

Walka z rakiem



NIE PRZEGAP:

Sprawdź

Nowoczesne rozwiązania
dla chorych na nowotwory
układu pokarmowego

Strona 3

Wyzwania

Terapia CAR-T zmienia
oblicze onkologii

Strona 7

Anna Dereszowska

Badajmy się!



Ekspert

Molekularna diagnostyka
HPV zamiast cytologii

Strona 13

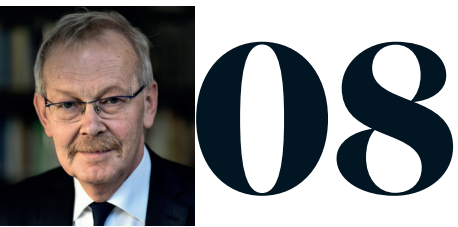
WYZWANIA



W WYDANIU



Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska
Wczesne wykrycie raka piersi HER2+ daje szansę na wyleczenie. Jak wygląda terapia?



Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski
Immunoterapie są stosowane w coraz większej liczbie nowotworów



Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk
Skuteczna diagnostyka jest kluczem do efektywnego leczenia nowotworu płuca

Project Manager: **Zoe Gralińska-Sakai**
+48 537 946 500, zoe.sakai@mediaplanet.com
Business Developer: **Karolina Likos**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Head of Business Development: **Karolina Kukietka**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Mediaplanet**
Designer: **Natalia Sędek**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Sonia Młodzianowska, Ewelina Zych-Mytek, Aleksandra Podkówa**
Fotografie: **istockphoto.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL

mediaplanetpl

@Mediaplanet_Pol

Please Recycle

Onkologia w czasach pandemii

Obeenie największym zmartwieniem onkologów jest to, że po wybuchu pandemii wiele osób z podejrzeniem choroby nowotworowej zniknęło z onkologicznego radaru. Kolejne fale zakażeń paraliżowały system opieki zdrowotnej, utrudniając wykrywanie nowotworów we wczesnym stadium i uniemożliwiając onkologom szybką i skuteczną pomoc.



Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Radioterapii Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii

Z danych NFZ wynika, że zmniejszyła się liczba wydawanych tzw. zielonych kart DiLO. Wynikało to po części z utrudnionego dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Dostawaliśmy również sygnały od pacjentów, że niektórzy lekarze nie chcą wystawiać kart. Warto zaznaczyć, że karta DiLO to „zielony paszport” pacjenta z podejrzeniem nowotworu, dzięki któremu trafia na szybką ścieżkę onkologiczną. To bardzo ważne, ponieważ im później zdiagnozowany nowotwór, tym trudniej o dobre efekty terapii i tym gorsze rokowanie.

Najbardziej niebezpieczne zjawisko, które zaobserwowaliśmy w czasie pandemii, to duży spadek pacjentów z rakiem płuca. Mogło to po części wynikać z tego, że szpitale płuca w znacznej mierze zajęły się pacjentami z COVID-19. Rak płuca był do tej pory najtrudniej wykrywalny, brakowało rozwiązań systemowych poprawiających jego wczesną diagnostykę. Wiele pacjentów trafiło do nas z bardzo zaawansowaną chorobą.

Aby temu przeciwdziałać, w woj. dolnośląskim podpisaliśmy porozumienie onkologów z lekarzami rodzinnymi, aby szybciej „wylapywać” pacjentów onkologicznych. W ramach współpracy prowadzimy szkolenia na temat organizacji opieki, profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem roli lekarza rodzinnego. U uruchomiliśmy również aplikację dla pacjentów „Mobilne DCO”, dzięki której pacjent po wypełnieniu krótkiej ankiety kierowany jest na odpowiednie badania profilaktyczne.

Zintensyfikowaliśmy współpracę z największym w regionie szpitalem płuca – Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Współpraca ta nie byłaby zapewne możliwa, gdyby nie wcześniejsze doświadczenia z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), w ramach którego mieliśmy już wypracowane wspólne procedury współpracy i komunikacji.

W tym trudnym czasie sprawdzili się także inne rozwiązania z pilotażu KSO. Dzięki temu, że na bieżąco analizujemy wiele

parametrów opieki – terminowość, prawidłowość diagnostyki i leczenia, mogliśmy bardzo szybko zaobserwować negatywny wpływ pandemii i odpowiednio zareagować. Dużym wsparciem dla pacjentów jest wojewódzka infolinia onkologiczna, gdzie mogą uzyskać wszystkie niezbędne informacje oraz umówić się na pierwszą wizytę u specjalisty. Bezcenna jest również rola koordynatorów opieki onkologicznej, których zatrudnienie w sieci zwiększono, a sam zawód bardziej się sprofesjonalizował. Są to osoby doskonale znające strukturę opieki onkologicznej w regionie, pozostające w stałym kontakcie z pacjentami i odpowiadające na ich pytania oraz potrzeby.

„
Im później zdiagnozowany nowotwór, tym trudniej o dobre efekty terapii i tym gorsze rokowanie.

Pandemia pokazała, jak bardzo ważny jest czas i że konieczna jest współpraca w zakresie koordynacji opieki onkologicznej między wszystkimi poziomami opieki zdrowotnej. Pokazała, że pacjenci potrzebują przede wszystkim dostępu do informacji, bo jej brak powoduje chaos i niepokój. Sieć onkologiczna dała nam narzędzia do zapewnienia tego, co moim zdaniem najważniejsze w opiece onkologicznej – koordynacji i komunikacji. Rok 2021 powinien być rokiem, w którym sieć onkologiczna obejmie cały kraj.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Jakie wyzwania stoją przed pacjentami z chorobą nowotworową układu pokarmowego?



Iga Rawicka
Wiceprezes Fundacji EuropaColon Polska

Obecnie dla pacjentów chorych na nowotwory układu pokarmowego istnieją możliwości, które nie tylko pozwalają na kontynuację życia zawodowego i społecznego, ale również stanowią bezpieczne rozwiązanie w obecnej pandemii COVID-19.

Ważne jest, by w natłoku obowiązków znaleźć moment na wykonanie regularnych badań profilaktycznych. Diagnoza nowotworu zaskakuje nas w trakcie naszego codziennego życia, znienacka. Niestety, rozwijającego się nowotworu nie widzimy, choroba dostaje od nas pożywkę w postaci braku ruchu i złych nawyków. Dajemy mu coś jeszcze bardzo cennego – czas, aby się rozwinął. Jeśli nie skontrolujemy stanu naszego zdrowia, nie ma przeszkód, by nowotwór czył spustoszenie w naszym organizmie. Pandemia niestety stanowi poważny problem. Choć powoli uczymy się funkcjonować

w nowej rzeczywistości, świat nie będzie już taki sam jak przed pandemią. Pewne rzeczy zmieniły się na plus, ale konsekwencją negatywną był brak dostępu do lekarzy, wielu procedur, szpitali, profilaktyki, co w rezultacie przełoży się na zwiększenie liczby pacjentów diagnozowanych na znacząco późniejszym etapie rozwoju nowotworu, zwiększając w efekcie śmiertelność. Pacjenci boją się badać, gdyż wiąże się to z wizytą w szpitalu w dobie COVID-19. Chorzy onkologicznie mają z racji leczenia obniżoną odporność, co stanowi dla nich ogromne ryzyko. Jednak w żadnym przypadku nie można przerywać leczenia. Skutki mogą być jednoznaczne. Dostęp do nowoczesnych terapii jest zatem kluczowy. Owszem, mamy coraz lepszy dostęp do leków innowacyjnych, jednak nadal w Polsce leczymy zgodnie z administracyjnymi decyzjami według programów lekowych, czyli ustaleń Ministerstwa Zdrowia, a nie wiedzą medyczną i międzynarodowymi rekomendacjami towarzystw naukowych. Pacjenci chcą przede wszystkim skutecznego leczenia. Dlatego w sytuacji realnego zagrożenia zachorowaniem na COVID-19 wszystko, co ułatwia leczenie, jest dodatkowym czynnikiem wpływającym na powodzenie terapii. Zminimalizowanie wizyt w szpitalu, czyli ryzyka zakażenia, to jedno z kluczowych oczekiwań. Absolutnie znaczącym rozwiązaniem jest możliwość stosowania chemioterapii w warunkach domowych przez pacjentów z rakiem jelita grubego, bez konieczności pobytu pacjenta w szpitalu. To rozwiązanie zostało wprowadzone 1 marca 2020 r., tuż przed pandemią, w efekcie naszej współpracy z NFZ i ówczesnym prezesem Adamem Niedzielskim. Od 11 lutego 2021 r.

już wszyscy pacjenci, którzy wymagają zastosowania chemioterapii w warunkach domowych, mogą korzystać z tego rozwiązania, również ci, którzy jednocześnie są w programach lekowych, co do tej pory wykluczało możliwość wykorzystania tej

”
W sytuacji realnego zagrożenia zachorowaniem na COVID-19 wszystko, co ułatwia leczenie, jest dodatkowym czynnikiem wpływającym na powodzenie terapii.

bezpiecznej opcji podawania chemioterapii. To dla nas wspaniała wiadomość, bowiem apelowaliśmy o zniesienie tych barier do prezesa NFZ. Odpowiedź przyszła w najlepszym momencie – Światowym Dniu Chorego. Polscy pacjenci otrzymali w prezencie bezpieczną terapię we własnym domu.

 Więcej informacji na stronie: **byczdrowym.info**

Nowoczesne rozwiązania dla chorych na nowotwory układu pokarmowego

Domowa forma terapii posiada wiele zalet, ale przede wszystkim umożliwia ograniczenie wizyt pacjenta w szpitalu, stanowiąc ogromną wartość w czasach pandemii.

Chemioterapia w warunkach domowych obejmuje dwie formy leczenia: chemioterapia doustna – czyli leczenie w formie tabletek – oraz chemioterapia podawana w formie przedłużonych wlewów dożylnych realizowana za pomocą jednorazowych urządzeń medycznych – pomp elastomerowych. Dla obu tych sposobów leczenia jest pewien wspólny element – leczenie ma na celu ekspozycję pacjenta, a w zasadzie ekspozycję nowotworu, na mniejsze dawki leków przez dłuższy czas. Stosowane takiego rodzaju terapii ma na celu zmniejszenie toksyczności, ale jednocześnie są na to dane, iż takie leczenie jest po prostu skuteczniejsze niż podanie tego samego leku w formie krótkotrwałego wlewu.

Podstawowym zyskiem z takiego rodzaju leczenia jest ograniczenie liczby wizyt pacjenta w szpitalu, aby zmniejszyć uciążliwość terapii, ale także zmniejszenie ryzyka epidemiologicznego. Za bezpieczeństwem takiego sposobu leczenia przemawia zaś wieloletnie doświadczenie w jego stosowaniu. Infuzory były stosowane w Centrum Onkologii od ponad 15 lat. Powody dla wdrożenia takiego leczenia przez śp. Pana Prof. Marka Nowackiego początkowo były wielce pragmatyczne. Pan Profesor uważał, iż łóżko szpitalne powinno być wykorzystywane dla chorych wymagających operacji, a nie podawania chemioterapii, która mogłaby być realizowana w formie terapii domowej. Po 15 latach doczekaliśmy się uznania tej terapii za świadczenie gwarantowane dla chorych

w trakcie chemioterapii. Zostało to wprowadzone przez ówczesnego prezesa NFZ, a obecnego Ministra Zdrowia – pana dr. Adama Niedzielskiego – u progu pandemii COVID-19 w marcu 2020 roku. W chwili obecnej zarówno chemioterapia doustna, jak i stosowanie infuzorów jest świadczeniem refundowanym przez NFZ. Przykładowo – jeśli pacjent z rakiem jelita grubego posiada założony port naczyniowy i nie ma istotnych przypadłości kardiologicznych, to może być kandydatem do chemioterapii z pominięciem spędzenia nocy w szpitalu. Jest to sytuacja, która wiąże się z poprawą tolerancji leczenia onkologicznego.

CZY WIESZ, ŻE...?

11 lutego 2021 r. NFZ opublikował nowelizację zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju hospitalizacji jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej w sytuacji stosowania leków u pacjenta w ramach programu lekowego „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego”.



Prof. dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz
Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Wczesne wykrycie raka piersi HER2+ daje szanse na wyleczenie. Jak wygląda terapia?

Nadal wzrasta liczba zachorowań na raka piersi. U około 25 proc. diagnozowany jest w podtypie HER2+, czyli bardziej agresywnym od pozostałych.



Dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Grusfeld
Onkolog kliniczny, kieruje Oddziałem Zachowawczym w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Narodowym Instytucie Onkologii, członek SIOG (International Society of Geriatric Oncology), PTO, PTOK, ESMO, ASCO

Ile kobiet rocznie słyszy diagnozę: rak piersi? Jaki jest profil tych kobiet – kto najczęściej choruje?

Zgodnie z najnowszym wydaniem publikacji Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w którym ukazały się dane w zakresie nowotworów złośliwych w Polsce, zachorowalność na raka piersi w naszym kraju stale rośnie i obecnie odnotowujemy już blisko 19. tys. zachorowań rocznie. Według KRN w 2018 roku to właśnie nowotwór piersi występował u kobiet najczęściej i stanowił ponad 22 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Ponadto w przypadku tej choroby zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem i najwięcej jej przypadków zarejestrowano u kobiet w przedziale wiekowym 60-69 lat oraz 50-59 lat. Zgodnie ze statystykami najczęściej zachorowań w 2018 roku miało miejsce w województwach mazowieckim i śląskim. Niestety, z roku na rok rośnie również liczba zgonów spowodowanych rakiem piersi, przez którego w 2018 roku umarło prawie 7 tys. kobiet. Z danych KRN wynika, że nowotwór ten stanowił prawie największy odsetek zgonów, zaraz po raku płuca, i wynosił 15 proc. wszystkich zgonów związanych z nowotworami złośliwymi. Według KRN prognozowana liczba nowych zachorowań na raka piersi w 2020 przekroczy 20 tys.

U ilu z tych kobiet diagnozowany jest rak piersi o podtypie HER2+? Co go charakteryzuje?

HER2 to rodzaj receptora, który znajduje się na powierzchni komórki nowotworowej. Jeśli występuje nadekspresja, czyli zwiększona liczba receptorów HER2, to u kobiety stwierdza się raka piersi o podtypie HER2+. Stanowi on około 25 proc. wszystkich zachorowań na raka piersi, co oznacza, że nie jest powszechny. Chociaż grupa chorych nie jest bardzo duża, to trzeba zwrócić na nią szczególną uwagę, gdyż właśnie ten podtyp raka piersi przebiega bardziej agresywnie niż

pozostałe, przez co wiąże się częściej z rozpoznaniem w bardziej zaawansowanym stadium oraz częstszym nawrotem choroby. W praktyce możemy zauważyć, że nowotwór o podtypie HER2+ szybciej rośnie, a zmianie często towarzyszą przerzuty do węzłów chłonnych, a także przerzuty odległe. Są np. pacjentki, które dopiero co zauważyły guza w piersi, a już za kilka tygodni występują u nich przerzuty – ten podtyp rozwija się bardzo szybko w porównaniu z pozostałymi podtypami, dlatego też ma także gorsze rokowanie. Jednak co jeszcze jest istotne, to by następował wzrost i rozśiew tych komórek nowotworowych, potrzebują one receptorów HER2, tym samym wdrożenie leczenia celowanego, które je blokuje, znacznie poprawia rokowania chorych.

Jak wygląda leczenie, jeśli ten podtyp raka piersi zostanie wykryty we wczesnym stadium choroby?

Należy podkreślić, że jeśli nowotwór piersi HER2+ zostanie rozpoznany we wczesnym stadium, czyli wtedy, gdy nie ma przerzutów odległych (poza piersią i węzłami chłonnymi pachy), jest wyleczalny. W takiej sytuacji leczenie z wyboru (preferowane) to leczenie neoadiuwantowe, które polega na rozpoczęciu terapii od chemioterapii w połączeniu z leczeniem celowanym anty-HER2. To jest bardzo istotne, by u pacjentek ze źle rokującymi podtypami, czyli HER2+, a także podtypem trójnegatywnym, nie rozpocząć leczenia od zabiegu operacyjnego, a właśnie od leczenia neoadiuwantowego, gdyż terapia w takim schemacie znacznie zwiększa szanse chorej na oszczędzenie piersi, a także przede wszystkim – na całkowite wyleczenie. Z kolei, jeśli pacjentka z podtypem raka piersi HER2+ zaczyna leczenie od zabiegu, zmniejsza szanse na wyleczenie nawet o kilkanaście procent. Dopiero później przeprowadza się zabieg operacyjny, podczas którego następuje

usunięcie guza z piersi. Po nim jedynym leczeniem refundowanym jest kontynuacja leczenia celowanego anty-HER2 trastuzumabem.

Czy u pacjentek można zastosować leczenie zmniejszające ryzyko nawrotu choroby nowotworowej? Jaką rolę odgrywa leczenie uzupełniające?

Po operacji u pacjentek z podtypem raka piersi HER2+ stosowane jest roczne leczenie adiuwantowe z zastosowaniem trastuzumabu. Jest ono dostępne w ramach programu lekowego, co oznacza, że chora musi spełniać określone w nim wszystkie kryteria kwalifikacji. W wielu krajach na świecie możliwe jest stosowanie leczenia uzupełniającego z dodatkowymi substancjami, które niestety w Polsce nie są refundowane, przez co polskie pacjentki mają do nich ograniczony dostęp. Jest to niezrozumiałe, gdyż taki schemat zmniejsza ryzyko nawrotu i tym samym wpływa na wydłużenie życia chorych.

”
W przypadku tej choroby zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem i najwięcej jej przypadków zarejestrowano u kobiet w przedziale wiekowym 60-69 lat oraz 50-59 lat.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

U kogo można je wdrożyć, na czym polega i dlaczego jest korzystne?

Takim leczeniem z wyboru, które ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby z wczesną postacią raka, jest terapia neratynibem. Można je zastosować u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o podtypie HER2, po wcześniej stosowanym leczeniu trastuzumabem. Terapia trwa rok i należy ją wdrożyć maksymalnie rok od zakończenia leczenia trastuzumabem. Działanie neratynibu polega na tym, że blokuje wzrost i dzielenie się komórek nowotworowych, dzięki czemu zmniejsza ryzyko nawrotu choroby.

Czy są postępy w leczeniu czerniaka?

Zmian w programie lekowym było już kilka. Wśród nich m.in. wprowadzenie terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem. Czy obecnie chorzy na czerniaka mają dostęp do najnowocześniejszych terapii?

Jak wygląda zachorowalność na czerniaka w Polsce, a jak na świecie?
Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w naszym kraju diagnozuje się blisko 4 tys. czerniaków rocznie, z czego odnotowujemy około 1300 zgonów. Oznacza to, że tych przypadków mamy sporo, a liczba zachorowań z roku na rok rośnie, chociaż obecnie już mniej dynamicznie niż dotychczas. Optymizmem napawają dane przedstawione w ramach raportu otwarcia Narodowej Strategii Onkologicznej, z których wynika, że w ciągu ostatnich 10 lat wyniki wyleczeń pacjentów chorych na czerniaka poprawiły się o około 10 proc., co oznacza, że istotnie wzrosła przeżywalność chorych.

Jak wygląda świadomość Polaków na temat czerniaka w porównaniu ze świadomością innych mieszkańców UE?
W mojej opinii jest trochę mniejsza niż u statystycznego Europejczyka. Nie oznacza to jednak, że jest z nami strasznie źle – z roku na rok świadomość w kontekście czerniaka wzrasta. I tak np. wykonaliśmy badanie porównujące ją u ankietowanych w 2011 roku i w 2020, i co nas zaskoczyło, różnica wynosiła 20-30 proc. Wynika z tego, że Polacy coraz częściej zwracają uwagę na swoje znamiona, oceniają je, co myślę, że przyniesie wiele pożytku w przyszłości, bo trzeba przypomnieć, że rozpoznanie czerniaka we wczesnym stadium zaawansowania umożliwia jego praktycznie całkowite wyleczenie.

Ile przypadków w Polsce diagnozowanych jest w stadium zaawansowanym?

Jak wygląda leczenie tego stadium nowotworu w naszym kraju?
Obecnie więcej diagnozowanych przypadków czerniaka jest we wczesnych stadiach, jednak trudno powiedzieć, jaki będzie ostateczny efekt COVID-19. Jeżeli chodzi o leczenie pacjentów z przerzutową, zaawansowaną postacią tego nowotworu, która występuje u około 25 proc. chorych, to mamy dostępne te same nowoczesne metody leczenia systemowego, co na świecie, w tym np. w USA. Stosujemy immunoterapię, w której mamy trzy substancje lecznicze: niwolumab, pembrolizumab i ipilimumab. Od drugiej połowy zeszłego roku możemy także stosować kombinację niwolumabu z ipilimumabem. Ponadto mamy już trzy rodzaje leczenia ukierunkowanego molekularnie, czyli inhibitorami BRAF i MEK. Oprócz wcześniejszych kombinacji dabrafenibu z trametynibem i wemurafenibu z kobimetynibem mamy także nową – enkorafenibu z binimetynibem. Możemy stosować także zapobiegawcze leczenie systemowe m.in. po przerzutach do węzłów chłonnych. To jest tzw. leczenie adiuwantowe (uzupełniające), dzięki czemu chory ma większe szanse na wyleczenie. Powyższe terapie dostępne są już w 28 ośrodkach w Polsce, więc naprawdę możemy się cieszyć, że mamy program pozwalający na indywidualizację leczenia dla pacjenta.

W ostatnich miesiącach w programie lekowym zostały wprowadzone zmiany dotyczące leczenia czerniaka. Co uległo zmianie i jak wpłynęło to na perspektywę pacjentów?
W ostatnich czterech miesiącach miały miejsce dwie zmiany programów lekowych, dzięki którym wprowadzono nowe terapie i ujednolicono programy lekowe dla przerzutowych czerniaków. Wśród znaczących zmian jest wprowadzenie nowej kombinacji w immunoterapii, czyli niwolumabu z ipilimumabem, co jest istotne, bo jest to leczenie dające dużo większą szansę wyleczenia, szczególnie w przypadkach bardziej agresywnych nowotworów. Kolejną, bardzo dobrą zmianą jest dodanie kombinacji enkorafenibu z binimetynibem, która jest dobrze poznana i mało toksyczna. Zasadniczą zmianą jest także wprowadzenie leczenia adiuwantowego, które sprawia, że około 20 proc. chorych mniej ma nawrót choroby. Istotne jest także wprowadzenie tzw. wakacji terapeutycznych, które są szczególnie ważne u chorych długotrwale odpowiadających na immunoterapię, gdyż teraz mogą oni przerwać to leczenie. Dzięki nim pacjenci, którzy mają częściową lub całkowitą remisję, nie muszą się narażać na toksyczność preparatów oraz

Polacy coraz częściej zwracają uwagę na swoje znamiona.

powikłania autoimmunologiczne, a w razie nawrotu – wrócić bez żadnych przeszkód do immunoterapii.

Czy to oznacza, że obecnie Polacy mają dostęp do najnowszych terapii?
W mojej opinii jak najbardziej tak. Jeśli chodzi o nowe terapie onkologiczne w przypadku leczenia systemowego, mamy w tej chwili możliwość stosowania wszystkich znanych światowych terapii. Tym samym w porównaniu z chorymi na nowotwory innego rodzaju pod tym względem pacjenci z czerniakami znajdują się w dobrej sytuacji. Co jest istotne, z terapii można skorzystać w wielu ośrodkach na terenie całej Polski.

W leczeniu pacjentów stosowana jest terapia skojarzona enkorafenibem z binimetynibem. Jak wygląda efektywność tej terapii i jakie korzyści niesie chorym?
Ta kombinacja to świetny przykład może nie rewolucji, ale ewolucji leczenia inhibitorami BRAF/MEK. Są to najnowocześniejsze substancje o zbadanej skuteczności. Wyniki badań wskazują, że kombinacja ma wysoką aktywność przeciwnowotworową, co przekłada się na najdłuższą z obserwowanych medianę całkowitego czasu przeżycia u pacjentów spośród terapii celowanych, wynoszącą aż 33 miesiące. Dodatkowo mediana przeżyć wolnych od progresji sięga prawie 15 miesięcy. Ze względu na to, że leczenie jest długotrwałe, niezwykle ważny jest bardzo dobry profil toksyczności kombinacji enkorafenibu z binimetynibem.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Pełnomocnik Dyrektora ds. Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Warszawa, Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej

Więcej informacji na stronie:

Terapia CAR-T ostatnią szansą na życie! Jest jeden problem: kosztuje ponad milion złotych

Nowoczesne leczenie CAR-T to fundamentalna zmiana w terapii nowotworów. Koszt jest jednak astronomiczny. Niedawno wdrożono ją u Nadii, 7-latki, która zachorowała na białaczkę limfoblastyczną.

Jak doszło do rozpoznania choroby u Nadii?
Na chwilę przed postawieniem diagnozy córka stała się apatyczna, była ciągle zmęczona, nie miała na nic ochoty. Początkowo myślałam, że może ma to związek z trwającą pandemią, bo dowiedziałam się, że dzieci z jej grupy przedszkolnej też były pozbawione energii. Z upływem czasu jej stan pogarszał się, dlatego lekarz pediatra zlecił rutynowe badania krwi. Wynik przyniósł nieoczekiwaną diagnozę: ostra białaczka limfoblastyczna typu B.

Co było później – jak wyglądało życie z chorobą?
Niemal natychmiast trafiliśmy na oddział szpitalny wrocławskiego Przylądka Nadziei, gdzie rozpoczęliśmy intensywne leczenie. Na początku wdrożono terapię sterydową, czyli standardowe postępowanie stosowane w protokole białaczki. Niestety, organizm nie reagował zgodnie z oczekiwaniami lekarzy. Choroba postępowała.

Dlaczego córce nie udało się osiągnąć remisji pomimo wdrożonego leczenia?
Leczenie było nieskuteczne, gdyż okazało się, że Nadia posiada bardzo rzadki gen, który uniemożliwia osiągnięcie remisji. Dlatego też po wielu konsultacjach zdecydowano o zmianie leczenia i wdrożeniu kolejnego leku. Chociaż po zakończeniu pierwszego cyklu leczenia stan Nadii unormował się, to już po chwili choroba ponownie zaatakowała. Z powodu braku remisji musieliśmy zrezygnować z przeszczepu, do którego została zakwalifikowana...

Pani Katarzyna
Mama Nadii,
podopiecznej
Fundacji Na
Ratunek Dzieciom
z Chorobą
Nowotworową

i
Więcej informacji
na stronie:
byczdrowym.info

Pojawiło się jednak światło – nowoczesna terapia CAR-T. Na czym polega leczenie i jaki jest jego koszt?
U niektórych pacjentów, tak jak u mojej córki, leczenie jest utrudnione, gdyż limfocyty nie rozpoznają komórek nowotworowych, przez co też nie niszczą ich i choroba postępuje. Terapia CAR-T umożliwia wyselekcjonowanie z krwi pacjenta limfocytów T, a następnie w specjalistycznym laboratorium modyfikuje się je w taki sposób, aby mogły rozpoznawać komórki nowotworowe i je likwidować. Gdy już zostaną przeprogramowane, podawane są pacjentowi, by mogły się namnażać w jego organizmie i tym samym samodzielnie, przy pomocy układu odpornościowego, walczyć z białaczką. Niestety, problemem jest brak refundacji CART-T, a jej koszt to prawie 1,4 mln zł.

Koszt jest astronomiczny. Jak sobie państwo poradzili i jak wyglądało wsparcie ze strony fundacji Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową?
Przed wszystkim nie poradzilibyśmy sobie bez pomocy fundacji, która od początku była zaangażowana. Po rozmowie z lekarzami już następnego dnia pojawiła się jej przedstawicielka i uspokoiła nas, mówiąc, że fundacja nie zostawi nas z tym samych, że nam pomogą. I tak ruszyła cała machina obejmująca m.in. pilne utworzenie zbiórki Siepomaga. Dzięki temu teraz jesteśmy już po podaniu komórek CAR-T i czekamy na wyniki badań, które określą, jak wzrósł ich poziom w organizmie.

Nadii się udało, ale nadal wiele dzieci czeka na leczenie terapią CAR-T. Czy uważa pani, że dostęp do tego leczenia jest ograniczony i powinno się to zmienić?
Nadii się udało, bo lekarze w Przylądku Nadziei w odpowiednim momencie zakwalifikowali ją do tego leczenia. Trzeba pamiętać, że czas w tej chorobie odgrywa kluczową rolę. Niewątpliwie terapia powinna być łatwiej dostępna dla wszystkich pacjentów, którzy tego potrzebują, a już z całą pewnością refundowana w całości lub w jakiejś części. To nie powinno tak być, że od pieniędzy zależy życie dziecka. W naszym przypadku z pomocą fundacji udało się zebrać pieniądze w 19 dni, ale my mieliśmy szczęście – wielu chorych może nie doczekać końca zbiórki... Uważam, że skoro wszystkie metody u pacjenta zostały wyczerpane, to należy się mu dostęp do tej nowoczesnej terapii.

Marta ma 14 lat i walczy z oporną białaczką limfoblastyczną. Nie pomogły jej chemioterapia, dwa drogie, nierefundowane leki ani przeszczep szpiku. Jedynym ratunkiem jest terapia CAR-T. Mamy bardzo mało czasu na zebranie pieniędzy. To ostatnia szansa dla nastolatki.

Zbiórka dostępna na
www.siepomaga.pl/zycie-marty

Ten materiał powstał **we współpracy z Fundacją DKMS**



Fundacja DKMS o potrzebach polskiej hematookologii

W ciągu ostatnich 20 lat w diagnostyce i leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego dokonał się ogromny postęp, a hematologia i hematookologia to jedne z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin medycyny w Polsce.

Mamy wybitnych lekarzy hematologów, a pacjenci otrzymują dostęp do najnowocześniejszych terapii, dzięki czemu podnosi się jakość i wydłuża czas życia chorych. Również w czasie pandemii ośrodki hematologiczne nie zwalniają tempa i w tych nadzwyczaj trudnych warunkach kontynuują ratowanie pacjentów. Jak pokazują wyniki badania zrealizowanego na zlecenie Fundacji DKMS przez agencję badawczą IQVIA w ramach Programu Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów, kilka obszarów wymaga poprawy, w tym przede wszystkim infrastruktura. Większość ośrodków wymaga pilnego remontu. Brakuje również sprzętu medycznego codziennego użytku oraz dostępu do psychoonkologa, rehabilitanta czy dietetyka, których wsparcie ma

istotne znaczenie w całym procesie leczenia. Kliniki transplantacji szpiku i oddziały hematologii potrzebują długofalowej pomocy i radykalnych systemowych zmian. Raport Fundacji DKMS powstał na podstawie wyników „Badania potrzeb Pacjentów hematookologicznych oraz personelu medycznego Klinik Transplantacji Szpiku i Oddziałów Hematologii”. Badanie zrealizowano na Oddziałach Transplantacji Szpiku i Hematologii/Onkohematologii w pięciu szpitalach dziecięcych i dziesięciu dla dorosłych w całej Polsce. Sprawdzono, jakie są warunki i pilne potrzeby ośrodków hematookologicznych, mające wpływ na opiekę nad chorymi, zarówno podczas pobytu w szpitalu, jak też po zakończeniu leczenia i opuszczeniu szpitalnej sali. Analizie poddano pięć kluczowych obszarów: infrastrukturę, sprzęt medyczny oraz rehabilitację rozumianą jako: rehabilitację psychoonkologiczną, żywieniową oraz ruchową/fizyczną. Raport ukazuje obecny stan opieki nad pacjentem hematologicznym w Polsce. Nie da się ukryć, że choć hematologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny, to organizacyjnie mamy jeszcze bardzo wiele do zrobienia. Należy dążyć do opracowania modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem hematologicznym, obejmującej diagnostykę oraz indywidualny plan leczenia, jak również świadczenia wspomagające, takie jak: konsultacje psychoonkologiczne, porady dietetyczne i bardzo potrzebną dla pacjentów rehabilitację ruchową – podkreśla prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Aby w polskiej hematookologii następowały pozytywne zmiany dla wszystkich zaangażowanych stron: ośrodków transplantacyjnych i klinik, personelu medycznego, personelu wspierającego rekonwalescencję oraz pacjentów i ich rodzin,

potrzebna jest współpraca z decydentami, organizacjami pacjentów i towarzystwami naukowymi. Chcemy, aby Program Rozwoju Polskiej Transplantologii był platformą wymiany doświadczeń oraz wspólnych działań w tym obszarze. Wyniki raportu stanowią dla nas punkt wyjścia do rozpoczęcia dyskusji i dalszych prac na rzecz wspierania pacjentów – mówi Ewa Magnucka-Bowkiewicz, prezes Fundacji DKMS.

Choć hematologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny, to organizacyjnie mamy jeszcze bardzo wiele do zrobienia.

Raport dostępny jest na stronie:
www.dkms.pl/pl/media/33816

¹ Badanie pt. „Badanie potrzeb Pacjentów hematookologicznych oraz personelu medycznego Klinik Transplantacji Szpiku i Oddziałów Hematologii” przeprowadziła agencja badawcza IQVIA w 2019 r. na zlecenie Fundacji DKMS

Terapia CAR-T zmienia oblicze onkologii. Dlaczego pacjenci nadal mają do niej ograniczony dostęp?

W ciągu ostatnich lat obserwuje się istotny postęp w hematoonkologii. Nadal jednak najnowocześniejsze terapie, takie jak CAR-T, nie są refundowane.

Prof. dr hab. n. med. Iwona Hus
Prezes Polskiego
Towarzystwa
Hematologów
i Transfuzjologów

Jak wygląda obecnie sytuacja związana z hematoonkologią w Polsce, na jakie innowacje mogą liczyć pacjenci?

Mówiąc o innowacjach trzeba powiedzieć o dwóch rodzajach terapii, pierwszy to immunoterapia, a drugi to nowe terapie celowane, tzw. leki małocząsteczkowe. W immunoterapii podstawową rolę odgrywają nadal przeciwciała monoklonalne. Sztandarowym lekiem jest stosowany od ponad 20 lat rytuksymab, czyli przeciwciało monoklonalne antyCD20. Dołączenie go do chemioterapii skutkowało zarówno zwiększeniem odsetek odpowiedzi, jak i wydłużeniem całkowitego czasu przeżycia chorych. Oprócz niego mamy obecnie nowe, silniejsze przeciwciała monoklonalne anty-CD20, np. obinutuzumab. Drugą ważną grupą przeciwciał są przeciwciała sprzężone z cytostatykiem i tutaj najczęściej stosowany jest brentuksymab vedotin, refundowany w Polsce u chorych na oporną/nawrotową postać chłoniaka Hodgkina i chłoniaka anaplastycznego. Do grupy przeciwciał sprzężonych należy również polatuzumab vedotyny, który niestety nie jest refundowany w Polsce. Dołączenie polatumuzmabu do immunochemioterapii (bendamustyna, rytuksymab) pozwala na wydłużenie całkowitego czasu przeżycia u chorych z nawrotową, oporną postacią chłoniaka DLBCL, co stanowi istotny postęp w leczeniu tego najczęstszego chłoniaka u osób dorosłych. Kolejną grupą są przeciwciała o tzw. podwójnej specyficzności, których przykładem jest blinatumomab, stosowany u chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. Lek ten jest refundowany w Polsce. Drugą metodą immunoterapii, która uważana jest za przełom w leczeniu nowotworów hematologicznych jest immunoterapia komórkowa w postaci modyfikowanych genetycznie limfocytów T, zarejestrowana obecnie w leczeniu chorych na chłoniaka DLBCL i ostrą białaczkę limfoblastyczną, ale na świecie toczy się wiele badań klinicznych w innych rodzajach nowotworów. Niestety terapia ta nie jest póki co refundowana w Polsce. Jest ona bardzo potrzebna, ponieważ pozwala uzyskać odpowiedź i przedłużenie przeżycia u 40 proc. chorych, a trzeba podkreślić, że są to pacjenci, dla których wcześniej nie było ratunku. Kolejną ważną grupą leków są terapie celowane lekami małocząsteczkowymi. To preparaty skierowane przeciw określonym szlakom molekularnym w komórce nowotworowej, co oznacza, że działają zupełnie inaczej niż

przy chemioterapii – są skuteczne w przypadkach oporności na chemioterapię. Dzięki nim nowotwór staje się chorobą przewlekłą i chorzy mogą przez lata prowadzić normalne życie.

Rozwój medycyny sprowadza się coraz częściej do terapii immunologicznych i celowanych. Jak wygląda dostęp w Polsce, a jak na świecie?

Niestety, dostęp do tych leków nie jest taki, jak byśmy chcieli. Oczywiście się zwiększa i z tego się cieszymy, jednak nadal są grupy chorych, u których według nas należy wdrożyć innowacyjne leczenie, a których go nie otrzymują, bo nie jest refundowane. Ma to miejsce chociażby w nowoczesnych terapiach celowanych w białaczkę przewlekłą limfocytową w pierwszej linii leczenia, gdzie chorzy z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi nie powinni otrzymywać immunochemioterapii, która jest u nich nieskuteczna, a może być toksyczna. Nie mamy też wielu innych substancji refundowanych, które są potrzebne pacjentom, w tym m.in. midostauryny dla chorych na ostrą białaczkę szpikową i polatuzumabu dla chorych na chłoniaka DLBCL.

CAR-T zmienia oblicze onkologii. Mamy w Polsce zaplecze ośrodków oraz ekspertów, którzy mogą uratować życie wielu chorym na ciężkie nowotwory dzięki tej właśnie terapii. Jakie są ograniczenia w dostępie do tej metody i jakie konsekwencje niesą?

Obecnie ta terapia nie jest w ogóle refundowana, co oznacza, że chorzy mają do niej dostęp jedynie w ramach badań klinicznych, co ma miejsce np. u chorych na szpiczaka plazmocytowego, i to jest obecnie jedyna możliwość korzystania z niej. Oznacza to, że chorzy na chłoniaka DLBCL i ostrą białaczkę limfoblastyczną nie mają do niej dostępu na podstawie refundacji. Jedynym rozwiązaniem jest samodzielne pozyskanie środków, a tak z pewnością nie powinno to wyglądać. W konsekwencji chorzy nie mają szansy na życie, a przecież w Polsce mamy certyfikowane ośrodki, w których możemy takie leczenie prowadzić.

Czy terapia CAR-T powinna się znaleźć na liście innowacyjnych technologii w ramach Funduszu Medycznego?

Uważam, że tak, terapia CAR-T spełnia założenia terapii, które w ramach Funduszu

Medycznego mogłyby być refundowane. Jest to z całą pewnością terapia innowacyjna. W momencie, gdy się pojawiła, mówiło się wręcz o nowej erze leczenia nowotworów hematologicznych, ale wiemy, że badania prowadzone są w różnych innych wskazaniach. Trzeba podkreślić, że jest to terapia, która stwarza szansę na uzyskanie odpowiedzi u tych pacjentów, u których zawiodły wszystkie inne metody. Istnieją również dowody kliniczne w postaci badań rejestracyjnych, więc to nie jest terapia eksperymentalna, ale taka, w której skuteczność została wykazana w badaniach klinicznych. Powinna zatem znaleźć się na liście.

”
CAR-T to najnowsza terapia, absolutnie nowy rodzaj immunoterapii komórkowej.

Jakie są perspektywy umożliwienia dostępu do terapii CAR-T w najbliższej przyszłości?

Chciałabym, abyśmy jak najszybciej mogli kwalifikować chorych do tego leczenia. Bo trzeba pamiętać, że te nowotwory są bardzo agresywne, co oznacza, że pacjenci nie mogą czekać na terapię. Mam zatem nadzieję, że jak najszybciej znajdzie się na liście refundacyjnej, bo spełnia kryteria terapii, które mają być refundowane w ramach Funduszu Medycznego. CAR-T to najnowsza terapia, absolutnie nowy rodzaj immunoterapii komórkowej. Nie było podobnej terapii i co najważniejsze – stwarza szansę na uzyskanie odpowiedzi u 40 proc. chorych, którym żadnymi wcześniej dostępnymi metodami nie jesteśmy w stanie pomóc.

 PANEL EKSPERTÓW

Immunoterapie są stosowane w coraz większej liczbie nowotworów



Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski
Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, onkologii klinicznej hematologii, transplantologii klinicznej

CAR-T stanowi wielką nadzieję dla chorych na nawrotowe i oporne nowotwory układu limfoidalnego. Stosowana w przypadku chłoniaka agresywnego z dużych komórek B oraz ostrej białaczki limfoblastycznej linii B stanowi obecnie również nadzieję w innych chorobach.

W ostatnich latach nastąpił ogromny rozwój w kontekście innowacyjnych metod leczenia nowotworów. Jak immunoterapia zmienia perspektywę pacjentów onkologicznych? Na czym polega?

Immunoterapia ma długą historię, jej początki sięgają jeszcze XIX wieku, jednak gwałtowny rozwój immunoterapii nastąpił dopiero w drugiej połowie XX wieku, ale pierwsze przeciwnowotworowe przeciwciała monoklonalne anty-CD20 zostało

dopuszczone do stosowania w 1997 r. i od razu zrewolucjonizowało leczenie chorych na chłoniaki. Dalszy dynamiczny rozwój doprowadził do opracowania przeciwciał dla innych wskazań, sprzężonych z toksynami komórkowymi, blokujących hamowanie odpowiedzi immunologicznej, a więc stymulujących efekty przeciwnowotworowe układu odpornościowego, a ostatnio także konstrukty dwuswoiste angażujące limfocyty cytotoksyczne T do odpowiedzi przeciw komórkom różnych nowotworów. Przeciwciała monoklonalne o różnych mechanizmach działania stały się prawdziwym przełomem w leczeniu wielu chorób nowotworowych, zwłaszcza chorych na raka płuca, dla których nie było skutecznego leczenia systemowego. Obecnie immunoterapie są stosowane w coraz większej liczbie nowotworów i wciąż są ulepszone.

CAR-T jest nazywane przełomem i przyszłością w leczeniu chorych na nowotwory. Obecnie stosuje się tę metodę w leczeniu chłoniaka rozlanego z dużych komórek B oraz ostrej białaczki limfoblastycznej. Jaka jest nadzieja na zastosowanie tej terapii w innych chorobach nowotworowych?

Rzeczywiście, immunoterapia komórkowa z zastosowaniem limfocytów z receptorami chimerowymi, przeciw antygenom związanym z nowotworami, czyli komórki CAR-T, stanowi przełom i wielką nadzieję dla chorych na nawrotowe i oporne nowotwory układu limfoidalnego. W przypadku najczęściej występującego u dorosłych chłoniaka agresywnego z dużych komórek B oraz w przypadkach ostrej białaczki limfoblastycznej linii B ten

postęp jest szczególnie wyraźny. Pojawiły się już nowe wskazania – np. chłoniak z komórek płaszczu, oraz trwają intensywne badania laboratoryjne, przedkliniczne i kliniczne nad zastosowaniami w innych nowotworach. Najbardziej zaawansowane badania dotyczą szpiczaka plazmocytozy i innych chłoniaków. Zastosowania w przypadkach nowotworów innych niż układu limfoidalnego stanowią większy problem niż się spodziewaliśmy, i jesteśmy tu jeszcze na początku drogi.

W obecnej chwili jednak dostęp do tej metody jest ograniczony. Na jakie perspektywy umożliwienia dostępu do leczenia mogą liczyć pacjenci w najbliższych miesiącach?

Obecnie jesteśmy na etapie realizacji grantu Agencji Badań Medycznych, który ma na celu opracowanie i wdrożenie metody leczenia CAR-T w konkretnych wskazaniach w perspektywie kilku lat. W grudniu 2020 został rozstrzygnięty konkurs ABM na opracowanie polskiej terapii adoptywnej (CAR/CAR-T) z wykorzystaniem komórek immunokompetentnych modyfikowanych genetycznie i konsorcjum, którego liderem jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, utworzone z udziałem Narodowego Instytutu Onkologii (CAR-NET) uzyskało finansowanie projektu.

Czy uważa pan, iż CAR-T powinno znaleźć się wśród priorytetowych terapii pod kątem wsparcia finansowego?

Zdecydowanie tak, ponieważ ta terapia jest przede wszystkim przeznaczona dla chorych, którzy wyczerpali istniejące możliwości leczenia, a dzięki niej wielu z nich może być wyleczonych.

 EKSPERT

Trudny rok z rakiem płuca

Sytuacja pacjentów z rakiem płuca, zwłaszcza na początku pandemii, była bardzo trudna. Obserwowaliśmy dużo opóźnień w diagnostyce skutkujących pogłębianiem się stanów chorobowych w wyniku strachu przed kolejną ciężką chorobą, która – oprócz już groźnego raka – może się okazać śmiertelna.

Każde opóźnienie leczenia w służbie zdrowia skutkuje pogłębianiem choroby. W wyniku pandemii pacjenci obawiali się wizyt w szpitalu czy przychodni, bagatelizowali więc swoje objawy lub przekładali wizyty.

Na tegorocznym wirtualnym Kongresie Raka Płuca prezentowano badania, które potwierdziły, że pacjenci odkładają kontakt z lekarzem w obawie przed zakażeniem siebie lub bliskich oraz boją się samotności w szpitalu bez możliwości odwiedzin rodziny. Ten strach dotyczy aż 60 proc. pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Pandemia znacznie utrudniła dostęp do diagnostyki i leczenia – od lekarza rodzinnego do specjalisty. Lekarze i pielęgniarki również przechodzili swoje kryzysy zdrowotne lub musieli zaprzestać pracy z powodu kwarantanny.

Były etapy, kiedy całe przychodnie pozostawały zamknięte, bo nie było rozwiązań systemowych, które wykluczałyby zakażenie koronawirusem, jak choćby szybkie testy covidowe dla wszystkich pacjentów przyjmowanych do jednostki medycznej. Na początku nasz oddział pulmonologiczny został przekształcony w oddział, gdzie przyjmowaliśmy pacjentów tylko z podejrzeniem COVID-19. Przez to nasza praca na rzecz innych pacjentów onkologicznych została ograniczona. Z kilku badań diagnostycznych niezbędnych do rozpoznania raka płuca wykonywaliśmy tylko jedno lub dwa tygodniowo. Ten spadek procedur diagnostycznych był później bardzo widoczny w leczeniu. Niektórych pacjentów straciliśmy.

Teleporady nie wystarczyły

Teleporady okazały się zbyt mało skuteczne, by mogły bezpiecznie dla pacjentów zastąpić stacjonarne wizyty, nawet w pandemii – zwłaszcza przy wizytach pierwszych dla nowych pacjentów.

Tego rodzaju spotkania wirtualne są optymalne, jeśli już znamy pacjenta, wiemy, których leków potrzebuje, jak go prowadzić. Telefonicznie możemy umówić go na badania tak, by pacjent zgłosił się na stacjonarną wizytę już z wynikami. Natomiast wstępna diagnostyka wymaga kontaktu bezpośredniego z lekarzem. Mamy już skutki utrudnionego kontaktu w społeczeństwie, pacjenci trafiają do nas już w bardzo zaawansowanych stadiach choroby. Dlatego tak ważne jest, abyśmy byli otwarci dla pacjentów, nawet mimo pandemii.

Zmiany systemowe

Pacjenci z rakiem płuca wciąż w systemie ochrony zdrowia czują się zagubieni. Wiąże się to z ich wiekiem – są to głównie osoby starsze, po 60. r.ż., często samotne, których dzieci mieszkają za granicą

i stamtąd starają się wspomóc rodziców, choćby umawianiem ich na wizyty lekarskie.

Bez tego wsparcia faktycznie pacjenci nie wiedzieliby, gdzie się zgłosić, dokąd pójść. To kwestia systemowa, potrzebna jest lepsza komunikacja i zacieśnienie współpracy między lekarzami rodzinnymi a specjalistami. Ogromnie istotna jest również lepsza koordynacja ścieżki pacjenta. Nie ma bowiem sensu, aby pacjent z podejrzeniem guza płuca był od razu kierowany do onkologa. Pacjent musi posiadać komplet badań – przede wszystkim rozpoznanie histopatologiczne, by móc wdrożyć leczenie. Droga ta powinna rozpocząć się od pulmonologa lub torakochirurga.

Centra doskonałości

Uruchomienie w Polsce sieci placówek typu Lung Cancer Unit – ośrodków koordynowanej opieki nad chorymi z rakiem płuca – budzi wielkie nadzieje, zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy. Główną ideą powstania Lung Cancer Units na świecie jest skrócenie czasu od diagnostyki do rozpoczęcia leczenia, a także skrócenie okresu od wykrycia przez chorego pierwszych objawów raka płuca do postawienia diagnozy.

W Polsce jest kilkadziesiąt ośrodków medycznych specjalizujących się w leczeniu nowotworów płuca. Ideą centrów doskonałości typu Lung Cancer Unit jest stworzenie kilku głównych ośrodków dysponujących wszystkimi metodami leczenia typowymi dla raka płuca: onkologią kliniczną, radioterapią, torakochirurgią oraz świetną diagnostyką obrazową, w tym rezonansem magnetycznym, badaniem pozytronową tomografią emisyjną i odpowiednim zapleczem patomorfologicznym.

W placówkach typu Lung Cancer Unit będą pracować lekarze różnych specjalności – onkolodzy, chirurdzy, specjaliści od chemioterapii i radioterapii, patomorfologowie, biolodzy molekularni, genetycy, a także psychologowie kliniczni, rehabilitanci. Na świecie takie placówki są standardem, w Polsce ten system dopiero się tworzy.

i Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

 PANEL EKSPERTÓW

Skuteczna diagnostyka jest kluczem do efektywnego leczenia nowotworu płuca

Wspólne zalecenia kilkunastu europejskich towarzystw lekarskich i stowarzyszeń pacjentów podkreślają aktualnie fundamentalne znaczenie zespołów wielodyscyplinarnych ułatwiających i narzucających określoną formę organizacji ośrodków odpowiedzialnych za diagnostykę i leczenie raka płuca.

Jakie są czołowe wskazówki w tym zakresie, które powinny stanowić także podstawę korekty dokonywanej w polskim systemie zdrowia?
Rzeczywiście polska organizacja opieki nad chorymi onkologicznymi wymaga dokonania znaczących zmian, a to, jak sytuacja przedstawia się aktualnie, niekorzystnie wpływa na szybkość i kompleksowość diagnostyki oraz zaplanowanie i wdrożenie terapii. Istotne jest przede wszystkim powołanie ośrodków, w których chorzy na raka płuca będą mieli możliwość korzystania z szybkiej diagnostyki raka płuca, gdyż jest to niezbędne, aby wdrożyć nowoczesne i skuteczne leczenie. Należy przede wszystkim podkreślić, że brakuje u nas także standardów leczenia raka płuca, bo nie mamy ścisłych reguł, których lekarz musi przestrzegać, gdy planuje diagnostykę i leczenie chorego. Może wpływać to niekorzystnie na rezultaty terapii.

Jak terapie obejmujące inhibitory immunologicznych punktów kontroli zmieniły standard opieki nad chorymi na raka płuca?
Chorzy na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP), którzy mogą otrzymać immunoterapię, czyli leczenie mające na celu przywrócenie

zdolności układowi immunologicznemu do niszczenia komórek nowotworowych, odnoszą wiele korzyści z tej nowoczesnej terapii. W przypadku pacjentów, którzy mają wysoką ekspresję PD-L1 na komórkach nowotworowych (≥50 proc. komórek nowotworowych z ekspresją tego markera), stosujemy monoterapię z wykorzystaniem pembrolizumabu, czyli przeciwciała anty-PD-1. Jeżeli ekspresja PD-L1 jest mniejsza, stosujemy chemioimmunoterapię opartą na związkach platyny z dodatkiem cytostatyku trzeciej generacji i pembrolizumabu. Co ważne, w przypadku 90 proc. pacjentów, którzy mogą kwalifikować się do leczenia, możemy zastosować jedną z powyższych metod leczenia, co przekłada się na wydłużenie przeżycia całkowitego, a to z kolei korzystnie wpływa na jakość życia chorego. Istnieje też grupa pacjentów (około 15 proc. chorych na NDRP), którzy mają predyspozycję genetyczną do leczenia ukierunkowanego molekularnie. Chorzy ci zamiast immunoterapii lub chemioimmunoterapii otrzymują bardzo skuteczną terapię „celowaną”.

Wraz z początkiem 2021 roku chorzy na NDRP otrzymali nowe wiadomości w postaci zmian na styczniowej liście refundacyjnej. Jakże realne



Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk
Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

odzwierciedlenie będą one miały dla podniesienia jakości leczenia osób zmagających się z rakiem niedrobnokomórkowym?
W ramach programu lekowego mamy teraz możliwość zastosowania immunoterapii durwalumabem (przeciwciała anty-PD-L1) u chorych w stadium miejscowo zaawansowanym poddanych skutecznej jednoczasowej chemioradioterapii, co przynosi znacznie wyższy odsetek osób wyleczonych z choroby onkologicznej. Kolejną zmianą jest refundacja leczenia skojarzonego z zastosowaniem chemioterapii i immunoterapii pembrolizumabem u chorych z ekspresją PD-L1 na <50 proc. komórek nowotworowych, co znacząco wydłuża czas przeżycia chorych. Badania dowodzą, że niemal 30 proc. pacjentów objętych takim leczeniem żyje 3 lata i dłużej, przy tym zwykle chemioimmunoterapia nie jest znacząco bardziej toksyczna niż sama chemioterapia. Nowy program lekowy umożliwia także stosowanie ozymertynibu w pierwszej linii leczenia u chorych na NDRP o typie innym niż płaskonabłonkowy z mutacją w genie EGFR. W porównaniu z dotychczas stosowanymi inhibitorami EGFR starszej generacji (erlotynib, gefitynib, afa-tinib), ozymertynib jest znacznie bardziej skuteczny i u części chorych umożliwia nawet kilkuletnie przeżycia bez wznowy choroby.

Dlaczego kompletna i kompleksowa diagnostyka zmian w płucach, a później raka płuca, obejmująca pełny zakres markerów, jest w obecnej sytuacji, po dokonanych zmianach na liście refundacyjnej, tak ważna?
Leczenie spersonalizowane, wielokrotnie bardziej efektywne od chemioterapii, jest możliwe tylko wtedy, gdy pacjent będzie odpowiednio zdiagnozowany. Konieczny jest zatem bezwzględny dostęp do wszystkich niezbędnych metod, bo trzeba mieć na uwadze, że rak płuca jest chorobą szybko postępującą, a czas jest tu znaczący. Kwestią priorytetową jest, by chory miał dostęp do wyspecjalizowanego ośrodka, który po kompleksowej diagnozie będzie mógł wdrożyć nowoczesne leczenie w ramach programu lekowego.

Upodmiotowienie pacjenta z NDRP

W niedrobnokomórkowym raku płuca (NDRP) ostatnie dwa lata to niesamowity postęp naukowy i medyczny. Onkolodzy mówią wręcz o prawdziwym przełomie, zarówno w terapiach, jak i w dostępności do najnowocześniejszych z nich, co sprawiło, że ten rodzaj nowotworu ze śmiertelnego stał się... chorobą przewlekłą.

Onkologia personalizowana w NDRP
Personalizowanie ścieżki terapeutycznej pacjentów z nowotworem płuca ma ogromne znaczenie, zarówno jeśli chodzi o efektywność, jak i mniejszą inwazyjność leczenia w tak agresywnej chorobie, jaką jest niedrobnokomórkowy rak płuca. Pacjenci z tą do niedawna prawie zawsze śmiertelną chorobą dziś mogą zachować nie tylko samodzielność i aktywność zawodową, ale też... życie.

mówimy wtedy o przedłużeniu życia o 6-8 miesięcy, ale co najmniej o 15, a nawet 48 i więcej. Ponadto w leczeniu personalizowanym mamy zupełnie inny profil toksyczności leków, nie występują więc skutki uboczne, takie jak utrata owłosienia, nudności, wymioty. Nie ma również zaburzeń układu immunologicznego wynikających z uszkodzenia tych frakcji leukocytów, które odpowiadają za odporność.

Terapie molekularne i immunoterapia
Nowoczesne terapie w NDRP to precyzyjne, skuteczne i zindywidualizowane leczenie będące przyszłością onkologii sztywnej na miarę. Ale i terażniejszością. Postęp, który dokonał się w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca, już dziś pozwala na stosowanie leków molekularnych i immunokompetentnych (immunoterapii) również dla polskich pacjentów.
Leki ukierunkowane molekularnie, w przeciwieństwie do chemioterapii, oddziałują bezpośrednio na komórki rakowe i je niszczą. Natomiast immunoterapia nie jest oparta na lekach przeciwnowotworowych i nie oddziałuje bezpośrednio na komórki raka, lecz w taki sposób działa na system immunologiczny pacjenta, aby ten sam niszczył komórki nowotworowe. Zdecydowanie zbliżamy



Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski
Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

się jakością leczenia w naszym kraju do standardów europejskich i amerykańskich zgodnych z ESMO i ASCO. Ostatnie dwa lata to wręcz kroki milowe w onkologii.

Postępy w polskiej onkologii
Ostatnia modyfikacja onkologicznej listy refundacyjnej wprowadziła trzy zasadnicze zmiany w terapiach. Pierwsza to wprowadzenie leku, który jest przeznaczony dla chorych leczonych radykalną radiochemioterapią jednoczasową, jako leczeniem konsolidującym. Terapia polega na podawaniu tego leku przez 12 miesięcy, co zwiększa odsetek chorych trwale wyleczonych. Przy takim trybie leczenia ponad połowa pacjentów żyje nadal, a przy braku leczenia konsolidującego tylko 30 proc. Zysk jest zatem prawie dwukrotny. Drugą ważną zmianą jest wprowadzenie inhibitora trzeciej generacji, który hamuje nie tylko szlak osi EGFR, ale także mutację oporności T790M, która pojawia się w przypadku leczenia inhibitorami pierwszej i drugiej generacji.
Trzecia istotna zmiana dla chorych to wprowadzenie możliwości leczenia tzw. złożonego, czyli zastosowania połączenia immunoterapii i chemioterapii w tej populacji, gdzie immunoterapia samodzielna nie może być zastosowana.
Immunoterapia jest uznana za przełom w leczeniu ogólnowiatowym, a leczenie czerniaków i raków niedrobnokomórkowych to tego sztandarowe dowody. Jeszcze do niedawna były to nowotwory nieuleczalne, a dzięki immunoterapii zyskujemy potężny arsenał do walki z tymi chorobami. Kolejnym etapem rozwoju onkologii będzie coraz większy podział dziedziny na wysokospecjalistyczne działy, czyli rozwój onkologii sztywnej na miarę zarówno w leczeniu molekularnym, jak i właśnie w immunoterapii.

”
Ostatnie dwa lata to wręcz kroki milowe w onkologii.

Personalizowane, zindywidualizowane leczenie jest nieporównywalnie bardziej efektywne, jeśli chodzi o czas przeżycia całkowitego niż klasyczna chemioterapia działająca niestety na oślep, jak broń obosieczna. Nie



Drogie panie, badajmy się!

Pandemia COVID-19 znacząco wpłynęła na regularność wykonywania cytologii i m.in. USG dopochwowego. „Onkolodzy alarmują, że wzrasta liczba pacjentów z zaawansowanym stadium raka. Musimy dbać o siebie i pilnować badań profilaktycznych bez względu na wszystkie przeszkody i wymówki” – apeluje aktorka Anna Dereszowska.

Rozmawiała **Justyna Sokołowska**, redaktor naczelna Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości

Już od dziesięciu lat jesteś ambasadorką Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości odważnie podejmującej temat chorób narządów rodnych kobiet, bo nie jest łatwo przebić się z tym tematem. Wspierałaś pierwszą kampanię „Piękna, bo zdrowa” poświęconą rakowi szyjki macicy i przypominałaś, jak ważne jest regularne wykonywanie cytologii. Jesteś też twarzą kampanii „Diagnostyka jajnika”. Wkładasz w to wiele serca, prawda?

Tak, to prawda. Jeszcze tych dziesięć lat temu rak piersi był już w Polsce podejmowany poprzez akcję Różowej Wstążki, ale rak szyjki macicy i rak jajnika (na który zmarła moja mama) wciąż były tematami tabu. W tej chwili – dzięki

zasłudze Kwiatu Kobiecości – normalnie się o tym rozmawia, kobiety nie wstydzą się mówić, że idą do ginekologa, zrobić cytologię czy USG transwaginalne. Już pominąwszy fakt, że działalność „kwiatka” przynosi dużą korzyść dla innych kobiet, to też dużo dała mnie samej. Oswoiłam się ze śmiercią mamy, to było dla mnie oczyszczające.

Nic nie dzieje się przypadkiem... Trudno o bardziej zaangażowaną i przekonującą ambasadorkę. Czy łatwo jest zmotywować kobiety do pójścia na badania?

Bardzo dużo pań do mnie napisało, że pomysł na kampanię dotyczącą diagnostyki jajnika jest świetny, ale to zły czas, bo z powodu koronawirusa trudno jest się dostać do lekarza. Zgadzam się z tym,

Anna Dereszowska
Ambasadorka kampanii „Diagnostyka Jajnika” Organizacji Kwiat Kobiecości

że to niesprawiedliwe, że płacimy składki zdrowotne, a mimo to nie możemy w państwowej placówce medycznej tych badań zrealizować z powodu reżimu epidemiologicznego. Owszem, to nie fair, że jesteśmy zmuszone robić USG transwaginalne prywatnie, płacić za nie, bo państwowy system zdrowia jest niewydolny. Z drugiej strony mówimy o badaniu wykonywanym raz w roku, które może uratować nam życie. Onkolodzy alarmują, że wzrasta liczba pacjentów z zaawansowanym stadium raka. Musimy dbać o siebie i pilnować badań profilaktycznych bez względu na wszystkie przeszkody i wymówki. Ja dodatkowo zrobiłam sobie test BRCA1/BRCA2 i w planach mam badanie na ustalenie poziomu arsenu, cynku i seleniu w organizmie. Okazuje się, że obecność tych pierwiastków w naszej diecie jest nie bez znaczenia, jeśli chodzi o ryzyko nowotworów.

„
Musimy dbać
o siebie
i pilnować badań
profilaktycznych
bez względu
na wszystkie
przeszkody
i wymówki.

Domyślam się, że takie świadome podejście do tematu zdrowia jest też efektem współpracy z fundacją Idy Karpińskiej?

„Kwiatek” zmotywował mnie do tego, żeby się co roku badać, bo co prawda miałam ciągle w głowie śmierć i chorobę mamy, ale to w żaden sposób nie wpływało na moją dbałość o swoje zdrowie. Tymczasem dostałam grupę wsparcia (mam na myśli dziewczyny z fundacji), która działa na mnie mobilizująco. Widzę też, jakie wspaniałe efekty przynoszą te kampanie. Napisała do mnie pewna pani, że po tym, jak opublikowałam spot kampanii, poszła z mamą na badania. Wykryto u niej guzki na jajniku, które na szczęście okazały się niezłośliwe. Podziękowała mi za to, że zmobilizowałam je do badań. Każda taka wiadomość to dla mnie małe zwycięstwo. Rekompensuje mi to niefajne komentarze, że po co opowiadam o tym, co się wydarzyło w moim prywatnym życiu, kogo to w ogóle interesuje. Otóż jeśli pod wpływem tego choć jedna kobieta pójdzie się zbadać, to będę o tym mówiła, a nie o tym, co ugotowałam na obiad. Drogie panie, badajmy się!



Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Choroba nowotworowa może odciągnąć uwagę od wszystkich innych aspektów życia



Anna Długotłęcka
Psycholog,
współzałożycielka
i prezes fundacji
Warszawskie
Centrum
Psychoonkologii



Sylwia Świstak-Sawa
Psycholog,
psychoonkolog,
psychoterapeuta,
wieloletni pracownik
Narodowego
Instytutu Onkologii
w Warszawie
oraz Fundacji
Warszawskie
Centrum
Psychoonkologii

Od roku żyjemy w innej rzeczywistości. Świat się zatrzymał albo przynajmniej zwolnił. Pandemia COVID-19 zmieniła znaczenie wielu pojęć. Postawiła wielu z nas wobec niełatwych refleksji i trudnych wyzwań. Nasze relacje przechodzą poważną próbę. Od początku epidemii COVID-19 w Polsce chorzy onkologicznie boją się o swoje życie i zdrowie podwójnie.

W całym kraju wizyty do specjalistów, badania diagnostyczne oraz planowane zabiegi są odwoływane lub przekładane. Niektórzy tygodniami czekają na rozpoczęcie leczenia. Są również tacy, którzy zostali w izolacji w hospicjach – bez możliwości spotkania i przytulenia najbliższych. Pozostawanie blisko człowieka, który przeżywa kryzys lub skrajnie trudną sytuację – a takich pojęć przecież możemy śmiało użyć – to jedna z najtrudniejszych prób dla naszych relacji.

Rozpacz, poczucie bezradności, smutek... Gama emocji jest szeroka. I każda z tych emocji jest absolutnie uzasadniona i na miejscu. Nie oczekujmy tego, że chory weźmie się w garść. Nie pocieszajmy frazesami typu „wszystko będzie dobrze”, „dasz radę”. Poszukajmy słów, które płyną z serca. Pozwólmy na wypowiedzenie tych wszystkich słów, które nasz bliski chory **POTRZEBUJE** wypowiedzieć. Nie dziwmy się, że nie ma siły. Pobądźmy obok w poczuciu rozczarowania tym, co jest. Dopiero jak stworzymy bezpieczną

przestrzeń dla emocji, uczuć i myśli, wtedy możemy przejść do działania.

Choroba nowotworowa może odciągnąć uwagę od wszystkich innych aspektów życia. Może mu odebrać cały smak. Chcąc wesprzeć bliskiego, warto się postarać, aby jego życie nie upływało jedynie pod znakiem leczenia. Ważne, aby mógł się angażować w te rzeczy i sprawy, które lubił robić przed chorobą i przed pandemią. Inspiracji można poszukać na stronach fundacji onkologicznych oraz stowarzyszeń pacjenckich. Można tam znaleźć odpowiedzi na temat tego, co zrobić, gdy wydaje się, że nie można nic zrobić.

A co w sytuacji, gdy nasz bliski chory jest w szpitalu?

W sytuacji planowanego pobytu w szpitalu mamy czas, by zastanowić się wspólnie, co byłoby dla chorego pomocne. Możemy włożyć do walizki wspólne zdjęcie czy zdjęcie dzieci/wnuków, ulubioną poduszkę, książkę. Upewnijmy się, że telefon naszego bliskiego działa i że ładowarka jest w walizce. Pozwólmy wziąć choremu aparat, którym posługiwał się do tej pory,

którego obsługę świetnie zna. Zadbajmy o to, żeby kontakt z pacjentem nie sprowadzał się tylko do rozmowy na temat jego choroby i leczenia. Podzielmy się też tym, co u nas słychać. Poprośmy o radę. Dopytajmy, czego potrzebuje.

Jeśli jest to możliwe, przywieźmy choremu do szpitala to, o co prosi. Może potrzebuje świeżych ubrań lub zjadłby coś pysznego. Nawet jeśli nie możemy przekazać paczuszki osobiście, to możemy dać ją personelowi szpitala, który wręczy ją choremu. Niewielka karteczka z kilkoma osobistymi zdaniem będzie miłym dodatkiem do przesyłki. Czasem zdarza się, że rozmawiając przez telefon, można patrzeć na siebie przez okno. Ustalcie z chorym, które okno wychodzi z jego pokoju, i zobaczcie się choć na chwilę.

Świat się zatrzymał albo przynajmniej zwolnił... ale potrzeb człowieka nie zmienił. Nadal potrzebujemy czuć się bezpiecznie. Chcemy kochać i czuć, że jesteśmy kochani. Dziś świat nam tego nie da, bo czy kiedykolwiek nam dawał? Ale możemy być dla siebie wsparciem i dzielić się dobrem. Tego pandemia nam nie zabierze.

i
Więcej informacji
na stronie:
[byczdrowym.info](#)



1. Spakujmy do walizki **wspólne zdjęcie lub zdjęcia dzieci czy wnuków.**



2. Pamiętajmy o **ulubionej poduszce oraz książce.**



3. Upewnijmy się, że **telefon naszego bliskiego działa** i ma pod ręką **ładowarkę.**



4. Zwróćmy uwagę, aby chory wziął **aparat telefoniczny, który potrafi obsługiwać.**





5. Zadbajmy o to, żeby kontakt z pacjentem **nie sprowadzał się tylko do rozmowy na temat jego choroby i leczenia.**



6. **Poprośmy o radę.** Dopytajmy, czego potrzebuje.



7. **Bądźmy blisko.**

Jak przygotować chorego do pobytu w szpitalu?

Jak wykryć raka prostaty?



Rak prostaty to oprócz raka płuc najczęściej występujący wśród mężczyzn w Polsce nowotwór złośliwy. Według WHO w 2020 roku w naszym kraju zaatakował przeszło 18 tys. osób, a w 2030 roku przybędą ponad 22 tys. chorych. To schorzenie wcześniej wykryte jest jednak najczęściej całkowicie wyleczalne. Jakie metody diagnostyczne pomogą w jego rozpoznaniu?

Prof. dr hab. n. med. Michał Studniarek – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej, oraz **dr hab. n. med. Piotr Sosnowski** – specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej

Rak gruczołu krokowego długo nie daje specyficznych objawów. Bardzo ważne są więc regularne profilaktyczne badania u urologa i sprawdzanie poziomu PSA. Rozpoznanie zaczyna się od badania gruczołu krokowego per rectum i USG, do potwierdzenia choroby potrzebna jest jednak pogłębiona diagnostyka.

Multiparametryczny rezonans w diagnostyce raka prostaty

Multiparametryczny rezonans (mpMRI) to badanie obrazowe stosowane w diagnostyce gruczołu krokowego. Pozwala na rozpoznanie 93 proc. istotnych klinicznie nowotworów prostaty – mpMRI gruczołu krokowego umożliwia wykrycie raka o średnim i wysokim stopniu zaawansowania, już o objętości od 0,5 cm sześć. Ma na celu nie tylko zlokalizowanie nieprawidłowości, na które wskazywać mogło np. podwyższone stężenie PSA pacjenta,

ale też ustalenie obszaru zmian – czy są ograniczone do gruczołu krokowego bądź czy nastąpił naciek okolicznych tkanek i przerzuty w obszarze badania – wyjaśnia dr hab. n. med. Piotr Sosnowski, specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej. To badanie nieinwazyjne i bezbolesne.

Obecnie Europejskie Towarzystwo Urologiczne zaleca, aby mpMRI wykonywać przed każdą planowaną biopsją, dzięki czemu można zmniejszyć liczbę pobieranych próbek (standardowo 12), a czasami uniknąć jej w ogóle.

Biopsja fuzyjna, czyli koniec celowania „na ślepo”

Przed rozpoczęciem terapii raka prostaty konieczne jest potwierdzenie obecności nowotworu w badaniu histopatologicznym. Wcześniej, aby pobrać wycinki do weryfikacji, lekarze pobierali 12 próbek z gruczołu krokowego bez pewności, czy trafią w zmianę nowotworową. Taka

sytuacja nieraz wymagała więc nawet kilkukrotnego powtarzania 12-skrawkowej biopsji. Omawiana metoda – tzw. biopsja fuzyjna – umożliwia pobieranie próbek od razu z miejsca, w którym podejrzewane jest wystąpienie nowotworu. Jest to możliwe dzięki wykorzystaniu rezonansu magnetycznego oraz USG. – Podczas biopsji fuzyjnej na obraz prostaty z USG w czasie rzeczywistym nakładany jest obraz gruczołu krokowego z rezonansu magnetycznego. Taka fuzja pozwala na określenie obszarów, w których mogą być obecne zmiany nowotworowe, i pobranie z tych miejsc próbek do badania histopatologicznego – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Michał Studniarek, specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej.

Takie metody diagnostyczne umożliwiają wykrywanie raka prostaty w sposób mniej inwazyjny dla pacjenta niż kiedyś, a wczesne rozpoznanie tej choroby zwiększa szanse na jej pokonanie.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Jak walczyć z rakiem prostaty?

Choć zdiagnozowanie raka prostaty może niektórym kojarzyć się z wyrokiem, warto pamiętać o tym, że współczesna medycyna daje nam wiele narzędzi do walki z tą chorobą. Są nimi m.in. radioterapia oraz jej szczególny rodzaj – brachyterapia.

Dr n. med. Marek Kanikowski
Lekarz radioterapeuta, onkolog, brachyterapia,
Międzynarodowe Centrum Onkologii Affidea

Jedną z najczęściej stosowanych terapii onkologicznych jest radioterapia. Może być stosowana na każdym etapie choroby. Polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego do tego, żeby zniszczyć komórki nowotworowe, hamować ich wzrost lub zmniejszać objawy choroby. Radioterapia zwykle trwa od jednego do kilku tygodni. Pacjent nie musi przez ten czas pozostawać w szpitalu. Pojedyncze napromienianie trwa natomiast od kilku do kilkunastu minut.

Jedną z form radioterapii umożliwiającą leczenie raka prostaty jest brachyterapia. Ta metoda charakteryzuje się tym, że źródło promieniotwórcze jest wprowadzane bezpośrednio do guza nowotworowego. Wymaga ono odpowiedniej aplikacji

– można powiedzieć drogi – w przypadku raka prostaty zaplanowana dawka dociera do celu poprzez umieszczone w gruczole krokowym aplikatory. Dzięki temu mamy możliwość podania w krótkim czasie dużej dawki w obrębie guza. Zastosowanie tej metody daje szanse wyleczenia miejscowego oraz zasadniczo wpływa na ograniczenie działań niepożądanych, jak powikłania tkanek zdrowych (np. pęcherza, odbytnicy) czy wystąpienia impotencji lub nietrzymania moczu. Brachyterapia wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym. Zabieg wraz z przygotowaniem trwa 1,5-3 godzin, a pobyt w szpitalu około trzech dni. Jeżeli stadium choroby jest zaawansowane, najczęściej stosowana jest w skojarzeniu z teleradioterapią.



Rak szyjki macicy – jak wygląda obecna sytuacja w Polsce?

Co roku rak szyjki macicy zabiera 1600 naszych mam, babć, cioć, sióstr. Jak można temu zaradzić?



Jak wygląda sytuacja epidemiologiczna raka szyjki macicy w Polsce? Czy Polki chętnie się badają?

Na tle Unii Europejskiej jesteśmy na średnich pozycjach, jeśli chodzi o zachorowalność. Notujemy co roku ok. 2700 nowych przypadków i ok. 1600 zgonów. Od ponad 20 lat zauważamy tendencję spadkową. Nie mamy centralnego rejestru badań cytologicznych, ale wiemy, że chętniej w badaniach biorą udział kobiety świadome, wyedukowane, z dużych miast. Dane GUS-u i Eurostatu mówią, że nawet 80 proc. kobiet w wieku 30-40 lat deklaruje posiadanie aktualnych badań cytologicznych nie starszych niż trzy lata. Problem polega na tym, że w Polsce najbardziej na zachorowanie narażone są starsze kobiety, po 60. roku życia, które badań tych nie wykonują. Nie są niestety objęte programem, dlatego górną granicę wieku programu bezpłatnych badań cytologicznych należy podwyższyć z 59 na co najmniej 64 lata.

Jakie powinny nastąpić zmiany, aby poprawić obecną sytuację?

Przede wszystkim należy zwiększyć świadomość wśród kobiet, które nie wykonują badań. Niestety nie można ich zidentyfikować i do nich dotrzeć bezpośrednio bez centralnego rejestru badań cytologicznych. Taki rejestr jest niezbędny dla prowadzenia skoordynowanej profilaktyki przy różnych



Dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski
Profesor instytutu, kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Zakład Profilaktyki Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

miejscach realizacji badań. Kolejnym kluczowym zadaniem jest zwiększenie roli położnych w procesie badań cytologicznych. To one mogą bezpośrednio dotrzeć do kobiet, nie tylko z wielkich miast, ale przede wszystkim także tych z peryferii. Powinny edukować kobiety, przypominać o badaniach oraz same pobierać rozmazy w poradniach POZ i praktykach położnych. Warto także wspomnieć o szczepieniach przeciwko HPV, które nie są refundowane, jednak i tutaj pojawia się nadzieja na zmianę.

Jeśli chodzi o samą diagnostykę, jakie zalety ma cytologia na podłożu płynnym (LBC)? Czy powinna być częścią regularnych badań profilaktycznych?

W najnowocześniejszych modelach profilaktyki na świecie cytologia na podłożu płynnym jest drugim etapem diagnostyki. Najpierw wykonujemy badanie molekularne w kierunku występowania wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), a później, jeśli wynik jest dodatni, możemy dokonać kolejnej analizy za pomocą LBC na tej samej próbce, aby ustalić wstępną diagnozę i konieczność dalszej diagnostyki kolposkopowej. LBC skraca cały proces diagnostyczny i może być wykonana z tej samej próbki co test HPV, bez konieczności umawiania pacjentki na drugi wymaz. Taki model jest optymalny

„
Najpierw wykonujemy badanie molekularne w kierunku występowania wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), a później, jeśli wynik jest dodatni, możemy dokonać kolejnej analizy za pomocą LBC na tej samej próbce.

dla kobiet powyżej 30. roku życia. Cytologia na podłożu płynnym (inaczej cienkowarstwowa – LBC) powinna być badaniem podstawowym u kobiet między 25. a 30. rokiem życia, ze względu na dużą liczbę dodatnich wyników przejściowych HPV w tej grupie wiekowej.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Molekularna diagnostyka HPV zamiast cytologii

Prof. dr hab. n. med. Robert Jach
Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, Kierownik Oddziału Klinicznego Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Aby zachorowalność, a także umieralność na raka szyjki macicy się zmniejszyły, konieczne jest regularne wykonywanie badań przesiewowych, które mają na celu wykrycie zmian mogących prowadzić do rozwoju raka.

Głównym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy jest przetrwała infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), dlatego konieczna jest profilaktyka wtórna w postaci cytologii i testu DNA HPV. Należy podkreślić, że w wielu krajach ze względu na niewielką czułość klasycznych badań cytologicznych

zaprzestano ich stosowania i wdrożono molekularną diagnostykę HPV.

Dlaczego warto? Testy DNA HPV są obiektywne – ich czułość wynosi prawie 100 proc., co oznacza, że wykrywają obecność DNA onkogennych typów wirusa HPV. Zaletą diagnostyki molekularnej jest także to, że redukuje liczbę fałszywych wyników, co jest istotnym problemem tradycyjnych badań cytologicznych. W Polsce rekomenduje się wykonanie cytologii raz na trzy lata, co przy fałszywym wyniku przestarzałego badania cytologii konwencjonalnej może prowadzić do przeoczenia zmiany nowotworowej i odkrycia jej w zaawansowanym stadium podczas kolejnego badania. Warto zatem zdecydować się na test połączony, tzw. co-test, który obejmuje cytologię na podłożu płynnym, oraz test DNA HPV, dzięki czemu kobieta zwiększa szanse na wczesne wykrycie zmian nowotworowych i tym

samym mniej inwazyjne leczenie oraz – co najważniejsze – wyleczenie. Podczas tego badania wymaz z szyjki macicy, czyli materiał do badania, pobierany jest w taki sam sposób jak przy tradycyjnym badaniu cytologicznym.

Istotnym sposobem na wyeliminowanie raka szyjki macicy są szczepienia przeciw HPV. Dowodzą tego wyniki badań w krajach, które je wprowadziły, gdyż wykrywane są tam ewentualne łagodne zmiany nowotworowe, przy czym stanowią niewielki odsetek. Szczepienia przeciw HPV rekomendowane są u kobiet, które nie rozpoczęły współżycia seksualnego, jednak ze względu na działanie profilaktyczne można stosować je także w późniejszym wieku. Jednak mimo szczepienia należy pamiętać o regularnych badaniach profilaktycznych, ponieważ szczepionki nie zabezpieczają przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa HPV.

PROBLEM

Jak sobie radzić z problemami intymnymi podczas leczenia onkologicznego?

Pacjentki onkologiczne podczas i po terapii zmagają się z wieloma trudnościami. Na samym początku walczą o swoje zdrowie, jednak z biegiem czasu i końcem leczenia pragną wrócić do normalności, w tym np. aktywności seksualnej. Niekiedy jest ona utrudniona poprzez wiele dolegliwości ginekologicznych związanych z terapią. Na szczęście można temu zaradzić.

Na jakie najczęstsze problemy intymne skarżą się lekarzom ginekolonom pacjentki onkologiczne?

Jest to bardzo duża skala problemu, ponieważ mówimy o sporej grupie pacjentek. Każda z nich jest na innym etapie leczenia, życia, zмага się z innym nowotworem. Na początku leczenia onkologicznego przyziemne sprawy, takie jak dolegliwości związane z narządami płciowymi, są spychane na dalszy plan. Szczególnie dotyczy to chorych, które zmagają się ze zmianami pooperacyjnymi. Gdy już jednak widzimy światelko w tunelu i sama choroba nie jest tak uciążliwa, a pacjentka chce wrócić do normalnego funkcjonowania, faktycznie pojawiają się problemy miejscowe, takie jak suchość pochwy związana z atrofią (niedoborem estrogenów), krwawienia, brak nawilżenia itp.

Z jaką częstotliwością te problemy mogą wracać w zależności od rodzaju nowotworu i leczenia onkologicznego?

Leczenie onkologiczne to wiele działań medycznych, zatem jest to kwestia niezwykle indywidualna. Są terapie, po których kobiety są w stanie normalnie funkcjonować. Istnieją jednak pacjentki, które po chemioterapii cierpią na brak funkcji hormonalnych, tak jak podczas menopauzy, co skutkuje wczesniej wspomnianą atrofią, suchością pochwy, brakiem satysfakcji seksualnej, dyskomfortem podczas współżycia. Wpływa to na ich samopoczucie, ponieważ aktywność

Dr Michał Maciejewski
Specjalista ginekologii onkologicznej oraz ginekologii i położnictwa, starszy asystent Oddziału Ginekologii Onkologicznej Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

i
Więcej informacji na stronie:
[byczdrowym.info](#)

seksualna jest jednym z wyznaczników powrotu do normalności po chorobie, w trakcie remisji czy też już pod koniec leczenia.

Dlaczego kobiety nie powinny bagatelizować problemów intymnych, w tym np. suchości pochwy?

Gdy zaburza się ogólny stan zdrowia, w tym uszkodzone są funkcje hormonalne, wprowadzona jest radioterapia czy też terapia hormonalna lub chemioterapia, zmiany atroficzne jeszcze bardziej się pogłębiają. Są to zmiany zanikowe w obrębie śluzówek, które tworzą tak zwany nabłonek atroficzny menopauzalny, występujący już u młodych kobiet, podczas intensywnego leczenia. Powoduje to, że śluzówka, m.in. w pochwie, jest znacznie bardziej wrażliwa, powoduje uczucie dyskomfortu podczas życia codziennego, zwiększoną częstotliwość infekcji, wiele dolegliwości, w tym świąd, pieczenie, zaburzenia wydzieliny, różnego rodzaju krwawienia. Przez ten stan utrudniona jest diagnostyka, w tym cytologia. Czasem specjaliści mają wątpliwości czy to już choroba, czy też zmiany po leczeniu radioterapeutycznym. Wtedy staramy się pomóc naszym pacjentkom odzyskać ten komfort.

Jaka jest rola drobnocząsteczkowego kwasu hialuronowego w poprawie komfortu intymnego kobiet w trakcie terapii onkologicznej?

Naszym pacjentkom sugerujemy różne formy preparatów, które mogą poprawiać ten stan.

Drobnocząsteczkowy kwas hialuronowy to jeden ze skuteczniejszych elementów terapii miejscowej. Zazwyczaj to pacjentki decydują o tym, jaki produkt chcą wybrać, ale faktycznie preparaty z drobnocząsteczkowym kwasem hialuronowym skutecznie nawilżają, poprawiając tym samym stan błony śluzowej pochwy. Warto zwrócić uwagę na preparaty, które w składzie nie mają substancji dodatkowych, takich jak hormony, parabeny, wyciągi roślinne, olejki i środki zapachowe. Systematyczne stosowanie preparatów, takich jak globulki dopochwowe z drobnocząsteczkowym kwasem hialuronowym, pomaga w nawilżeniu i regeneracji nabłonka pochwy, zmniejszając przy tym dyskomfort spowodowany suchością, łagodząc stany zapalne oraz ułatwiając leczenie dystrofii będącej następstwem chemioterapii lub radioterapii. W przypadku ułatwienia kontaktów intymnych pomocny może być żel z drobnocząsteczkowym kwasem hialuronowym, który ma właściwości nawilżające i poślizgowe. W codziennej higienie intymnej sprawdzają się natomiast nawilżające emulsje z drobnocząsteczkowym kwasem hialuronowym, które pozwolą utrzymać właściwe pH skóry oraz będą sprzyjać odbudowie naturalnej flory bakteryjnej okolic intymnych.

Warto również podkreślić fakt roli kontaktu i komunikacji z lekarzem – chore w trakcie leczenia onkologicznego lub po jego zakończeniu nie powinny bowiem wstydzić się rozmawiać z ginekologiem o swoich dolegliwościach intymnych.

MUCOVAGIN®

Nawilżenie i regeneracja okolic intymnych w każdym wieku

Nawilżenie i skuteczność w regeneracji dzięki formule drobnocząsteczkowego kwasu hialuronowego

Globulki dopochwowe

wyrób medyczny

Żel dopochwowy i na zewnętrzne okolice intymne

wyrób medyczny

Specjalistyczna Fizjoemulsja do higieny intymnej

produkt kosmetyczny

MUC/K/KP/60/012021