy drugiemu człowiekowi, wypełniając formularz rejestracyjny. Dzięki temu, pod koniec roku w bazie Fundacji DKMS było łącznie 1 874 117 zarejestrowanych potencjalnych dawców szpiku.

1442 dawców faktycznych

Od początku działalności Fundacji DKMS już 11 458 dawców faktycznych oddało część siebie, by ratować życie swojego „bliźniaka genetycznego”, który czasami mieszka w zu-

DKMS
 POKONAJMY NOWOTWORY KRWI


**W 2022 roku przeznacziliśmy
ponad 3 443 000 zł na wsparcie
12 Klinik w Polsce.**

DKMS
 POKONAJMY NOWOTWORY KRWI


**Taką kwotą wsparliśmy w 2022 roku
organizacje pomagające Pacjentom
w ramach Dotacji Fundacji DKMS.**

pełnie innej części świata. W 2022 roku do donacji przystąpiło **1442** dawców, a krwiotwórcze komórki macierzyste zostały pobrane dla pacjentów z Polski, USA, Niemiec, Francji, Włoch, Wielkiej Brytanii, ale też tak odległych zakątków, jak m.in. Argentyna, RPA, Nowa Zelandia czy Urugwaj.

Program Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów

W ramach **Programu Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów**, rozpoczętego w 2018 roku, Fundacja DKMS wsparła finansowo w 2022 roku 12 klinik – 7 pediatrycznych oraz 5 dla dorosłych na łączną kwotę **3 443 000 zł**, która została przeznaczona na zakup sprzętu medycznego, budowę, rozbudowę oraz remonty oddziałów.

Ściany czterech placówek medycznych w Polsce ozdobiło 30 kolorowych, baśniowych grafik, które mają pomóc małym pacjentom w przełamaniu strachu i oswojeniu trudnych emocji, związanych z pobytem w szpitalu. Inicjatorem akcji był Łukasz Różycki, dawca faktyczny zarejestrowany w bazie Fundacji DKMS, który trzy lata temu oddał swoje komórki macierzyste choremu pacjentowi.

W 2022 roku w ramach **Programu Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów** Fundacja rozpoczęła nową inicjatywę – **Dotacja Fundacji DKMS**. Pilotażowa edycja Dotacji Fundacji DKMS, która wystartowała w czerwcu, realizowana jest w obszarze wsparcia psychologicznego. Jest to kolejny krok do poprawy jakości leczenia Pacjentów walczących z nowotworami krwi.

Dotacja Fundacji DKMS skierowana jest do organizacji działających na rzecz Pacjentów cierpiących na nowotwory krwi i choroby układu krwiotwórczego. Naszym wspólnym celem jest pomoc psychologiczna Pacjentom w każdym wieku będących w procesie leczenia jak i rekonwalescencji oraz ich bliskim. Pula dotacji w 2022 roku wyniosła 350 tys. zł. Inicjatywa spotkała się z dużym zainteresowaniem organizacji – zgłoszono aż 18 projektów. We wrześniu wyłoniliśmy laureatów I edycji Dotacji Fundacji DKMS. Jury wybrało 6 zróżnicowanych projektów. Wyróżnione organizacje, które otrzymały dotac-

je to: Fundacja Gajusz z Łodzi, Fundacja Anny Wierskiej „Dar Szpiku” z Poznania, Fundacja „Pomóż im” na Rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci z Białegostoku, Fundacja Pokonaj Chłoniaka z Krakowa, Stowarzyszenie na rzecz Dzieci z Chorobami Krwi w Lublinie, oraz Fundacja „W związku z rakiem” z Wrocławia.

Wsparcie dla polskiej nauki

W 2022 roku, już po raz czwarty, odbył się konkurs o Grant Naukowy Fundacji DKMS.

– W kategorii badań podstawowych zwyciężył projekt dr Natalii Gawlik-Rzemieniewskiej ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, która bada szlaki aktywacji limfocytów w chorobie GvHD (przeszczep przeciwko gospodarzowi). Laureatką w kategorii klinicznej została dr Alicja Sadowska-Klasa z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – jej badania dotyczą molekularnych czynników występowania ciężkich postaci mikroangiopatii związanej z transplantacją u pacjentów po transplantacji od nie w pełni zgodnych dawców rodzinnych. Wysokość finansowania każdego projektu to 200 tys. zł. Oficjalne ogłoszenie wyników i wręczenie statuetek odbyło się podczas XXX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów w Bydgoszczy. Cieszymy się, że możemy wspierać rozwój polskiej nauki w zakresie transplantologii. – powiedział dr Tigran Torosian, dyrektor medyczny Fundacji DKMS.

Wybuch wojny

Po wybuchu wojny w Ukrainie ruszyła ogromna fala pomocy. Wiele osób, organizacji i firm zaangażowało się w po-

moc obywatelom Ukrainy, którzy pozostali w swoim kraju bądź szukali schronienia w Polsce. Nasza fundacja również włączyła się w działania pomocowe na rzecz ukraińskich pacjentów. Od pierwszych dni wojny zaangażowaliśmy się w inicjatywę zapoczątkowaną przez prof. Wojciecha Młynarskiego i Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej oraz organizacje pacjenckie. Naszą rolą była koordynacja transportu medycznego dla ukraińskich pacjentów do klinik hematologicznych, aby mogli kontynuować leczenie. Zaledwie 4 dni po inwazji Rosji na Ukrainę skoordynowaliśmy pierwszy transport trzech małych Pacjentów spod ukraińskiej granicy do Polski, którzy trafili do Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W przeciągu dwóch miesięcy blisko 30 pacjentów skorzystało z koordynowanych przez nas transportów medycznych. Nasze działania skupiliśmy na specjalistycznym transporcie medycznym, wymagającym ambulansu a czasem i lekarza na pokładzie.

– 2022 rok podsumowujemy słowem – „dziękujemy”. W imieniu Fundacji DKMS dziękujemy wszystkim osobom wspierającym ideę dawstwa szpiku – dawcom, medykom, wolontariuszom, firmom, darczyńcom, organizacjom, mediom. Zakończyliśmy rok z ogromną dumą, że udało się nam zrealizować wiele pięknych i ważnych inicjatyw, dedykowanych pacjentom. Miłym krokiem dla naszej organizacji było przekroczenie liczby 10 tysięcy dawców faktycznych, czyli osób, które już pomogły pacjentom walczącym z nowotworami krwi. To 10 tysięcy szans na życie dla chorych na nowotwory krwi od dawców z naszej fundacji. – podsumowała Ewa Magnucka-Bowkiewicz, Prezes Fundacji DKMS.



Lody pomagają chorym na szpiczaka plazmocytozowego

Prof. dr n. med. Wiesław Jędrzejczak, specjalista chorób wewnętrznych, hematolog, onkolog kliniczny, transplantolog. Pracuje w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, na Wydziale Lekarskim w Katedrze i Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych. Jako pierwszy w Polsce przeprowadził allogeniczny przeszczep szpiku w 1984 r., a także przeszczep autologiczny w 1985 r.

Chemioterapia niesie ze sobą wiele skutków ubocznych. Nie ze wszystkimi medycyna potrafi sobie poradzić. Tym bardziej cieszyć może fakt, że niektórych z nich można uniknąć metodami tak przyjemnymi, jak jedzenie lodów. Jak doszło do tego odkrycia?

prof. Wiesław Jędrzejczak: Jedną ze standardowych metod leczenia szpiczaka plazmocytozowego jest przeszczepienie komórek krwiotwórczych. Poprzedza je podanie leku, który nazywa się *melfalan*. Jest on podawany w tak dużych dawkach, że uszkadza śluzówkę jamy ustnej. To skutkuje bardzo nieprzyjem-

nymi dla pacjentów objawami. W jamie ustnej pojawiają się wrzodzenia, powodujące ból i trudności w spożywaniu pokarmów. Od dawna wiedzieliśmy, że możemy tym problemom coś częściowo zapobiegać, jeśli pacjent, w trakcie podawania melfalanu będzie miał w ustach kostkę lodu.

Photo by Dana DeVolk on Unsplash



Dlaczego tak się dzieje? Wiemy, że *mel-falan* nie uszkadza śluzówki w niskiej temperaturze. Wiemy również, że on jest lekiem, który ma bardzo krótki biologiczny okres półtrwania, czyli inaczej mówiąc, we krwi utrzymuje się w około godziny. Jeżeli więc przez ten czas zmniejszymy temperaturę w jamie ustnej, to nie zniszczy błon śluzowych, ale będzie w dalszym ciągu robił krzywdę szpiczakowi, który tkwi w kościach. Przez lata była to wiedza przekazywana z ust do ust, nie było żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność takiego postępowania.

W związku z tym wpadliśmy na pomysł, żeby połączyć przyjemne z pożytecznym i zamiast kostki lodu zaproponować pacjentom po prostu lizanie zwykłych lodów w trakcie podawania leku. Pacjent mógł sobie nawet wybrać rodzaj lodów. Czy to będzie sorbet czy czekoladowe, czy słony karmel – tutaj nie stawialiśmy żadnych ograniczeń. Istotne było, żeby te lody na tyle mu smakowały, by dał radę jeść je przez godzinę.

Zrobiliśmy regularne badanie kliniczne, czyli randomizowaliśmy chorych. Byli ci, którzy te lody przyjmowali i ci, którzy ich nie przyjmowali. Porównaliśmy te grupy i okazało się, że rzeczywiście, częstość powikłań w jamie ustnej u pacjentów, którzy lody konsumowali, była zasadniczo zmniejszona. Dzięki temu praca, która była

właściwie wprawką studencką, jeśli chodzi o robienie prac klinicznych, została opublikowana w dobrym czasopiśmie naukowym. Wartość czasopism specjalistycznych, mierzy się tzw. *impact factor*. Nasze wyniki zamieszczono w czasopiśmie o *impact factor* wynoszącym 5, więc w dobrym średniaku.

To, że została dostrzeżona przez komitet, który przyznaje nagrody Ig Nobla, było dla nas zaskoczeniem. Komitet ma swoją siedzibę w Uniwersytecie Harvarda i jest złożony z laureatów prawdziwych nagród Nobla. Za swoje badania otrzymaliśmy 10 trylionów dolarów, ale niestety było to 10 trylionów dolarów Zimbabwe. W związku z tym wartość materialna nagrody była tak naprawdę niewielka.

Wciąż szukamy nowych rozwiązań, by pomóc pacjentom.

Kwestia zwalczania działań niepożądanych leków przeciwnowotworowych jest ogromną dziedziną nauki. Ja sam habilitowałem się w 1978 roku ze zwalczania skutków ubocznych chemioterapii. To były czasy dla większości czytających zapewne prehistoryczne, a praca była oczywiście zrobiona dużo wcześniej. Pisałem wtedy o metodach kontroli uszkodzenia układu krwiotwórczego, które były mi bardzo przydatne przy wdrażaniu przeszczepów szpiku.

Przez długi czas medycyna nie mogła na przykład poradzić sobie z nudnościami i wymiotami. Przez wiele lat, przy łóżku szpitalnym stawialiśmy miednicę, do której umęczony chemio-

terapią pacjent wymiotował. Pojawił się jednak pierwszy lek – *metoclopramid*, potem kolejne – *granisetron*, *tropisetron*. W tym momencie zmieniła się sytuacja, jeśli chodzi o powikłanie.

Na przestrzeni lat zmieniło się również podejście do mikrobiomu. Kiedyś uważało się, że trzeba przewód pokarmowy chorego poddawanego przeszczepieniu szpiku całkowicie wyjałowić. Teraz wiemy, że jednak potrzebne są w nim „dobre” bakterie, bo blokują tym „złym” dostęp do tzw. niszy. Obecnie w klinice, w której pracuję, standardową metodą jest więc transplantacja flory jelitowej. Do pewnego stopnia takie postępowanie jest już wystandaryzowane i mamy potwierdzenie, że działa. Odwróciło to paradygmat prowadzenia chorego po przeszczepieniu.

Cały czas trwa wyścig. Obecnie wprowadzamy leki celowane do terapii. Często mówi się, że nie mają skutków ubocznych, co nie jest prawdą – mają, tyle, że inne niż tradycyjna chemioterapia. Oczywiście zanim lek zostanie wprowadzony do powszechnego użytku, poddawany jest badaniom klinicznym, które służą wykryciu skutków ubocznych, a także znalezieniu na nie sposobów. Wiedza obecnego onkologa klinicznego jest wiedzą o lekach, które ma do dyspozycji, ich skojarzeniach oraz radzenia sobie z ich skutkami niepożądanymi. Jednak organizm człowieka jest bardzo złożony i taka precyzyjna walka z działaniami niepożądanymi nie do końca jest skuteczna, ale staramy się robić wszystko, by pacjent jak najmniej je odczuwał.

NAGRODA IG NOBLA

To humorystyczny odpowiednik Nagrody Nobla za prace naukowe, które najpierw śmieszą, a potem skłaniają do myślenia oraz odkrycia, które nie mogą lub nie powinny być powtarzane, przyznawane przez czasopismo *Annals of Improbable Research*.

Ideą tej nagrody jest popularyzowanie nauki i pokazanie zabawnych aspektów pracy naukowca. Nagradzane prace mają najczęściej faktyczną wartość naukową i ich zabawność jest jedynie dodatkowym atutem.

W 2022 r. Marcin Jasiński, Martyna Maciejewska, Anna Brodziak, Michał Górka, Kamila Skwierawska, prof. Wiesław Jędrzejczak, Agnieszka Tomaszewska, Grzegorz Basak oraz Emilian Snarski z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymali nagrodę w dziedzinie medycyny za wykazanie, że pacjenci onkologiczni, poddawani radio- i chemioterapii wykazywali mniej szkodliwych skutków ubocznych, jeśli podawano im lody.



JAK LECZYMY PRZERZUTY DO KOŚCI?

W „Studiu pod Jaskółkami” gościliśmy dr Michała Kunkiel, onkologa klinicznego z Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Rozmawialiśmy o przerzutach do kości, które towarzyszą często chorobie nowotworowej oraz o tym, jakie problemy stwarzają one zarówno lekarzom jak i pacjentom.

Przerzuty do kości definiujemy jako nacieki nowotworowe na strukturę kostną, które powodują ich osłabienie, patologiczną przebudowę zwiększając znacząco ryzyko złamań.

– Przerzuty do kości mogą dotyczyć w zasadzie każdego rozpoznania nowotworu złośliwego – tłumaczył dr Michał Kunkiel. – Są oczywiście nowotwory, którym przerzuty do układu kostnego towarzyszą częściej. U mężczyzn jest to rak gruczołu krokowego, u kobiet – rak piersi. Jednak grupą najbardziej zagrożoną są kobiety w wieku pomenopauzalnym. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa liczba pacjentów leczonych onkologicznie zagrożonych przerzutami do kości stale rośnie.

Przerzuty do kości a zdarzenia kostne

Same przerzuty do kości nie powodują większych implikacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Problem pojawia się w momencie, kiedy dochodzi do tzw. zdarzenia kostnego, wynikającego z przerzutów do kości.

– Do zdarzeń kostnych zaliczamy złamania patologiczne w obrębie kości (np. złamanie kości udowej), obrzęk rdzenia kręgowego wynikający z ucisku przez odłamy kostne, odbarczające lub stabilizujące zabiegi ortopedyczne/neurochirurgiczne czy konieczność przeprowadzenia radioterapii by uśmierzyć ból indukowany przerzutami do kości. Część autorów zalicza do zdarzeń kostnych tzw. parametr biochemiczny, hiperkalcemię, czyli podwyższony poziom wapnia we krwi uwalniający się z uszkodzonych

kości – wyjaśniał dr Michał Kunkiel. I dodaje: – Jeżeli do nich dochodzi, to sytuacja pacjenta zmienia się diametralnie, bo niosą one ze sobą duży ładunek dysfunkcyjny. Pacjent traci swoją codzienną mobilność, jest wykluczony z pełnienia swoich funkcji zawodowych i społecznych, a pogarszająca się jakość życia może powodować u niego zespoły depresyjne. Unieruchomiony pacjent często ma problemy z dojazdem do swojego ośrodka onkologicznego gdzie do tychczas zgłaszał się na regularnie na kolejne kursy terapii, tym samym zdarzenia kostne mogą wiązać się z pogorszeniem rokowania i takich chorych. Każda przerwa w leczeniu, każde zaburzenie w rytmie podawania leków powoduje, że choroba może wymknąć się spod kontroli doprowadzić do progresji.

Przerzuty do kości a osteoporoza

Stan zmniejszonej gęstości mineralnej kości (osteopenia), która poprzedza osteoporozę, może niestety maskować diagnostykę przerzutów do kości.

– Wiemy dzisiaj, że pacjentki, które cierpią na osteopenię czy osteoporozę niestety mają większe ryzyko rozwinienia przerzutów do kości, jeśli już zachorowały na chorobę nowotworową – podkreślił dr Michał Kunkiel. – Można tym pacjentkom pomóc poprzez profilaktykę pierwotną i wtórną. W profilaktyce pierwotnej należy po prostu badać się, aby wykryć chorobę na wczesnym etapie zaawansowania i ją skutecznie leczyć. Jeśli wykryjemy chorobę na wczesnym

etapie zaawansowania, obniżamy znacząco ryzyko rozwinienia przerzutów odległych, w tym przerzutów do kości. Jeśli chodzi o profilaktykę wtórną, na pewno przy rozpoznaniu przerzutów do kości, oprócz efektywnego leczenia onkologicznego, stosujemy tzw. leczenie wspomagające. W tym przypadku jest to kwas zoledronowy, związek chemiczny z grupy bisfosfonianów bądź denusumab, czyli przeciwciało monoklonalne, które wybiórczo i znacznie silniej niż kwas zoledronowy, hamuje aktywność osteoklastów (komórki odpowiadające za gospodarkę kostną, pobudzone do uszkodzania kości pod wpływem choroby nowotworowej).

Jaka jest skuteczność tego leczenia, czyli czy wymienione leki powstrzymują rozwój zmian kostnych?

– Najważniejszym leczeniem przerzutów do kości, czy w ogóle samej choroby onkologicznej, jest dedykowane leczenie nowotworu w zależności od lokalizacji narządowej. Należy wyraźnie podkreślić, że taka terapia atakuje także komórki nowotworowe które pojawiły się w układzie kostnym. Natomiast leczenie wspomagające, czyli kwas zoledronowy bądź denusumab, istotnie zmniejszają rozwinienie zdarzeń kostnych, o których mówiłem na początku, ale nie jest to stuprocentowe i wyłączone zabezpieczenie przed zdarzeniami kostnymi. Ważne jest, aby leczenie wspomagające zawsze towarzyszyło dedykowanej terapii onkologicznej.

Choroba przerzutowa kości a jakość życia pacjentów onkologicznych

– Przerzuty do kości mogą w dramatyczny sposób pogarszać codzienne funkcjonowanie pacjenta – mówił dr Michał Kunkiel. – Tak jak wspomniałem wcześniej, pogarszają jakość życia, zmniejszają czy wręcz uniemożliwiają mobilność chorego, wyłączają go z co-

dziennej funkcjonowania. Mówimy przecież o pacjentach po złamaniach patologicznych, którzy często spędzają długie dni i tygodnie na oddziale neurochirurgii czy ortopedii.

– Niestety, najczęściej nie ma możliwości podania pacjentowi leku onkologicznego w szpitalu, w którym przebywa z powodu złamania – zaznacza dr Michał Kunkiel.

– W dużym odsetku przypadków problem dotyczy chorych, którzy są hospitalizowani w mniejszych ośrodkach gdzie doświadczenie z terapiami onkologicznymi niekoniecznie jest duże. Koledzy lekarze będą się skupiać na skutecznym leczeniu miejscowym, czyli chirurgicznym, ortopedycznym. Następnie taki chory będzie kierowany do swojego macierzystego ośrodka onkologicznego.

LECZĄC CIAŁO, NIE ZAPOMINAJMY O DUSZY



Ewa Dubaniewicz – magister psychologii, magister pedagogiki, terapeutka uzależnień, pacjentka onkologiczna. W 2015 roku otrzymała diagnozę – rozsiany, nieoperacyjny GIST, wskazanie leczenia paliatywne. Przeszła dwie progresje choroby. Choć nie pracuje i jest pacjentką „na cały etat”, to od sześciu lat działa z pełnym zaangażowaniem w Stowarzyszeniu Pomocy Chorym na GIST oraz Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Bierze udział w wielu spotkaniach i konferencjach. Propaguje wiedzę na temat wsparcia psychologicznego, tak potrzebnego w chorobie nowotworowej, której zazwyczaj towarzyszy stres.

Korzystanie z pomocy psychologów i psychiatrów wciąż bywa wstydlive i stygmatyzujące. Nic bardziej mylnego i szkodliwego. Społeczeństwu bezwzględnie potrzebna jest w tym zakresie edukacja. Warto korygować błędne stereotypy, które wynikają z niewiedzy.

Jakość naszego życia zależy zarówno od zdrowia fizycznego, jak i od zdrowia psychicznego. A zdrowie fizyczne zależy od zdrowia psychicznego, i odwrotnie.

Miewamy zaburzenia somatyczne: nadciśnienie, choroby serca, cukrzycę itp. Poszukujemy wówczas pomocy internisty, kardiologa i diabetologa. I to jest oczywiste.

A czasami mamy zaburzenia psychiczne: obniżony nastrój, problemy ze snem, odczuwamy chroniczne zmęczenie i lęk, mamy niewyjaśnione objawy somatyczne. Powinniśmy wówczas poszukiwać pomocy psychologa, psychiatry, czy psychoterapeuty. I społecznie to już nie jest takie oczywiste.

Kiedy należy zgłosić się do specjalisty?

Odpowiedź jest prosta: zawsze, kiedy mamy pytania dotyczące swojego stanu zdrowia. W końcu nie mamy wiedzy medycznej i nie musimy się na tym znać, a jest to zadanie

dla specjalisty. Natomiast posiadamy intuicję i wszelkie sygnały, że „coś jest nie tak” powinny skłonić nas do kontaktu ze specjalistą.

Bywa i tak, że nasz wewnętrzny głos w wyniku poważnego zaburzenia nie ostrzega nas. Brak krytycyzmu często cechuje osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Wówczas powinni interweniować bliscy, którzy zauważają niepokojące symptomy.

Zazwyczaj konsultacja u psychologa czy psychiatry to nie spontaniczna decyzja, lecz zamierzenie, z którym pacjent „nosi się” przez jakiś czas. Warto przygotować się do takiej wizyty, poobserwować siebie i spisać wszystko, co budzi niepokój. Dużo informacji o własnym zachowaniu możemy uzyskać od członków rodziny i znajomych. Warto także zapisać pytania, które chciałoby się zadać specjalście.

...jeśli pojawiają się zaburzenia lękowe

Lęk jest to stan psychofizjologiczny, często występujący u pacjentów będących na różnych etapach leczenia onkologicznego, cechujący się poczuciem zagrożenia i bezradności, któremu towarzyszą specyficzne objawy somatyczne ze stro-

ny układu wegetatywnego. To wolno płynący nastrój, niezależny od sytuacji i irracjonalny, gdyż wynika z wyobrażonego, a nie realnego niebezpieczeństwa albo zagrożenia. Jest wywołany naszymi negatywnymi przekonaniami, przeżyciami i doświadczeniami. Często trudnością w lęku jest określenie z czego on wynika.

Mobilizacja do działania (atawistyczne walcz albo uciekaj) spowodowana długotrwałym lękiem, a więc stresem psychologicznym, to ogromny wysiłek organizmu, który może doprowadzić do stresu fizycznego i biologicznego. Te z kolei wyczerpują zasoby odpornościowe i doprowadzają do załamania zdrowia, pojawienia się chorób somatycznych lub pogorszenia stanu w chorobie już istniejącej, np. onkologicznej.

Gdy niepokój staje się silny i utrzymuje się zbyt długo to utrudnia także funkcjonowanie i wypełnianie codziennych obowiązków, prowadzi do ograniczenia kontaktów społecznych i wywołuje uczucie cierpienia.

Objawy zaburzeń lękowych wykazują dużą zmienność osobniczą i u każdego człowieka mogą być inne. Powinniśmy jednak zwrócić uwagę jeśli pojawiają się:

- 1) objawy wzbudzenia autonomicznego
 - odczuwanie bicia lub ciężaru serca, albo przyspieszenie jego czynności,
 - pocenie się,
 - drżenie lub dygotanie,
 - suchość w jamie ustnej (nie spowodowana lekami ani odwodnieniem);
- 2) objawy z klatki piersiowej i brzucha
 - utrudnione oddychanie,
 - uczucie dławienia się,
 - ból lub dyskomfort w klatce piersiowej,
 - nudności lub nieprzyjemne doznania brzuszne;
- 3) objawy obejmujące stan psychiczny
 - zawroty głowy, brak równowagi, wrażenie omdlewania, uczucie oszołomienia,
 - poczucie nierealności przedmiotów albo dystansu czy „nierealności” samego siebie,
 - obawa utraty kontroli, „zwariowania”, wyłączania się,
 - obawa śmierci;
- 4) objawy ogólne
 - uderzenia gorąca, zimne dreszcze,
 - poczucie drętwienia lub swędzenia;
- 5) objawy napięcia
 - napięcie, pobołowanie i ból mięśni,
 - niepokój, niemożność odpoczynku,
 - poczucie zamknięcia, znalezienia się „na krawędzi”, napięcia psychicznego,
 - poczucie ciała obcego w gardle lub trudności połykania;
- 6) inne objawy niespecyficzne
 - wzmożona reakcja na zaskoczenie lub przestraszenie,
 - trudności koncentracji, poczucie pustki w głowie z powodu lęku i zmartwień,
 - stała drażliwość,
 - trudności zasypiania z powodu zmartwień.

Powyższe objawy muszą dominować przez większość dni w okresie co najmniej kilku tygodni, a zazwyczaj kilku miesięcy. Zaburzenia lękowe uogólnione rzadko występują samodzielnie. Zwykle współistnieją z depresją, lub innymi zaburzeniami lękowymi.

Warto podkreślić, że zaburzenia lękowe mogą powodować powikłania. Do najczęściej występujących należą:

- depresja,
- problemy z radzeniem sobie ze stresem,
- infekcje,
- zaburzenia snu,
- problemy z układem pokarmowym,
- zaburzenia odżywiania,
- alkoholizm,
- narkomania,
- poczucie bezradności,
- uczucie osamotnienia.

...jeśli pojawią się objawy depresji

Podstawowe objawy depresji to:

- nastrój obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie nie podlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych i utrzymujący się przez co najmniej 2 tygodnie,
- utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność,
- zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.

Mogą im towarzyszyć inne objawy:

- spadek zaufania lub szacunku do siebie,
- nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej i nieuzasadnionej winy,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, albo jakiegokolwiek zachowania samobójczego,
- skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy, np. niezdeterminowanie lub wahanie się,
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, w postaci pobudzenia lub zahamowania (zauważalne subiektywnie lub obiektywnie),
- zaburzenia snu wszelkiego typu,
- zmiany łaknienia (wzrost lub spadek) wraz z odpowiednią zmianą wagi.

Czy można wyjść z zaburzeń lękowych/depresji bez pomocy specjalistów?

Objawów zaburzeń psychicznych nie można lekceważyć, gdyż nie miną same. Nie leczone zaburzenia lękowe i ich powikłania (depresja), czy inne schorzenia, mogą doprowadzić życie i zdrowie do ruiny. Bardzo ważne jest podjęcie leczenia jak najwcześniej.

W leczeniu stosuje się najróżniejsze metody – od leków i psychoterapii, przez leczenie aktywnością ruchową, aromaterapię, muzykoterapię, a nawet przez odpowiednią dietę, czy jogę. Łączenie farmakologii z psychoterapią i innymi formami terapii mogą być bardzo skuteczne. Odpowiedź zatem jest oczywista – należy zgłosić się do psychologa, psychoonkologa, psychiatry lub psychoterapeuty.

Ilość wizyt/sesji zależy od rodzaju problemu, z jakim zgłasza się pacjent.

Gdzie znaleźć pomoc kiedy pogorszy się mój stan psychiczny?

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego

Telefon do poradni w ramach ubezpieczenia w NFZ najłatwiej znajdziesz przez wyszukiwarkę internetową. Informację na temat placówek udzielających świadczeń możesz znaleźć na stronie: <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>

- wybierz interesujące Cię województwo,
- wpisz w pole „Nazwa” produktu kontraktowanego: „świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne” (w przypadku osób dorosłych),
- wpisz „świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży”.

Zadzwoń do poradni i dowiedz się o możliwość konsultacji z lekarzem psychiatrą.

Jeżeli lekarz uzna, że potrzebna jest farmakoterapia wystawi e-receptę (więcej dowiesz się na: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta>).

W ramach świadczeń udzielanych w poradni zdrowia psychicznego możesz też skorzystać z porady psychologicznej lub sesji psychoterapeutycznej z wykorzystaniem technik teleinformacyjnych.

Funkcjonują także prywatne poradnie zdrowia psychicznego, w których można uzyskać pomoc bez skierowania i odpłatnie.

2. Centrum Zdrowia Psychicznego

Sprawdź czy w Twojej okolicy znajduje się Centrum Zdrowia Psychicznego na stronie: <https://czp.org.pl/index.php/o-czp> Centrum Zdrowia Psychicznego to miejsce, w którym osoby doświadczające kryzysu zdrowia psychicznego lub cierpiące z powodu choroby psychicznej mogą otrzymać bezpłatną pomoc medyczną, socjalną i społeczną.

Na wsparcie psychologiczne mogą liczyć również rodziny i bliscy osób doświadczających choroby psychicznej.

3. Poradnia psychologiczna/gabinet psychologiczny

Czasami poradnia bywa całkowicie odrębną i niezależną funkcjonującą placówką, a czasami jest ona jednym z elementów przychodni czy kliniki – może ona bowiem stanowić jeden z gabinetów w poradni/centrum zdrowia psychicznego. Ale też być jednym z punktów w dużej przychodni, gdzie przyjmują również lekarze specjaliści.

Kontakt do poradni znajdziesz na stronie NFZ, wpisując w poniższym linku, po ostatnim ukośniku, nazwę własnej miejscowości: <https://nfz.org.pl/psycholog/warszawa>

Działają są też poradnie prywatne przyjmujące odpłatnie i bez skierowań. Psycholodzy mogą też przyjmować w gabinetach prywatnych. Należy poszukać w Internecie wpisując w wyszukiwarkę „psycholog prywatnie”.

4. Poradnia psychoonkologiczna/gabinet psychoonkologiczny

Poradnie psychoonkologiczne to specjalistyczne placówki obejmujące kompleksową opieką psychologiczną pacjentów nowotworowych oraz ich bliskich. Pomoc psychologiczna skierowana jest do pacjentów w trakcie hospitalizacji i do pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym. Pracują w nich psycholodzy, psychoterapeuci, psychoonkolodzy i często psychiatry. Poradnie takie funkcjonują przy prawie

wszystkich szpitalach onkologicznych. W Internecie należy w wyszukiwarkę wpisać „psychoonkolog NFZ”.

Dostępne są też psychoonkologiczne poradnie prywatne przyjmujące odpłatnie i bez skierowań. Psychoonkolodzy mogą też przyjmować w gabinetach prywatnych. Wystarczy poszukać w Internecie wpisując w wyszukiwarkę „psychoonkolog prywatnie”.

5. Wsparcia specjalistów można szukać również z pomocą ogólnopolskich organizacji pozarządowych pomagających chorym onkologicznie, lub w lokalnej fundacji, czy stowarzyszeniu. Kontakty do takich organizacji można znaleźć w Internecie.

Gdzie potrzebne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a gdzie nie?

Nie musisz mieć skierowania do psychiatry, psychologa, psychoonkologa przyjmujących w poradni prywatnej oraz gabinecie prywatnym. Psychiatra leczący w ramach NFZ też nie zechce żadnego skierowania. Z kolei do psychologa na NFZ skierowanie jest niezbędne. Może je wystawić psychiatra z poradni, prywatnego gabinetu posiadającego kontrakt z NFZ lub lekarz pierwszego kontaktu. Wyjątkiem jest czas zagrożenia epidemicznego, kiedy skierowanie do psychologa nie jest potrzebne.

Gdzie zgłosić się jeśli szybko potrzebuję wsparcia?

Poradnia Telefoniczna 116 123 udziela pomocy psychologicznej osobom doświadczającym kryzysu emocjonalnego, samotnym, cierpiącym z powodu depresji, bezsenności, chronicznego stresu.

W stanach nagłych, w kryzysie psychicznym, można zgłaszać się do szpitali psychiatrycznych bez skierowania i po decyzji lekarza dyżurującego na izbie przyjęć zostać umieszczonym w szpitalu.

Który specjalista pomoże w moich trudnościach?

PSYCHOLOG

Ukończył studia magisterskie na kierunku psychologia. Zajmuje się opiniowaniem, diagnozowaniem, badaniem psychologicznym i kierowaniem na odpowiednie leczenie. Udziela pomocy psychologicznej konsultując, udzielając porad psychologicznych czy psychoedukacji. Uprawniony jest do wydawania orzeczeń czy zaświadczeń na temat stanu zdrowia psychicznego. Do psychologa warto zgłaszać się z bieżącymi problemami, które utrudniają codzienne funkcjonowanie.

PSYCHOONKOLOG

Aby wykonywać ten zawód należy ukończyć wyższą uczelnię medyczną (wydział lekarski, pielęgnarski, ratownictwo medyczne lub wydział nauk o zdrowiu), psychologię, socjologię, pedagogikę, rehabilitację, pracę socjalną, dietetykę, lub teologię. Następnie studia podyplomowe z psychoonkologii oraz uzyskać certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Psychoonkolog udziela pomocy terapeutycznej i zajmuje się profilaktyką zdrowia psychicznego osób chorych na nowotwory i ich rodzin.

PSYCHIATRA

To lekarz medycyny, który ukończył specjalizację w zakresie psychiatrii. Jest uprawniony do stawiania diagnozy i leczenia farmakologicznego. Jak każdy lekarz może wystawiać recepty. Zajmuje się głównie leczeniem farmakologicznym. Psychiatra może zdecydować o leczeniu pacjenta w szpitalu oraz wydać skierowanie. Do psychiatrii powinni zgłaszać się pacjenci z dużym nasileniem objawów oraz znacznym zaburzeniem.

PSYCHOTERAPEUTA

Nie musi być z wykształcenia lekarzem, ani psychologiem. Aby uzyskać kwalifikacje należy ukończyć szkolenie podyplomowe psychoterapeutyczne (4-5 lat). Psychoterapeuta zajmuje się leczeniem zaburzeń funkcjonowania, dociera wspólnie z pacjentem do ich źródeł i wspólnie poszukuje nowych rozwiązań i schematów. Prowadzi terapię dla osób z zaburzeniami funkcjonowania, które chciałyby uzyskać trwałą poprawę, w tym m.in. dla pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Psychiatra może zalecić podjęcie psychoterapii lub konsultację u psychologa, a psycholog wizytę u psychiatry.

Jaka jest rola bliskich w leczeniu zaburzeń psychicznych?

Osoba z depresją nie zawsze jest świadoma swojej choroby i to właśnie osoby z jej otoczenia powinny być uważne, i powinny pomóc jej zgłosić się do specjalisty. Nie można jednak umówić osoby, która nie zgadza się na konsultację u specjalisty. A lekarz nie może diagnozować zaocznie lub bez zgody pacjenta. Czy to znaczy, że nic nie możemy zrobić? Możemy np. umówić się na wizytę psychoedukacyjną, by dowiedzieć się, co może odczuwać pacjent, jak można mu pomóc i jak go wspierać. I warto zachęcać pacjenta do współpracy z psychologiem, psychoonkologiem, psychiatrą lub psychoterapeutą.

Jeśli jednak pacjent sam poszukuje pomocy specjalistów, lub w wyniku starań rodziny wyraża zgodę na leczenie i je podejmuje, wsparcie bliskich jest nieocenione. Osoby bliskie są w stanie udzielić specjalistom informacji o życiu codziennym chorego, problemach z jakimi się zmagają, ewentualnym pogorszeniu lub poprawieniu się stanu w jakim się znajduje. Dobrze żeby rodzina i bliscy pomagali pacjentowi w określaniu celów terapii, zadawali pytania dotyczące samopoczucia pacjenta przed i w trakcie leczenia. To wszystko może wpływać na skuteczność leczenia.

Z powodu swej choroby pacjenci często stopniowo ograniczają relacje z innymi, a równocześnie tego kontaktu i wsparcia bardzo potrzebują. Choroba jednak sprawia, że nie potrafią tego okazać. Należy unikać krytyki zachowań pacjenta, a w ciężkiej depresji również nadmiernego motywowania do działania. To może być bowiem szczególnie frustrujące, bo zdaje on sobie sprawę, że nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom.

Rolą rodziny i bliskich jest dawanie pacjentowi wsparcia i towarzyszenie mu. Dla pacjenta ważna jest świadomość, że jest ktoś na kogo może liczyć.

Jaka jest rola pracodawcy osoby z zaburzeniami psychicznymi?

Choroba pracownika to trudna sytuacja także dla pracodawcy. Chorzy czasami chcą kontynuować pracę, jednak m.in. ze względu na brak elastycznego czasu pracy lub osłabienie fizyczne i niedyspozycje psychiczne muszą skorzystać ze zwolnienia lub urlopu. Z kolei pracodawca chce ograniczyć absencję pracowników i zwiększać ich wydajność.

Jednak rola pracodawcy jest nie do przecenienia. Komunikacja z chorym pracownikiem to ważny aspekt. Ważna jest też kwestia **wsparcia emocjonalnego**, także ze strony organizacji zawodowej, pracowników i przełożonych. Pomoc może też dostęp do opieki specjalistów, jak i rozmowa najpierw z osobą chorą o sposobie poinformowania innych o chorobie (jeśli będzie sobie tego życzyć) i/lub o zmianie np. wymiaru godzin lub charakteru pracy.

Niewiele firm udziela wsparcia osobom przewlekle chorym. A jeszcze mniej deklaruje posiadanie programów wspomagających powrót do pracy. Powrót do aktywności zawodowej, jeśli na to pozwala sytuacja zdrowotna pacjenta, może być ważnym elementem rehabilitacji, socjalizacji (więzi społeczne, rozwój osobowości człowieka, satysfakcja i samorealizacja) i źródłem dochodu. Istotnego znaczenia nabierają więc wszelkie działania firm, które umożliwiałyby dalszą karierę, a choroba nie była powodem do dyskryminacji.

I na koniec...

My pacjenci dobrze wiemy jak trudno zmagać się z nowotworem, procesem leczenia (w tym paliatywnym), objawami ubocznymi przyjmowania farmakoterapii, hospitalizacją, zabiegami chirurgicznymi, ograniczeniami spowodowanymi chorobą i leczeniem, z poczuciem utraty ważnych dla nas aspektów życia oraz zagrożeniem śmiercią.

Jak herosi zmagamy się z własnymi myślami, emocjami i ciałem. Walczymy każdego dnia o to, by cieszyć się życiem i brać je póki trwa. Życzę zatem pacjentom onkologicznym i sobie, abyśmy potrafili godnie i mądrze doświadczać choroby, a jednocześnie w pełni żyć.

ppk POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

Przekazuję
1,5%
by PACJENT nie był
WYKLUCZONY
KRS 0000333981

CZY WNĘTRZA MOGĄ LECZYĆ?

fot. Gosia Góra



– Krytyk architektury Sarah Williams powiedziała, że nasze otoczenie może nam pomóc, albo może nas wręcz zranić. Tak rzeczywiście bywa. Moim zadaniem jest pomóc stworzyć taką przestrzeń, która pozwala pacjentom wrócić do zdrowia, w której czują się bezpiecznie, a ich samopoczucie powoli się polepsza – mówi w „Studiu pod Jaskółkami” Olga Strużyna-Mazurkiewicz, która aranżuje wnętrza, wspierające zdrowie.

Psychologia architektury, psychologia designu – to nie są pojęcia, z którymi stykamy się na co dzień. Co się pod nimi kryje? Skąd pomysł, by się im poświęcić?

Olga Strużyna-Mazurkiewicz: Teraz to już się zmienia i coraz więcej osób zaczyna projektować wnętrza, stawiając w centrum człowieka jego zdrowie i dobre samopoczucie, ale faktycznie jak zaczynałam, to temat był mało znany. U mnie potrzeba takiego projektowania pojawiła się stopniowo.

Na moje decyzje, tak jak na decyzje wielu osób, miały wpływ doświadczenia osobiste. Moje babcia była chora na dwa nowotwory. Na początku leczenia chciała wracać do domu, myślała o remoncie, zmianach. Wraz z postępem choroby te pragnienia stały się już tylko marzeniami. Spędzałam z nią w szpitalu bardzo dużo czasu, towarzyszyłam jej w chorobie. Nawet jak już była bardzo chora, to zawsze miała ze sobą żółty koczek. Taki mięciutki, przyjemny, pachnący. Przy kolejnych przenosinach ze szpitala do szpitala, koczek zaginął na izbie przyjęć. Dopiero po pewnym czasie mama go odnalazła i przyniosła babci, która się cała rozpromieniła na jego widok. Babcia chciała żyć. Wyrażała to w chęci kontroli nad swoim mieszkaniem oraz w posiadaniu dodatków, dzięki którym czuła się bezpiecznie i które były jej łącznikiem z domem, z życiem. Te wspomnienia, związane z moją ukochaną babcią gdzieś tam we mnie zapadły.

Gdy kilka lat po jej śmierci szukałam jakiejś nowej pasji, w zasadzie to chciałam pogłębić moją przygodę z projektowaniem wnętrz. Znalazłam w Stanach Zjednoczonych taką dziedzinę jak psychologia designu. W trakcie nauki dowiedziałam się o tym, jak bardzo przestrzeń jest ważna dla nas, a dla pacjentów szczególnie. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę, że przestrzeń może nas albo wspierać i dawać nam lepsze samopoczucie albo ranić i być nieprzyjazną. Okazało się, że istnieje cała gałąź nauki poświęcona tym zagadnieniom, m.in. neronauka, psychologia architektury, psychologia designu, czy idea healing environment. Po uzyskaniu certyfikatu nadal pogłębiałam swoją wiedzę na ten temat. Naturalną konsekwencją moich zainteresowań było stworzenie 2 lata temu Fundacji „Space with Love”. Od tego czasu udało nam się już wyremontować dwie przestrzenie w szpitalach onkologicznych – w Wieliszewie

i w Siedlcach. Są one w zgodzie z zasadami psychologii architektury i dają pacjentom szansę na spędzanie czasu w przyjaznym otoczeniu.

Jak powinno wyglądać takie poprawnie konstruowane wnętrza w szpitalu?

Olga Strużyna-Mazurkiewicz: Jest kilka takich podstawowych zasad. Przede wszystkim bardzo ważny jest kontakt z naturą. Jeśli za oknem nie ma zieleni, możemy przenieść ją do wnętrza. Staramy się tak robić, a pomagają nam w tym fototapety przedstawiające na przykład las, pejzaż, widok morski. Działają na pacjentów uspokajająco, ułatwiają wyściszenie, zmniejszają poziom stresu.

Kolejnym ważnym czynnikiem jest oświetlenie. Nie może być chłodne, sztuczne, najlepiej sprawdzają się ciepłe i neutralne barwy. Również przy wyborze mebli i kolorów ścian kierujemy się barwami pochodzącymi z natury i z naszej szerokości geograficznej.

Ważne jest, aby w przestrzeni pobudzić wszystkie zmysły pacjenta. W Siedlcach udało nam się na przykład umieścić dyfuzor z zapachem lawendy oraz budkę ze śpiewem leśnych ptaków. Dzięki temu pobudzamy zmysły – węchu i słuchu. Fajnie kiedy możemy dodać miękką tkaninę, działającą na zmysł dotyku, niestety, w szpitalu nie jest to tak możliwe. W pokoju w Wieliszewie udało nam się „przemycić” kanapę z miękkiej tkaniny, a w Siedlcach ekrany akustyczne z filcu w kształcie liści.

Kolejnymi czynnikami wpływającym na dobrostan pacjentów jest zmniejszenie hałasu i odpowiednia wilgotność. Stosujemy przegrody akustyczne. W przypadku pacjentów onkologicznych nie zawsze można liczyć na klimatyzację, ponieważ muszą przebywać w cieple, a powietrze jest wtedy dosyć suche. Jednak w domu powinniśmy się starać, by powietrze miało optymalną wilgotność szczególnie zimą gdy grzeją kaloryfery.

W szpitalu mamy obostrzenia wynikające z zasad bezpieczeństwa. W domu prawdopodobnie możemy sobie pozwolić na więcej?

Olga Strużyna-Mazurkiewicz: Przez to, że ciało choruje, potrzebujemy większego poczucia bezpieczeństwa, ochrony

w naszych domach i mieszkaniach. Przestrzeń, do której wchodzimy, powinna nam to zapewnić. Można zrobić sobie ćwiczenie, które polega na tym, że zamykamy oczy i pytamy siebie, czy dobrze się czujemy, tam gdzie jesteśmy.

Pacjenci zwracają przede wszystkim uwagę na trzy rzeczy: że jest za mało przestrzeni w otoczeniu mieszkalnym, że jest za mało światła i że jest za dużo hałasu.

Super, jeśli za oknem mamy widok na drzewa. Jeśli nie, to można wydrukować zdjęcie, kupić obraz z widokiem na przyrodę: wodę, las, czy góry. To jest indywidualny wybór.

Ważne jest światło. Rano jak najbardziej wskazane jest jasne, wieczorem powinno to być światło ciepłe.

Minimum na godzinę przed snem należy wyłączyć telefon, telewizor, komputer. Nie jest to zwykle łatwe, ale naprawdę warto. Produkują one światło niebieskie, które wieczorem jest szkodliwe, bo powstrzymuje produkcję melatoniny.

Następną kwestią są kolory. Nie powinny być jaskrawe, chyba, że ktoś naprawdę je lubi.

Ważne są też kształty. Im więcej zaokrągleń, tym jest to lepsze dla umysłu.

Pilnujemy optymalnej wilgotności powietrza – dobrze, by utrzymywać ją pomiędzy 40 a 60%. Możemy wspomagać się nawilżaczami powietrza, na kaloryferach powiesić mokre prześcieradło lub umieścić ceramiczne pojemniki z wodą.

Bardzo istotna jest temperatura w mieszkaniu. Powinna być taka sama w każdym pomieszczeniu, i utrzymywać pomiędzy 19 a 21 stopni Celsjusza.

Również w domu warto pobudzać zmysły: słyszeć ulubioną muzykę, dźwięki natury, odgłosy płynącego strumienia.

Jeśli chodzi o zapachy polecam dyfuzor do kominka. Dyfuzor jest czysty i można do niego dodać olejki eteryczne, np. lawendowy, który nas uspokoi czy pomoże nam w zasypianiu. Warto też mieć rośliny doniczkowe (np. sansewieria, zamio-kulkas, zielistka, paproć), ponieważ oczyszczają powietrze. Oczywiście nie wszystkie mają takie właściwości.

Czy to, o czym rozmawiamy jest podparte jakimiś badaniami, czy po prostu tak ktoś sobie wymyślił i praktyka wskazuje, że pomaga?

Olga Strużyna-Mazurkiewicz: Przestrzeń zdecydowanie wpływa przede wszystkim na nasze ciało. Jest to poparte chociażby taką nauką jak neurobiologia. Możemy sprawdzić, jak organizm reaguje na otoczenie. Możemy to zrobić na dwa sposoby: poprzez pomiar fal mózgowych albo poprzez zmiany ciśnienia krwi. Wtedy wiemy, a nasze ciało czuje, jak wchodzimy do jakiejś przestrzeni, czy nam jest tam dobrze i czy chcemy tam zostać, czy chcemy po prostu stamtąd uciec.

Na początku lat 80. pojawiły się badania na temat wpływu kontaktu z naturą na proces zdrowienia. Przeprowadził je dr Roger Ulrich z pacjentami po operacji na jamie brzusznej na oddziale chirurgicznym. Okazało się, że pacjenci podczas rekonwalescencji, leżąc w sali

z widokiem na zieleń, znacznie rzadziej potrzebowali leków przeciwbólowych. Nie cierpieli z powodu komplikacji i szybciej opuszczali szpital niż pacjenci, którzy leżeli obok, z widokiem na ścianę sąsiadującego budynku. Kolejne badania przeprowadzał na pacjentach po operacji serca, którzy uspakajali się przez samo patrzenie na zdjęcia z widokiem na drzewa czy wodę.

To dało mu podstawę do napisania poradników dla projektantów przestrzeni szpitalnych. Namawia w nich, żeby w salach dla pacjentów wieszać obrazy z lasem czy zdjęcia lub fototapety przedstawiające drzewa czy naturę, a także, by wokół szpitali sadzić zieleń.

Również psycholog architektury, prof. Tanja Vollmer przeprowadziła dużo badań, szczególnie u kobiet z rakiem piersi, oceniając wpływ otoczenia mieszkalnego na stan pacjentów.

Mówiłaś, że prowadzisz szkolenia. Czego one dotyczą i co mogą dać jego uczestnikom?

Olga Strużyna-Mazurkiewicz: W trakcie warsztatów skupiam się przede wszystkim nad przestrzenią domową. Pacjent może sobie ją zmienić według własnego gustu, ważne, by stworzyć sobie domową oazę, miejsce, w którym można poczuć się bezpiecznie.

Ćwiczenia zaczerpnęłam od psycholog designu, prekursorki tego terminu, dr Toby Israel. Pozwalają stworzyć nam indywidualną przestrzeń. Nie będę wszystkiego zdradzała, zapraszam na warsztaty. Ćwiczenia mają za zadanie zabrać uczestników warsztatów w podróż po miejscach, które nas wspierały w przeszłości. To naprawdę pomaga stworzyć przestrzeń, w której możemy przejść przez chorobę.

Dr Toby Israel daje przykłady, że nie muszą być to duże zmiany, remont generalny mieszkania. Spójrzmy na Rifkę, która chorowała onkologicznie. Kupiła sobie na pchlim targu krzesło w ulubionym kolorze, morskim, które miało miękką poduchę. Odświeżyła to krzesło. Towarzyszyło jej ono przez całą chorobę. Na końcu postawiła krzesło obok domu, aby ktoś inny je sobie wzięł. Można przejść przez całą chorobę z takim jednym przedmiotem, a później przekazać go innym.

Dom jest naszym lustrem. Widać to po pacjentach, którzy



Siedleckie Centrum Onkologii, strefa wypoczynku / fot. Gosia Góra

zmieniają się po chorobie, zmieniają się ich potrzeby. Psycholog architektury, prof. Tanja Vollmer dotarła do pacjentek, które się wyprowadzały z mieszkań, które przed chorobą spełniały wszystkie ich oczekiwania i do pacjentek, które tylko zmieniały wnętrza swoich mieszkań. Badania wykazały, że ludzie po jakimś czasie duszą się w dotych-

czasowych przestrzeniach, potrzebują zmiany. W trakcie choroby, szczególnie onkologicznej, w człowieku rodzą się zmiany, które często zmieniają również jego otoczenie. Nie bójmy się tego – wykorzystajmy to jako kolejny etap w procesie leczenia i zdrowienia.

Rok 2022 otworzył nowe szanse dla pacjentów z rakiem pęcherza moczowego



Rak pęcherza jest konsekwentnym i bezlitosnym zabójcą – na prawie 200 tys. rozpoznań każdego roku w Europie, umiera prawie 100 tys. pacjentów. Tym bardziej zadziwia brak strategii diagnozowania i leczenia tej choroby. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest obowiązujący od listopada 2022 program lekowy B.141 – mówi prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta, kierownik Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej CM Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz past-prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Rak pęcherza moczowego jest drugim co do częstości nowotworem, wywodzącym się z układu moczowego. Biorąc pod uwagę, że nowotwory układu moczowego stanowią globalnie ponad 25% wszystkich nowotworów – jest to naprawdę istotny problem społeczny i epidemiologiczny.

Rak pęcherza moczowego był od wielu lat był „zapomnianym nowotworem”. Wydaje się, że w 2022 roku wreszcie trochę sobie o nim przypominano.

Prof. Piotr Chłosta: Tak, to prawda – o raku pęcherza moczowego zaczęto mówić, zaczął pojawiać się w mediach, wzrosła świadomość społeczna tego nowotworu. To zasługa wielokierunkowych kampanii społecznych, w tym m.in. Festiwalu KultUro, którego zasadniczym celem jest promocja profilaktyki i wczesnej diagnostyki w dziedzinie chorób układu moczowego. Dużo dobrego zrobiła też kampania edukacyjna „Rak pęcherza – wykryj i lecz!”, prowadzona przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych. Bardzo dobrym pomysłem było stworzenie w ramach tej kampanii przewodnika dla pacjentów czyli „Ścieżki pacjenta z rakiem pęcherza moczowego”. To wartościowa inicjatywa, która podnosi poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w zakresie chorób urologicznych, zwłaszcza że jeszcze do niedawna choroby te były tematem tabu. Takie materiały, tworzone przez osoby, które dogłębnie rozumieją

temat i problematykę raka pęcherza oraz agresywną biologię tego nowotworu, dobrze służą i będą służyć naszym podopiecznym, za co jestem ogromnie wdzięczny jej autorom. Co ważne, w poradniku duży nacisk położono na konieczność nielekceważenia objawów oraz na profity wynikające z leczenia raka pęcherza w ośrodku z dużym doświadczeniem, w którym możliwe jest kompleksowe podejście do terapii.

Do dostrzeżenia problemu przyczynił się także opublikowany w 2022 roku raport Fundacji Wygrajmy Zdrowie „Sytuacja pacjenta z rakiem pęcherza moczowego – aktualne wyzwania”.

Czy raka pęcherza można uniknąć?

Prof. Piotr Chłosta: W wielu nowotworach urologicznych możemy istotnie zmniejszyć czynniki ryzyka. Tak jest również w przypadku raka pęcherza moczowego, dla którego głównym i zasadniczym czynnikiem ryzyka jest palenie papierosów.

Od czego zależą rokowania w raku pęcherza?

Prof. Piotr Chłosta: Dla rokowań pacjenta z rakiem pęcherza najistotniejsze jest to, czy nowotwór zostanie rozpoznany w stadium powierzchownym, kiedy rozwija się na powierzchni pęcherza, czy w tzw. stadium naciekającym, kiedy zajmuje głębsze warstwy pęcherza.

Jeszcze w ubiegłym dziesięcioleciu u prawie 40% chorych z tzw. nowych krajów UE w chwili rozpoznania raka pęcherza, nowotwór ten był już w fazie inwazyjnej, naciekającej. W chwili obecnej ten odsetek nie przekracza 20%, co jest dużym sukcesem wszystkich prowadzonych kampanii edukacyjnych, o których już wspominałem, kierowanych zarówno do pacjentów, jak i do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Najważniejszym przesłaniem tych akcji jest niebagatelizowanie podstawowego objawu raka pęcherza czyli bezbólowego krwimoczku. To objaw, który występuje u 80% chorych, ale tak szybko jak się pojawia, tak szybko znika i stąd wiele osób wciąż go bagatelizuje. To błąd, bo rak pęcherza rozpoznany we wczesnym, powierzchownym stadium podlega leczeniu endoskopowemu, które jest prowadzone z intencją całkowitego wyleczenia.

Jak wygląda leczenie nowotworu pęcherza w bardziej zaawansowanym stadium?

Prof. Piotr Chłosta: U pacjentów z nowotworem naciekającym konieczne jest usunięcie całego pęcherza, przy czym takie leczenie operacyjne poprzedzone jest leczeniem chemicznym, czyli neoadjuwantową chemioterapią. Natomiast u pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem pęcherza konieczna jest chemioterapia systemowa, a następnie immunoterapia, która jak najdłużej podtrzymuje efekty uzyskane dzięki chemioterapii.

Jeszcze do niedawna rak pęcherza pozostawał jedynym, tak częstym nowotworem, do walki z którym nie stworzono programu lekowego czyli administracyjnej strategii leczenia.

nia. To zmieniło się w listopadzie 2022 r., gdy na liście leków refundowanych znalazł się długo wyczekiwany program lekowy B.141, dedykowany leczeniu pacjentów z rakiem pęcherza moczowego. To duża zmiana i szansa dla chorych.

Jakie wyzwania w diagnostyce i terapii raka pęcherza są przed nami?

Prof. Piotr Chłosta: Podstawowym wyzwaniem jest to, żeby każdy epizodyczny krwimocz lub nawracający krwinkomocz został zdiagnozowany przez lekarza urologa, z wykorzystaniem metod obrazowych oraz cystoskopii. W tej chwili mamy już możliwość przeprowadzania cystoskopii giętkich, a więc nie jest to już tak bolesny zabieg, jak było to wcześniej. Można go wykonać w warunkach ambulatoryjnych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. To najważniejsze wyzwanie, bo wczesne wykrycie raka pęcherza oznacza życie i to życie dobrej jakości.

Czego życzyłby Pan pacjentom z tą chorobą i leczącym ich lekarzom – urologom i onkologom klinicznym – w rozpoczętym roku 2023?

Prof. Piotr Chłosta: Wszystkim naszym podopiecznym życzę dużo zdrowia i szybkiego pozbycia się nałogu palenia tytoniu. Chciałbym, żeby pamiętali, że urolog jest najlepszym przyjacielem mężczyzny i kobiety, w kontekście zdrowotnym. Kolegom – lekarzom i pielęgniarcom, życzę niesłabnącej siły w walce z chorobami urologicznymi, entuzjazmu w promocji ochrony zdrowia, a także sukcesów w leczeniu naszych chorych oraz w życiu naukowym.

ONKO-NEWS PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2022

W NIO w Gliwicach powstała pierwsza w Polsce Poradnia Onkologiczna dla Młodych Dorosłych

Dla pacjentów w wieku 18-39 lat, którzy zachorowali na nowotwór złośliwy przed ukończeniem 18. roku życia, w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach uruchomiono – we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dla województwa śląskiego – pierwszą w Polsce Poradnię Onkologiczną dla Młodych Dorosłych.

Pacjenci są do niej kierowani głównie przez lekarzy prowadzących z oddziałów onkologii i hematologii dziecięcej, ale sami również mogą zapisać się na wizytę.

– W Poradni Onkologicznej dla Młodych Dorosłych odbywają się wizyty kontrolne, których celem jest monitorowanie stanu zdrowia, w tym późnych powikłań zastosowanego leczenia



onkologicznego oraz profilaktyka nowotworowa. Zajmuje się tym wielodyscyplinarny zespół, w którego skład wchodzi: onkolodzy kliniczni i radioterapeuci, hematolodzy, endokrynolodzy, kardiolog, neurolog, ginekolog, laryngolog, okulista, neurologoped i psycholog – informuje lek. Katarzyna Drosik-Rutowicz z I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, członek zespołu poradni, która działa w strukturze Zakładu Radioterapii.

Termin wizyty trzeba uzgodnić telefonicznie

Termin wizyty w Poradni Onkologicznej dla Młodych Dorosłych ustala się telefonicznie z koordynatorem. W sytuacji, gdy pacjent jest przekazywany przez ośrodek pediatryczny, konieczne jest ustalenie pierwszej wizyty w poradni co najmniej miesiąc przed ukończeniem przez niego 18. roku życia – z uwagi na konieczność ustalenia dalszego leczenia lub obserwacji, w tym zarezerwowania terminów badań obrazowych.

Kontrole w poradni odbywają się zgodnie z harmonogramem określonym w wytycznych Polskiej Unii Onkologii i Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – do 5 lat od zakończenia leczenia onkologicznego, a następnie raz w roku przez kolejne 5 lat i raz na 2 lata do ukończenia 39. roku życia.

W razie konieczności kontynuacji leczenia onkologicznego lub rozpoznania progresji choroby, dalsze leczenie prowadzone jest w Zakładzie Radioterapii lub w odpowiedniej klinice narządowej Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach.

KONTAKT DO KOORDYNATORA:

Agnieszka Szczyrba, telefon: 784 981 893
czynny od poniedziałku do piątku
w godzinach 8.00-14.30.

Źródło: materiały prasowe NIO w Gliwicach

W Wielkopolskim Centrum Onkologii powstaną dwa akceleratory do radioterapii

Dwa akceleratory do radioterapii powstaną w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu dzięki współpracy WCO i Narodowego Centrum Badań Jądrowych oraz dzięki funduszom unijnym. Jeden z projektów dotyczy badań nad nowatorską metodą radioterapii typu FLASH.

Urządzenia będą wykorzystywane u pacjentów, u których jest usuwany guz nowotworowy i u których można już w czasie zabiegu operacyjnego zastosować radioterapię.

– Trzeba przyznać, że grupa spełniających określone warunki pacjentek, bo dotyczy to głównie pacjentek z rakiem piersi, nie jest taka liczna. Na tysiąc kobiet, które napromieniamy, kwalifi-



Foto: <https://www.opolskie.pl/>

kacje do tego typu metody ma około 100 pacjentek. Te pacjentki, u których tę metodę można zastosować nie muszą potem przechodzić wielotygodniowego napromieniania – powiedział na konferencji prasowej dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii prof. Julian Malicki.

W WCO realizowany jest m.in. projekt dotyczący nowatorskiej metody radioterapii typu FLASH. Polega ona na dostarczeniu dawki promieniowania w bardzo krótkim czasie.

Instalacja akceleratora do radioterapii śródoperacyjnej ma nastąpić przełomie 2022 i 2023 roku, a realizację akceleratora o ultra wysokiej mocy dawki przewidziano na czerwiec 2023 r.

Wprowadzenie obu projektów w życie jest możliwe dzięki pieniądzą przyznanym przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego. To 11 mln zł pochodzących z unijnej puli w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

Źródło: Nauka w Polsce

Dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów zbadał grzyby zasiedlające protezy głosowe

Badania doktora Jakuba Spałka z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii poprawią trwałość i bezpieczeństwo protez głosowych, stosowanych przez pacjentów po radykalnym

usunięciu krtani. Dzięki nim będzie można opracować odporny na działanie grzybów skład materiału, z którego wykonywane są protezy głosowe dla pacjentów po leczeniu chirurgicznym raka krtani.

Jak wyjaśnia dr n.med. Jakub Spalek, chirurgiczna rehabilitacja głosowa z wytworzeniem przetoki tchawiczo-przełykowej i wykorzystaniem wymiennej protezy głosowej jest uważana za najbardziej efektywną metodę rehabilitacji głosu u pacjentów po całkowitej laryngotomii.

Średni czas użytkowania protezy głosowej przez pacjenta waha się od 2 do 18 miesięcy. Dotychczasowe badania sugerują, że głównym czynnikiem powodującym niszczenie protez głosowych jest wzrost biofilmu (złożonej, wielokomórkowej struktury mikroorganizmów) na ich powierzchni.

Młody naukowiec w ciągu 20 miesięcy analizował uszkodzone protezy głosowe 129 pacjentów. Jego badania wykazały silną aktywność przeciwgrzybiczą ceragenin (głównie CSA-131) względem najczęstszych gatunków grzybów identyfikowanych na protezach głosowych. Jednocześnie zaobserwował brak lekooporności wśród badanych gatunków grzybów w stosunku do cerageniny CSA-131. W modelu *in vitro* potwierdzono możliwość wykorzystania CSA-131 do modyfikacji silikonu, jako potencjalnie skutecznej metody hamowania wzrostu biofilmu na jego powierzchni.



Źródło: Świętokrzyskie Centrum Onkologii

Poznańscy naukowcy opatentowali metodę wykrywania genetycznej predyspozycji do agresywnego raka piersi

Prof. Andrzej Pławski oraz mgr inż. Emilia Lis-Tanaś z Innowacyjnego Centrum Medycznego Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu uzyskali patent na wykrywanie genetycznej predyspozycji do agresywnego nowotworu piersi.

Urząd Patentowy RP wydał decyzję o udzieleniu patentu na rzecz Instytutu Genetyki Człowieka PAN na wynalazek pt.: „Sposób i zestaw diagnostyczny do

wykrywania wariantów genów RECQL i PALB2 u polskich pacjentek z nowotworem piersi”.

Poznańscy specjaliści zapewniają w informacji przekazanej PAP, że opatentowany wynalazek posłuży do szybkiego i precyzyjnego wykrywania najczęstszych mutacji punktowych w genach RECQL i PALB2. Zmiany w tych genach wywołują wyjątkowo agresywną postać nowotworu piersi

ze złym rokowaniem oraz zachorowaniem w bardzo młodym wieku.

Najczęstsze mutacje tych dwóch genów w populacji europejskiej to trzy mutacje punktowe c.1667_1667+3delAGTA w genie RECQL oraz c.509_510delGA i c.172_175delTTGT w genie PALB2 oraz delecja eksonu 9 genu PALB2.

Źródło: Nauka w Polsce

Badanie nowej terapii dla chorych na raka prostaty

Agencja Badań Medycznych poinformowała, że naukowcy z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie chcą ocenić skuteczność i bezpieczeństwo ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 jako leczenia uzupełniającego chorych z rakiem gruczołu krokowego wysokiego ryzyka. Głównym badaczem tej metody jest dr hab. n. med. Daria Handkiewicz-Junak.

W badaniu „¹⁷⁷Lu-PSMA jako systemowe leczenie uzupełniające u chorych na raka prostaty wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka po leczeniu radykalnym z zastosowaniem

teleradioterapii lokoregionalnej i hormonoterapii” finansowanym przez Agencję Badań Medycznych planowany jest udział 200 chorych na raka gruczołu krokowego wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka, bez cech rozsiewu choroby nowotworowej w badaniach radiologicznych po zakończonej radioterapii, podczas kontynuowanej hormonoterapii. Udział w badaniu jest dobrowolny, pacjent może wycofać też swoją zgodę na udział w badaniu na dowolnym etapie jego realizacji.

Źródło: ABM



POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Łączy nas Koalicja



Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.

Nr konta: 36 1090 1883 0000 0001 3364 8170

Przeznacz swój 1,5% na nasze statutowe działania - KRS 0000333981.

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Członek Zarządu – Piotr Fonrobert
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST

Członek Zarządu – Jan Salamonik
Członek Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański
Założyciel Stowarzyszenia Wspierającego Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Dorota Kaniewska
Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Ryszard Lisek
Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

Romana Nawara
Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia Amazonki

Krzysztof Żbikowski
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi w Zamościu

Poznaj naszą organizację na www.pkpo.pl

Czytaj nasze czasopismo na pierwszym portalu pacjentów onkologicznych: www.glospacjenta.pl

Oglądaj filmy edukacyjne na kanale YouTube PKPO.

facebook.com/KoalicjaPacjentow

www.instagram.com/onko_koalicja/

<https://twitter.com/GlosPacjenta>

Redaktorka Naczelna
Agnieszka Paculanka
agnieszka.paculanka@pkpo.pl

Zespół Redakcyjny
tel. 780 488 600, info@pkpo.pl
ul. Miedziana 3a/3, 00-814 Warszawa



Projekt realizowany
ze środków PFRON



Głos Pacjenta Onkologicznego 4/2022 wydano
dzięki dodatkowemu wsparciu firmy AstraZeneca.