

**DR BARTOSZ SPŁAWSKI:** NOWOCZESNE LECZENIE NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI
str. 6



**PROF. WŁODZIMIERZ SAWICKI:** INHIBITORY PARP DLA PACJENTEK Z MUTACJĄ I BEZ MUTACJI BRCA1, 2
str. 10



**KRYSTYNA WECHMANN:** LEKARZE, POŁOŻNE MUSZĄ ZWRACAĆ UWAGĘ NA EDUKACJĘ PACJENTEK
str. 14

WYDANIE ELEKTRONICZNE

# ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCYNA ▪ FARMACJA ▪ NAUKA ▪ KULTURA ▪ PRAWO ▪ POLITYKA

NR 9(16)/3D/2021 DWUTYGODNIK

# ONKOLOGIA

## NADZIEJE NA




# PODSUMOWANIE 2021

**PACJENTKI Z RAKIEM PIERSI HER2+ I CHOROBĄ RESZTKOWĄ CZEKAJĄ NA NOWĄ OPCJĘ TERAPII** str. 20

**STANDARDY LECZENIA NCCN ZAADAPTOWANE W POLSCE W PIERWSZYCH NOWOTWORACH** str. 13

## W NUMERZE




FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**PROF. WŁODZIMIERZ SAWICKI:** Inhibitory PARP to bardzo nowoczesne, można powiedzieć „inteligentne" leki. Nawroty choroby oddalają się o miesiące, a nawet lata.




FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**DR BARTOSZ SPŁAWSKI:** Jeśli nowotwór zostanie zdiagnozowany w stadium zaawansowania, nie jesteśmy bezsilni. Sięgamy po leczenie systemowe, w tym immunoterapię i terapię celowaną.




FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**BARBARA GÓRSKA:** Ważne, żeby pacjentki od początku trafiały pod opiekę właściwych lekarzy i specjalistycznych ośrodków, mających doświadczenie w prowadzeniu kobiet z rakiem jajnika.


### AKTUALNOŚCI W ONKOLOGII

13 Pierwsze wytyczne NCCN zaadaptowane w Polsce

### NOWOTWORY GŁOWY I SZYI

06 Dr Bartosz Spławski: Szansą jest nowoczesne leczenie

### NOWOTWORY GINEKOLOGICZNE

08 Czas działać: skuteczniej zapobiegać, szybciej wykrywać

10 Prof. Włodzimierz Sawicki: Inhibitory PARP – pacjentki bez mutacji czekają na leczenie

14 Polki mogą żyć dłużej. Diagnostyka i leczenie wymaga poprawy

### RAK PIERSI

18 Prof. Tadeusz Pieńkowski: Ośrodki leczenia raka piersi pozostają głównie na papierze

20 Wylecz raka HER2+: kampania dla kobiet

### ETYKA W ONKOLOGII

22 Dr Barbara Czerska-Pieńkowska: Onkolog nie może bawić się w Pana Boga ani w statystyka





FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**PROF. ANDRZEJ NOWAKOWSKI:** 30-40 proc. kobiet nie wykonuje cytologii; szczególnie do nich powinny docierać położne, a także lekarze.




FOT. TOMASZ ADAMASZEK

**PROF. TADEUSZ PIEŃKOWSKI:** Głównym problemem jest niewydolność systemu ochrony zdrowia. Przyczyny są złożone: za mała liczba lekarzy, brak dostępu do nowoczesnych technologii, sposób rozliczania przez NFZ.


**ŚWIAT LEKARZA 3D** Nr 9/2021 (16) Wydanie elektroniczne/ Dwutygodnik

WYDAWCA: **PAWEŁ KRUŚ**
pawel.krus@mediatv.com.pl

REDAKTOR PROWADZĄCA ŚWIAT LEKARZA 3D:
**KATARZYNA PINKOSZ**
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.pl

ZESPÓŁ:

**MACIEJ PINKOSZ, SZYMON GAJEWSKI**

REDAKTOR NACZELNY ŚWIAT LEKARZA:
**PROF. NADZW. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA**
waldemar.wierzba@mediatv.com.pl

Z-CA RED. NACZ. ŚWIAT LEKARZA:
**ANNA ROGALA**
anna.rogala@mediatv.com.pl

DYREKTOR BIURA REKLAMY:
**MARIUSZ SŁOMKA**
mariusz.slomka@mediatv.com.pl

STUDIO GRAFICZNE: **ANNA STĘPNIAK**
studio@mediatv.com.pl

PRENUMERATA:
swiat-lekarza@swiatlekarza.pl

ZARZĄD: **JOANNA SIERPIŃSKA** – PREZES
joanna.sierpinska@mediatv.com.pl

ADRES WYDAWCY I REDAKCJI: Media TV Plus Sp. z o.o.
ul. Tarczyńska 5/9 lok. 36, 02-025, Warszawa
tel. (22) 626 88 68, fax (22) 622 98 34
**www.swiatlekarza.pl**



Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę reklam, prezentacji produktów ani tekstów promocyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

COPYRIGHT © MEDIA TV PLUS SP. Z O.O.
ZDJĘCIA: © Depositphotos / NA OKŁADCE:
© Depositphotos, archiwum prywatne

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

# Czas podsumowań i nadziei

2021 rok był dla onkologii trudny. Miała być „zieloną wyspą" i nie ucierpieć z powodu epidemii COVID-19, co nie całkiem się udało, bo choć szpitale onkologiczne nie były przekształcane na covidowe, to liczba chorych włączanych do leczenia spadła. Spadła też liczba wykonywanych operacji chirurgicznych w leczeniu onkologicznym, które są szansą na wyleczenie. Na przyszłość onkologii na pewno będzie miał też wpływ spadek wykonywanych badań profilaktycznych, co spowoduje rozpoznawanie nowotworów w bardziej zaawansowanych stadiach.

2021 rok był też rokiem walki zdrowie o pacjentów: wiele oddziałów onkologicznych stawało na wysokości zadania, przeorganizowując leczenie chorych, zmieniając – tam gdzie to tylko było możliwe – procedury na jednodniowe lub wydając pacjentom leki do domu. Tak, żeby pacjent – jeśli nie to konieczne – nie musiał przyjeżdżać do szpitala. Mimo pandemii trwał też pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej.

Ale 2021 rok był również rokiem... sukcesów. Na listach leków refundowanych pojawiło się wiele nowych opcji dla pacjentów onkologicznych. Zarówno eksperci, jak pacjenci chwalą za to wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego. Bo jest za co! Nowe terapie pojawiły się m.in. w raku płuca (w tym pierwsza terapia w drobnokomórkowym typie tego nowotworu), raku jelita grubego, raku jajnika, wątroby, raku z komórek Merkla. Nowe terapie pojawiły się też w nowotworach hematologicznych, m.in. szpiczaku, białaczkach. Żaden rok tak nie obfitował w nowoczesne terapie dla pacjentów onkologicznych. I choć nadal jest jeszcze wiele do zrobienia, to nie ma wątpliwości, że dostęp do nowoczesnego leczenia znacznie się poprawił, a są już takie nowotwory, w przypadku których polscy pacjenci mają bardzo podobne opcje terapii jak chorzy w innych krajach.

I wreszcie wiadomość ostatnich dni: od 1 stycznia refundowany będzie drugi z inhibitorów PARP w pierwszej linii zaawansowanego raka jajnika (w terapii podtrzymującej). To bardzo trudny nowotwór, w którym nie ma profilaktyki, a pierwsze objawy (którymi zwykle są nimi problemy związane z układem pokarmowym) nie sugerują problemów ginekologicznych; dlatego tak ważny jest dostęp do nowoczesnych terapii. Dzięki tej decyzji wszystkie pacjentki z platynowrażliwym rakiem jajnika będą miały dostęp do inhibitorów PARP, niezależnie od mutacji w genach BRCA1, 2. – Takiego przełomu leczenia w raku jajnika, jakim jest zastosowanie inhibitorów PARP, nie było od dekad – mówi w rozmowie ze „Światem Lekarza" prof. Włodzimierz Sawicki. Dzięki tej decyzji Polska będzie jednym z nielicznych krajów Europy, w których inhibitory PARP będą dostępne już w pierwszej linii dla wszystkich kobiet. Czekali na to eksperci, ale przede wszystkim 80 proc. pacjentek z rakiem jajnika, które nie mają mutacji w genach BRCA1, 2.

Dlatego, mimo trudnej sytuacji, onkologia patrzy z nadzieją na 2022 rok. Z nadzieją na unitsy narządowe, poprawę organizacji leczenia i na kolejne innowacyjne terapie. Z nadzieją, że epidemia COVID-19 wygaśnie, i będzie można nadrobić onkologiczny dług.

*Katarzyna Pinkosz,*
*Red. Prowadząca Świat Lekarza 3D*

**DZIĘKI POMOCY:**

IPSEN Innovation for patient care
Roche
MSD
gsk

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

# Szansą jest nowoczesne leczenie

ROZMOWA Z **DR. N. MED. BARTOSZEM SPŁAWSKIM**
Z KLINIKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI NARODOWEGO INSTYTUTU ONKOLOGII W WARSZAWIE.

***Nowotwory głowy i szyi nie należą do tych występujących najczęściej, jednak, jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów, ich liczba w ostatnich latach znacznie wzrosła i nadal rośnie. Z czego to wynika?***

Nowotwory głowy i szyi istotnie nie są tak częste jak np. nowotwory płuca, jelita grubego czy niektóre nowotwory kobiece, ale nie są też rzadkie. Stanowią siódmą co do częstości występowania grupę nowotworów na świecie. Są zlokalizowane w obszarze głowy i szyi, z wyłączeniem mózgu i gałki ocznej, bo te rozpatrujemy oddzielnie. Głównie dotyczą gardła, krtani, języka, ślinianek. W Polsce każdego roku odnotowuje się ok. 7 tys. nowych przypadków, z tendencją zwyżkową, co wynika m. in. z ogólnej tendencji wzrostu zachorowań na nowotwory, ale też z niewłaściwego, niezdrowego stylu życia. Główne czynniki ryzyka tych nowotworów to palenie papierosów, spożywanie nadmiernych ilości alkoholu, zwłaszcza wysokoprocentowego, niewłaściwa higiena jamy ustnej czy źle dopasowane protezy zębowe. Jedną z przyczyn jest także wiek, gdyż najwięcej zachorowań obserwuje się wśród osób po 55. roku życia.

***W ostatnich latach ten profil pacjenta zaczął się jednak zmieniać, zaczynają chorować młodsi...***

To prawda, dotychczas na raka gardła i jamy ustnej chorowali głównie mężczyźni, w wieku powyżej 50. roku życia, nałogowi palacze, mężczyźni nadużywający alkoholu. Obecnie coraz częściej ten nowotwór diagnozujemy u osób dużo młodszych, niepalących, niepijących. Częstą przyczyną jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego, HPV. To ten sam wirus, który jest przyczyną raka szyjki macicy u kobiet.

***Zapewne, jak w przypadku wielu innych nowotworów złośliwych, i w tym przypadku choroba jest diagnozowana w stadium zaawansowania?***

Niestety, większość nowotworów rejonu głowy i szyi, około 60-70 proc., jest rozpoznawana w III i IV stadium zaawansowania. Gdyby miało to miejsce wcześniej, wyleczalność sięgałaby ok. 90 proc. Do późnego rozpoznania przyczynia się początkowy brak charakterystycznych objawów, gdyż te, jakie się pojawiają, mogą świadczyć o innych schorzeniach, np. stanach zapalnych jamy ustnej. W przypadku nowotworów głowy i szyi można posłużyć się tzw. schematem 1/3. I tak, jeśli jeden z objawów: utrzymująca się chrypka, ból gardła, pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie w jamie ustnej, białe i/ lub czerwone plamy w jamie ustnej, ból, trudności w przełykaniu, guzek na szyi, zatkany z jednej strony nos, krwawienie z nosa, utrzymuje się dłużej niż trzy tygodnie, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

***Jak leczy się nowotwory głowy i szyi?***

Oczywiście zależy to od stopnia zaawansowania, czy nowotwór jest lokalnie zaawansowany, czy też nawrotowy lub przerzutowy, a także od tego, w jakim konkretnie miejscu się rozwinął. W I i II stopniu zaawansowania jest to głównie leczenie chirurgiczne. I od razu dodam, że metody chirurgiczne, jakimi dziś dysponujemy, ogromnie różnią się od tej chirurgii, jaką stosowaliśmy dawniej. Jest o wiele mniej inwazyjna, możemy zastosować chirurgię endoskopową, laser, a wreszcie robota Da Vinci, który odznacza się niezwykłą precyzyjnością. Możliwe jest też zastosowanie radioterapii.

W przypadku choroby lokalnie zaawansowanej, tj. w III i IV stopniu zaawansowania, zastosowanie mają chirurgia z rekonstrukcją z uzupełniającą radioterapią lub radiochemioterapią w przypadku raków jamy ustnej lub krtani oraz radykalna radiochemioterapia w przy-



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

padku raków gardła oraz czasami raków krtani, jeśli nie ma przeciwskazań do zastosowania radioterapii.

***Gdy nowotwór zostaje wykryty w stadium nawrotowym lub przerzutowym, nie jesteśmy bezradni?***

Oczywiście, nie oznacza to, że jesteśmy bezsilni wobec raka, tylko sięgamy po inne metody. To leczenie systemowe, w tym immunoterapia i terapia celowana. Podstawą leczenia systemowego pierwszej linii jest schemat EXTREME, oparty na połączeniu pochodnych platyny i cetuksymabu, czyli inhibitora receptora naskórkowego czynnika wzrostu EGFR. U pacjentów z chorobą nawrotową i/ lub przerzutową, jest skuteczniejszy od konwencjonalnej chemioterapii, zarówno w zakresie odpowiedzi na leczenie, jak i czasu przeżycia całkowitego i czasu wolnego od progresji choroby. Z kolei immunoterapię stosujemy niezależnie od ekspresji PD-L1, zwłaszcza przy wczesnej progresji, do sześciu miesięcy od zakończenia chemioterapii z pochodnymi platyny.

***Czy terapię celowaną w przypadku raka głowy i szyi można stosować tylko w skojarzeniu, czy także stosując wyłącznie sam inhibitor czynnika wzrostu EGFR?***

Cetuksymab został zarejestrowany do leczenia chorych z rakiem płaskonabłonkowym – a nowotwory złośliwe głowy i szyi to w 85-90 proc. raki płaskonabłonkowe – w skojarzeniu z radioterapią u chorych z chorobą miejscowo zaawansowaną lub w skojarzeniu z chemioterapią opartą na platynie w chorobie nawrotowej i lub z przerzutami.

***To nowoczesne leczenie systemowe, zarówno immunoterapia, jak i terapia celowana, jest dostępne dla polskich pacjentów w ramach programów lekowych. Czy jednak każdy pacjent, który potrzebowałby właśnie którejś z tych terapii, faktycznie ma do niej dostęp?***

Niestety nie. Programy są tak skonstruowane, że nie każdy pacjent się do nich kwalifikuje. Bierze się pod uwagę stan ogólny pacjenta, a ten często nie jest na tyle dobry, żeby go zakwalifikować.

***I jeszcze jedna, istotna sprawa: rehabilitacja. Chorzy na nowotwory głowy i szyi, będący w trakcie terapii, doświadczają wielu nieprzyjemnych problemów, które ograniczają ich funkcjonowanie. Mają zaburzenia zmysłów, problemy z mówieniem, połykaniem – i wiele innych ze strony różnych narządów i układów. Czy świadomość tych problemów nie jest jednym z powodów, dla których rezygnują z terapii?***

*Jeśli nowotwór zostanie zdiagnozowany w stadium zaawansowania, nie jesteśmy bezsilni. Sięgamy po leczenie systemowe, w tym immunoterapię i terapię celowaną.*

Jakość życia, zarówno w trakcie terapii, jak i po jej zakończeniu, jest sprawą kluczową w przypadku pacjentów z nowotworami rejonu głowy i szyi. Dlatego też lekarz, do którego pacjent trafia na samym początku, powinien przedstawić mu możliwości rehabilitacji, co w znaczący sposób może wpłynąć na poprawę jego komfortu życia.

*Rozmawiała: Bożena Stasiak*

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

# Czas działać: skuteczniej **zapobiegać, szybciej wykrywać**

*Szczepienia przeciw HPV, cytologia, czujność onkologiczna i wiedza, jakie są pierwsze objawy nowotworów ginekologicznych: to może uratować życie wielu kobiet. Pacjentka po diagnozie powinna też trafić do specjalistycznego ośrodka, gdzie będzie w optymalny sposób leczona – podkreślają eksperci.*

Z powodu nowotworów ginekologicznych: raka endometrium, jajnika, szyjki macicy, co roku umiera ponad 6 tys. kobiet w Polsce. Wiele z nich mogłoby żyć; medycyna dysponuje metodami, by te nowotwory wcześniej wykrywać i skuteczniej leczyć, a niektórym także zapobiegać. Podstawą jest edukacja kobiet, ale też zaangażowanie lekarzy rodzinnych i położne w profilaktykę i wczesne wykrywanie.

## CYTOLOGIA, BADANIA MOLEKULARNE I SZCZEPIENIA PRZECIW HPV

W Polsce zachorowalność i umieralność z powodu raka szyjki macicy spada (zwłaszcza po 2006 r., kiedy wprowadzono program badań przesiewowych polegający na wykonywaniu cytologii). Co prawda zgłaszalność do programu skriningowego nigdy nie przekraczała 24 proc. w skali kraju, jednak przyczynił się on do upowszechnienia badań cytologicznych. Szacuje się, że przed pandemią COVID-19 wykonywało je ok. 60 proc. Polek. Cytologia jest najbardziej rozpowszechnionym badaniem profilaktycznym, a w grupach wiekowych 20-50 lat wykonywało ją ok. 70 proc. kobiet.

Daleko nam jednak do takich krajów jak Wielka Brytania, gdzie badania wykonuje nawet 90 proc. kobiet. – Udało się to osiągnąć dzięki zaangażowaniu lekarzy rodzinnych i położnych, oczywiście poprzez stworzenie odpowiedniego systemu motywacyjnego. Kraje, które zaangażowały podstawową opiekę zdrowotną w profilaktykę, odnoszą największe sukcesy – podkreśla **Magdalena Władysiuk**, wiceprezes firmy HTA Consulting, która opracowała raport „Nowotwory kobiece – wyzwania społeczne, wyzwania terapeutyczne". Również prof. Mariusz Bidziński, krajowy konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej, podkreśla, że niezbędne jest zaangażowanie w profilaktykę lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, położnych. – Nawet patrząc na te optymistyczne liczby 60 proc., czy w niektórych grupach 70 proc. wykonywanych badań, nie można zapominać o 30-40 proc. kobiet, które regularnie nie wykonywały badań. System ochrony zdrowia powinien takie osoby wyszukiwać, lekarze i położne nie powinni tylko biernie czekać na przyjście pacjentek, muszą do nich „wychodzić" i przypominać o badaniach – podkreśla **prof. Mariusz Bidziński**. W niektórych krajach cytologię zastępuje się już bardziej dokładnymi badaniami molekularnymi wykrywającymi zakażenia HPV, które jest główną przyczyną rozwoju raka szyjki macicy. – Badania molekularne są 2-3 razy bardzie czułe niż cytologia, co pokazują pierwsze wyniki projektu pilotażowego, który realizujemy w Narodowym Instytucie Onkologii. Czułość diagnostyki molekularnej to ponad 95 proc. – mówi **prof. Andrzej Nowakowski**, kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i Centralnego Ośrodka Koordynującego w Narodowym Instytucie Onkologii-PIB w Warszawie. W niektórych krajach w ramach bezpłatnych badań przesiewowych można już nawet wykonać tzw. skrining na odległość (za pomocą specjalnych zestawów kobieta może sama pobrać materiał z pochwy i szyjki macicy do badania). W Holandii jest tak wykonywanych ok. 30 proc. badań.







W przyszłości rak szyjki macicy może zniknąć, pod warunkiem wprowadzenia powszechnych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), gdyż niemal w 100 proc. jest on przyczyną zmian nowotworowych. Wiele krajów już dawno wprowadziło populacyjny program szczepień, co w połączeniu z wczesnym wykrywaniem (dzięki cytologii lub badaniom molekular-

nym) może spowodować, że rak szyjki macicy stanie się nowotworem występującym rzadko.

W Polsce do tej pory nie udało się wprowadzić powszechnych szczepień, choć jest to zapisane w Narodowej Strategii Onkologicznej. Prowadzą je tylko niektóre samorządy. Sukcesem jest wprowadzenie od listopada 2021 do refundacji pierwszej szczepionki przeciw HPV. – Szczepionka przeciw HPV to jedna z dwóch o udowodnionym działaniu przeciwnowotworowym (obok szczepionki przeciw HBV, czyli wirusowi wywołującemu zapalenie wątroby typu B). Szczepionki przeciw HPV są bezpieczne, będą zmniejszały liczbę zaawansowanych stanów przednowotworowych i nowotworowych. Korzyści zdrowotne będą ogromne – podkreśla **prof. Jan Kotarski**, past prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Konieczne są jednak szerokie działania edukacyjne skierowane zarówno do rodziców, jak do młodzieży, by zachęcać do szczepień. – Jeśli zabraknie edukacji, nasze działania nie przyniosą skutku. Już dziś widać efekty coraz silniejszych ruchów antyszczepionkowych. W Lublinie, gdzie od lat prowadzimy samorządowy program szczepień przeciw HPV, wyszczepialność poszczególnych roczników spadła z 70 proc. do 42 proc. – podkreśla prof. Kotarski.



Eksperci przypominają, że szczepionka przeciw HPV chroni też przed rakiem pochwy, sromu, odbytu, a także przed nowotworami jamy ustnej, gardła i języka.

## ZACHOWAĆ CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNĄ

W przypadku raka endometrium (trzonu macicy), który jest najczęstszym nowotworem ginekologicznym, oraz raka jajnika, nie ma metod zapobiegania ani badań przesiewowych, które pozwoliłyby wcześnie je wykryć. Najważniejsza jest czujność onkologiczna i zwracanie uwagi na wczesne objawy.

– Lekarz rodzinny i ginekolog powinni zebrać wywiad, czy w rodzinie były przypadki raka jajnika. Druga rzecz to czujność onkologiczna: jeśli kobieta ma utrzymujące się dolegliwości przewodu pokarmowego, które nie mijają w ciągu miesiąca, to powinna iść do ginekologa – mówi prof. Mariusz Bidziński. Konieczne są też regularne wizyty u ginekologa: zdarza się, że przy okazji wizyty czy badania udaje się wcześnie zdiagnozować raka jajnika.

W przypadku raka endometrium niepokój wzbudzają pojawiające się nietypowe krwawienia po menopauzie: trzeba wówczas zgłosić się do ginekologa. Pierwsze objawy są bardzo wyraźne, dlatego zwykle ten nowotwór jest diagnozowany we wczesnym stadium: w ok. 85 proc. leczenie kończy się wyleczeniem, kobiety wracają do zdrowia.

## POTRZEBNE OŚRODKI LECZENIA

– W przypadku wszystkich nowotworów ginekologicznych lepsze wyniki osiąga się, jeśli pacjentki są prowadzone w ośrodkach referencyjnych, mających duże doświadczenie w leczeniu – mówi prof. Nowakowski. To szczególnie ważne w przypadku raka jajnika, przed którym nie ma barier anatomicznych, dlatego szybko rozsiewa się po jamie brzusznej. Często nawet, jeśli kobieta regularnie chodzi na wizyty u ginekologa, to zostaje on zdiagnozowany już w stadium zaawansowanym. – Bardzo ważne jest doświadczenie chirurgiczne: jeśli pacjentka zostanie w odpowiedni sposób przygotowana do operacji i zoperowana, przekłada się to na lata życia, a nowe technologie farmaceutyczne ten efekt jeszcze wzmacniają. Stworzenie kompleksowych ośrodków leczenia (Ovarian Cancer Units) daje większą szansę na skuteczność leczenia. Budujemy system, by kobiety trafiały do odpowiednich ośrodków – mówi prof. Bidziński.

Nowe technologie farmaceutyczne, które zmieniły rokowania chorych na raka jajnika, to przede wszystkim inhibitory PARP, przedłużające remisję i opóźniające wznowę choroby. – Ważne, żeby były dostępne także dla pacjentek, które nie mają mutacji w genach BRCA1, 2. Inhibitory PARP są bardziej skuteczne u kobiet, które mają mutacje w genach BRCA1,2, jednak również kobiety, które nie mają tych mutacji genetycznych, odnoszą korzyści z leczenia; niektóre bardzo wyraźne – mówi prof. Kotarski.

Również w leczeniu raka szyjki macicy i raka endometrium pojawiają się nowe technologie lekowe, które mogą pomóc w zaawansowanych stadiach choroby lub wówczas, gdy ona nawraca. – Mimo bardzo dobrego rokowania w raku endometrium, są pewne mutacje genetyczne, które powodują, że jest on bardziej agresywny. Są grupy chorych, u których będziemy musieli eskalować leczenie. Pojawiają się dla tej grupy nowe leki: to inhibitory PARP oraz leki immunologiczne. To cieszy, nie można jednak zapominać, że w przypadku wszystkich nowotworów ginekologicznych podstawa to wczesne rozpoznanie, a jeśli to jest możliwe (jak w przypadku raka szyjki macicy), także zapobieganie – podkreśla **prof. Radosław Mądry**, kierujący Oddziałem Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Przemienia Pańskiego w Poznaniu.



Największym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie profilaktyka i wczesne wykrywanie: dane pokazują, że w czasie pandemii zgłaszalność do badania skriningowego w raku szyjki macicy spadła nawet do 9 proc.

*Wypowiedzi ekspertów pochodzą z konferencji „Nowotwory ginekologiczne – czas działać. Jak zapobiegać?" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia.*

NP-PL-ON-PRSR-210003, GRUDZIEŃ 2021

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ROZMOWA Z **PROF. DR. N. MED. WŁODZIMIERZEM SAWICKIM**, KIEROWNIKIEM KATEDRY I KLINIKI POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIECYCH I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

# **Inhibitory PARP:** pacjentki bez mutacji czekają na leczenie

***Co roku w Polsce diagnozę raka jajnika słyszy ok. 3700 kobiet, 70 proc. z nich umiera w ciągu 5 lat: to jeden z najgorszych w rokowaniu nowotworów kobiecych i jedno z największych wyzwań w onkologii. Dlaczego śmiertelność z jego powodu jest wciąż tak wysoka?***

Nazywany jest „cichym zabójcą", długo nie daje objawów i są one mało charakterystyczne, przez co kobiety długo nie poszukują pomocy, a jeśli nawet, to najpierw u internisty, gastrologa. Objawy dotyczą głównie przewodu pokarmowego i są dość łagodne: wzdęcia, niestrawność, zaparcia. Dopiero po pewnym czasie trafiają do ginekologa. Najczęściej rak jajnika zostaje wykryty w 3. lub 4. stopniu zaawansowania. Rak jajnika w 1. lub 2. stopniu, kiedy zazwyczaj jest to pojedyncza zmiana w jajniku albo choroba ograniczona do miednicy mniejszej, jest najczęściej wykrywany przypadkowo, przy wykonywaniu operacji z innego powodu. Ten obraz wynika z biologii tego nowotworu oraz uwarunkowań anatomicznych: jajniki znajdują się w jamie brzusznej, w otwartej przestrzeni. Z małego ogniska pierwotnego, czyli guzka wielkości kilku-, kilkunastu milimetrów, nowotwór potrafi, złuszczając się, dawać wysiew w obrębie jamy brzusznej, wszczepiać się w otrzewną, w okolice wątroby, żołądka, śledziony. Oczywiście, namawiamy do wykonywania zwykle raz w roku USG przezpochwowego, może ono jednak być niewystarczające. Na pewno pod dokładniejszą kontrolą powinny być kobiety, które mają dziedziczne obciążenie ryzykiem zachorowania, to znaczy te u których w rodzinie występował nowotwór jajnika, piersi lub jelita grubego. Jednak nowotwory dziedziczne stanowią tylko ok. 15-20 proc. raków jajnika. Pozostałe przypadki to nowotwory występujące spontanicznie.

***Jak powinno wyglądać leczenie zaawansowanego raka jajnika?***

Bardzo ważne jest, żeby pacjentka trafiła do ośrodka, który ma odpowiednie doświadczenie w leczeniu. W tym nowotworze leczenie powinno być poprzedzone szczegółową diagnostyką (tomografia komputerowa, USG, markery nowotworowe, ocena kliniczna) oceniającą rozległość i stopień zaawansowania choroby. Następnie określamy, czy jest możliwość przeprowadzenia operacji tzw. pierwotnej, podczas której będzie możliwa tzw. całkowita cytoredukcja. Jeśli tak, to podstawowym leczeniem, w tych przypadkach jest operacja, która polega na radykalnym usunięciu wszystkich ognisk nowotworowych, pobraniu materiału do badania histopatologicznego i – co niezwykle ważne – do badania genetycznego. Operacje takie są zazwyczaj trudne, wielogodzinne. Następnie, na podstawie informacji uzyskanych śródoperacyjnie oraz z badania histopatologicznego dobierane jest odpowiednie leczenie uzupełniające, którym najczęściej jest chemioterapia.

Jeśli z przeprowadzonej diagnostyki wynika, że pierwotna operacja nie będzie radykalna, to leczenie rozpoczyna się od zastosowania tzw. chemioterapii neoadiuwantowej (oczywiście poprzedzonej pobraniem materiału do badania histopatologicznego, na podstawie którego jest określany typ nowotworu). Najczęściej są to 3 cykle leczenia, w odstępach 21 dniowych; „złotym standardem" od ponad 16 lat jest zastosowanie pochodnych platyny i taksoidów. Następnie przeprowadzana jest tzw. operacja interwałowa, podczas której staramy się całkowicie usunąć nowotwór. Później następuje kontynuacja leczenia cytostatykami tzw. chemioterapia adiuwantowa. Bardzo duży nacisk powinien być położony na pobraniu materiału w celu wykonania badań określających mutację w genach BRCA, gdyż dziś modyfikuje to dobór leczenia ukierunkowanego molekularnie.

U niektórych pacjentek, jeśli kwalifikują się do takiego leczenia, stosuje się terapie podtrzymujące – inhibitorami PARP lub przeciwciałami monoklonalnymi, czyli lekami hamującymi rozwój naczyń krwionośnych, które odżywiają nowotwór. Leczenie przeciwciałami monoklonalnymi terapia jako podtrzymująca w I linii jest w Polsce dostępne i refundowane, jednak są już w Europie programy łączące ten lek z inhibitorami PARP, co może zwiększać skuteczność takiego leczenia.

### *Inhibitory PARP są często nazywane największym przełomem ostatnich lat w leczeniu zaawansowanego raka jajnika. Dlaczego?*

To leki, które wyłączają istotny mechanizm naprawy uszkodzeń DNA poprzez blokowanie specjalnego enzymu – polimerazy poli-ADP rybozy. W organizmie są dwa podstawowe szlaki naprawy uszkodzeń DNA, dzięki którym komórki nowotworowe stają się nieśmiertelne, wciąż się dzielą. Dzięki zastosowaniu inhibitorów PARP blokowany jest jeden z tych mechanizmów, co przy defekcie drugiego szlaku naprawy obecnym w komórce nowotworowej z mutacją BRCA1/2 wprowadza ją na drogę apoptozy czyli śmierci.

W Polsce na razie dostępny jest, jako leczenie podtrzymujące tylko jeden z inhibitorów PARP (olaparib). Do niedawna mogliśmy go stosować jedynie w nawrocie choroby: u pacjentek z zawansowanym, niskozróżnicowanym, platynowrażliwym rakiem jajnika oczywiście z mutacją w genach BRCA1/2. Dotyczy to ok. 20 proc. pacjentek z rakiem jajnika. Od maja 2021 r. możemy to leczenie stosować też w pierwszej linii, u pacjentek mających mutacje w genach BRCA1, 2. Dzięki temu będzie szansa wydłużenia czasu do nawrotu choroby dla kobiet z tymi mutacjami o ok. 56 miesięcy.

### *Czy inhibitory PARP są skuteczne też u kobiet bez mutacji w genach BRCA1, 2?*

Ok. 20 proc. pacjentek ma mutację w genach BRCA1/2, a dodatkowo kolejne ok. 20 proc. – inne nieprawidłowości w szlaku naprawy DNA na drodze rekombinacji homologicznej, tzw. HRD: one właśnie również mogłyby skorzystać na zastosowaniu inhibitorów PARP. Obecnie w Polsce jak i Europie brak jest certyfikacji dla testu wykrywające te HRD, stąd wyselekcjonowanie tej grupy chorych jest obecnie niezwykle trudne. Badania kliniczne innego PARP-inhibitora (niraparibu) wykazały, że leczenie nim przynosi korzyści także pacjentkom, niezależnie od obecności defektu w systemie naprawy DNA na drodze rekombinacji homologicznej, choć korzyści są największe u tych z mutacjami.

*Ważne jest też, aby powstała możliwość leczenia innymi PARP-inhibitorami pacjentek niezależnie od ich statusu genetycznego. Tylko takie postępowanie zapewni istotną poprawę wyników leczenia tego nowotworu.*

W Polsce terapia inhibitorami PARP jest dostępna i refundowana tylko dla pacjentek z mutacjami BRCA1/2. Pozostałe chore otrzymują klasyczną chemioterapię*. Rak jajnika staje się dla nich chorobą „od nawrotu do nawrotu", z tym, że czasy do kolejnych nawrotów stają się coraz krótsze. Spośród 3700 kobiet, które rocznie zachorują, ponad 70 proc. umiera w ciągu 5 lat. To ogromna liczba. Tę statystykę może poprawić m.in. zmiana organizacji leczenia i poprzez stosowanie inhibitorów PARP. Trwają też pracę nad nowymi lekami immunologicznymi, które są skierowane na tzw. punkty kontrolne układu immunologicznego, co powoduje że komórka nowotworowa jest na powrót rozpoznawana i niszczona przez układ immunologiczny oraz nad łączeniami leków o różnym punkcie uchwytu, jednak to dopiero przyszłość.

### *U większości kobiet w Polsce w ogóle nie są oznaczane mutacje w genach BRCA1, 2, co zamyka im drogę do stosowania inhibitorów PARP w ramach programu lekowego. Czy te leki nie powinny być szerzej dostępne?*

* Od stycznia 2022 r. na liście leków refundowanych pojawił się niraparib: niezależnie od statutu mutacji w genach BRCA1, 2 (przyp. red.).

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

➤ W Polsce leczymy według kryteriów określonych w programach lekowych, a kluczem do możliwości stosowania inhibitorów PARP jest oznaczenie statusu genetycznego. W ośrodkach zajmujących się leczeniem raka jajnika istnieje świadomość konieczności oznaczania mutacji w genach BRCA1/2, jednak faktycznie w wielu miejscach na mapie Polski to badanie nie jest rutynowo wykonywane. Dlatego tak ważne jest, żeby pacjentka od samego początku, krótko po rozpoznaniu raka jajnika trafiła do ośrodka mającego doświadczenie w leczeniu tej choroby. Ponadto członkowie rodziny kobiety będącej nosicielka mutacji powinni zostać objęci opieką Poradni Genetycznej, a w przypadku wykrycia u nich mutacji dziedzicznych, programem badań profilaktycznych wykrywania raka gruczołu piersiowego, jajnika czy jelita grubego. Kobietom, nosicielkom mutacji BRCA 1/2 zagrożonym rakiem jajnika można zaproponować poza ścisłą kontrolą, profilaktyczne usunięcie jajników z jajowodami po zakończeniu planów prokreacyjnych. Możemy też zaproponować im profilaktyczną mastektomię.

### *Drugi z inhibitorów PARP: niraparib jest zarejestrowany dla wszystkich pacjentek, niezależnie od mutacji w genach BRCA1, 2?*

Tak. Rejestracje i schematy leczenia są oparte na wynikach badań klinicznych przedstawianych na międzynarodowych konferencjach. Na Konferencji ASCO (Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej) zaprezentowano wyniki zastosowania olaparibu w I linii leczenia – tzw. badanie SOLO1, które wykazało wydłużenie czasu do nawrotu wśród chorych z mutacją BRCA 1/2 o około 50 miesięcy w stosunku do kontroli. Z kolei w badaniu o nazwie PRIMA, gdzie podawano inny PARP inhibitor – niraparib jako leczenie podtrzymujące w I linii nie tylko nosicielkom mutacji BRCA 1/2, oraz chorym z innymi deficytami szlaku homologicznej rekombinacji, lecz także chorym bez mutacji osiągnięto wydłużenie czasu do nawrotu, a zatem korzyści odniosły wszystkie leczone pacjentki, jakkolwiek najlepsze wyniki osiągnęły chore z mutacjami.

Przedtem skuteczność PARP-inhibitorów w II linii leczenia podtrzymującego potwierdziły badania SOLO2, gdzie stosując olaparib u pacjentek z mutacjami BRCA 1/2 osiągnięto istotne wydłużenie czasu do nawrotu choroby. Z kolei w badaniu NOVA, w którym stosowano niraparib w II linii w nawrocie raka u chorych również bez mutacji w zakresie HR również osiągnięto wydłużenie czasu do kolejnej wznowy. Oczywiście największe korzyści odniosły pacjentki z mutacjami w genach BRCA 1/2 jak też z innymi mutacjami w genach homologicznej rekombinacji, jednak zyskiwały także kobiety nie będące nosicielkami.

To nowe badania, nie wiemy jeszcze, jak będzie wyglądała skuteczność stosowania tych leków, jeśli chodzi o czas całkowitego przeżycia, jednak już obecnie widać, że będzie on istotnie dłuższy. A zatem można powiedzieć, że takiego przełomu leczenia w raku jajnika, jakim jest zastosowanie inhibitorów PARP, nie było od dekad.

Cieszymy się z nowych zmian w programie lekowym, ważne jest też, aby powstała możliwość leczenia innymi inhibitorami PARP pacjentek niezależnie od ich statusu genetycznego. Tylko takie postępowanie zapewni istotną poprawę wyników leczenia tego nowotworu.

### *Do końca 2021 r. to najbardziej nowoczesne leczenie mogła otrzymać tylko pacjentka, która miała mutację BRCA1, 2?*

Tak, to prawda, pacjentki mówiły: „W tym nieszczęściu, że zachorowałam, mam to szczęście, że jestem nosicielką mutacji". Oczywiście, najlepiej by było, jak mówiłem, aby pacjentki mogły otrzymywać inhibitory PARP już na początku leczenia, niezależnie od tego, czy mają mutację, czy nie, gdyż takie leczenie może pomóc wszystkim chorym. Inhibitory PARP to bardzo nowoczesne, można powiedzieć „inteligentne" leki. Takie leczenie to nie jest chemioterapia, która uszkadzając komórki nowotworu, przy „okazji" działa destrukcyjnie uszkadzając zdrowe komórki i układy, co powoduje niekiedy znacznie nasilone objawy uboczne, jak wypadanie włosów, osłabienie, niedokrwistość, uszkodzenie układu nerwowego, szpiku, układu krążenia, nerek. Leki te działają na poziomie molekularnym. W wyniku tego nawroty choroby oddalają się o miesiące, a nawet lata, a kobieta wraca do normalnej aktywności zawodowej i rodzinnej. To niezwykle ważne.

Jak wspominałem, niraparib można stosować zarówno w pierwszej, jak drugiej linii leczenia podtrzymującego – także u kobiet, które nie są nosicielkami mutacji w genach BRCA1, 2. Zastosowanie tego leczenia również wydłuża czas do nawrotu choroby. Wiem, że trwają prace, by ten lek również mógł być refundowany – mam nadzieję, że to się uda.* Gdy porównamy Polskę z innymi krajami UE, to jesteśmy o ok. 10 punktów procentowych niżej, jeśli chodzi o przeżywalność w raku jajnika. Diagnostyka i późna rozpoznawalność: te problemy są podobne wszędzie. Różnimy się od innych krajów tylko organizacją leczenia i dostępem do refundacji nowoczesnych terapii. Mam nadzieję, że się zmieni. Jak widać, wiele się dzieje w leczeniu zaawansowanego raka jajnika. Najważniejsza jednak jest świadomość, żeby pacjentka wiedziała, że mając nietypowe, dłużej utrzymujące się objawy, musi zgłosić się do ginekologa. Później należy zrobić wszystko, żeby trafiła do ośrodka mającego odpowiednie doświadczenie w leczeniu raka jajnika.

*Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz*

* Od stycznia 2022 r. na liście leków refundowanych pojawił się niraparib: niezależnie od statutu mutacji w genach BRCA1, 2 (przyp. red.).

# Pierwsze wytyczne NCCN zaadaptowane w Polsce

The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) to organizacja skupiająca najważniejsze ośrodki leczące nowotwory w Stanach Zjednoczonych. Od lat opracowuje wytyczne leczenia, oparte na dowodach naukowych. Ma to na celu usprawnienie opieki nad chorymi i poprawę dostępu do optymalnego leczenia.

## WYTYCZNE NCCN A WYTYCZNE POLSKIE

Polska edycja wytycznych NCCN jest jedną z pierwszych, jakie udało się opracować w gronie międzynarodowych ekspertów i które będą stosowane poza Stanami Zjednoczonymi. – Jesteśmy jednym z nielicznych krajów, który adaptuje wytyczne NCCN, a są to najlepsze światowe wytyczne, większość onkologów z nich korzysta – mówi prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, zastępca dyrektora NIO-PIB ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i badań klinicznych. – Diagnostykę i leczenie trzeba opierać na wytycznych postępowania, gdyż jest postępowanie bardziej skuteczne i bezpieczne, pozwala też porównywać wyniki, oceniać jakość działań. Wytyczne NCCN to uznany standard, są bardzo często aktualizowane, nawet kilka razy w roku. Odnoszą się do sytuacji typowych, jednak często również do trudnych zagadnień – dodaje prof. dr hab. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB.

W pracach nad wytycznymi NCCN, w ich opracowaniu i aktualizowaniu, bierze udział ponad 1500 osób, wszystkie ujawniają swoje konflikty interesów. W pracach nie uczestniczą przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego.

## RAK SZYJKI MACICY I NOWOTWORY UKŁADU NERWOWEGO

– Ponieważ niedawno powstały bardzo dobre polskie wytyczne leczenia m.in. czerniaków, mięsaków, nowotworów płuca i klatki piersiowej, to uznaliśmy, że w pierwszej kolejności będziemy starać się zaadaptować wytyczne leczenia tych nowotworów, które są ważne epidemiologicznie, a nie mamy dla nich polskich wytycznych – zaznacza prof. Krzakowski. Stąd wybór na początek raka szyjki macicy (grupie polskich onkologów przewodniczył prof. dr hab. Radosław Mądry, kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Poznaniu) oraz nowotworów układu nerwowego (pracami kierował prof. dr hab. Rafał Tarnawski, kierownik Kliniki Radioterapii i Chemioterapii Narodowego Instytutu Onkologii, Oddział w Gliwicach).

– Nowotwory układu nerwowego są bardzo trudne w leczeniu. Opracowanie wytycznych jest też bardzo ważne dla pacjentów, żeby wiedzieli, które metody są uznane za skuteczne, a które nie. Pacjenci często decydują się na zbiórki pieniędzy i wyjazd do zagranicznych ośrodków, nie zdając sobie sprawy z tego, że niektóre metody są nieskuteczne. Dają nadzieję, jednak jest to tylko nadzieja, a nie ma potwierdzonych badań naukowych. W takim przypadku powinny być prowadzone badania kliniczne – przypomina prof. Rafał Tarnawski.

Rozpoczęły się już prace nad adaptacją wytycznych NCCN leczenia nowotworów głowy i szyi; w planach są prace nad wytycznymi dla kolejnych nowotworów. ▮




FOT. MATERIAŁY PRASOWE

# **Polki mogą żyć dłużej.** Diagnostyka i leczenie wymaga poprawy

*Pandemia COVID-19 pogorszyła diagnostykę i leczenie nowotworów ginekologicznych w Polsce. Są jednak optymistyczne informacje: refundacja pierwszej w Polsce szczepionki przeciw wirusowi HPV. – W Europie mamy już też zarejestrowane nowe terapie dla pacjentek z rakiem jajnika i rakiem endometrium. Czekamy na możliwość ich stosowania w Polsce – mówili eksperci podczas konferencji „Nowotwory ginekologiczne – czas działać".*

Polki po diagnozie nowotworu ginekologicznego (to m.in. rak endometrium, rak szyjki macicy, rak jajnika) żyją krócej niż kobiety w wielu innych krajach Europy. Chociaż w przypadku raka szyjki macicy spada zachorowalność, to nadal jest ona wyższa w Polsce niż w innych krajach, co wskazuje na niedostatki profilaktyki i leczenia. Rośnie również zachorowalność na raka jajnika oraz raka endometrium – pokazuje raport „Wyzwania w opiece onkologicznej w Polsce – nowotwory ginekologiczne i rak piersi", przygotowany przez zespół ekspertów i HTA Consulting. – Jeśli chodzi o rokowanie i długość przeżycia, to co prawda wskaźniki w Polsce poprawiają się wszystkich nowotworach ginekologicznych, jednak nadal są one o 10-20 punktów procentowych gorsze niż w krajach Europy Zachodniej – podkreślała Magdalena Władysiuk, pod której redakcją powstał raport.

Sytuację pacjentek z nowotworami ginekologicznymi znacznie pogorszyła epidemia COVID-19. – Za czwartą falą COVID-19 idzie pierwsza lub druga fala pandemii nowotworów, co odczujemy w kolejnych latach. Jest to związane z gorszym dostępem do profilaktyki i opóźnianiem diagnostyki. Szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii duża część programów profilaktycznych była zawieszona. Poza tym pandemia przysłoniła wszystkie problemy; również wiele kobiet uznało, że dopóki nic je nie boli, to można odłożyć wizytę u lekarza – zwracał uwagę prof. Włodzimierz Sawicki, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej.

Dlatego kobiety częściej obecnie zgłaszają się w bardziej zaawansowanych stadiach nowotworu. Jest to szczególnie widoczne w przypadku raka jajnika, który nie daje wcześnie objawów. Trudniej wówczas wykonać optymalną operację i nie daje ona zadowalających wyników. Na pogorszenie efektów terapii może mieć też wpływ ograniczenie możliwości leczenia operacyjnego, z powodu przekształcenia niektórych oddziałów szpitalnych w covidowe, jak również



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**KRYSTYNA WECHMANN:** LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE POWINNY ZWRACAĆ WIĘKSZĄ UWAGĘ NA EDUKACJĘ PACJENTEK, ZACHOWYWAĆ CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNĄ.

przesunięcia części personelu do pracy z pacjentami z COVID-19.

Eksperci zwracają uwagę, że lepsza edukacja, większa zgłaszalność na badania profilaktyczne, zmiany w diagnostyce i leczeniu mogą w wielu przypadkach ocalić lub znacznie przedłużyć życie kobiet z nowotworami ginekologicznymi w Polsce

## RAK SZYJKI MACICY: KONIECZNA POPRAWA PROFILAKTYKI

Rak szyjki macicy to nowotwór, w którym jest możliwa bardzo skuteczna profilaktyka w postaci szczepień przeciw wirusowi HPV. Zakażenia tym wirusem odpowiadają za 99 proc. przypadków raka szyjki macicy, a już w 2006 r. pojawiła się pierwsza szczepionka przeciw wirusowi HPV. Wiele krajów wdrożyło programy populacyjnych szczepień, co w połączeniu z badaniami cytologicznymi oraz wykrywającymi zakażenie HPV spowodowało znaczne zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy. – Jest kilka krajów takich jak Szwajcaria czy Malta, gdzie ten nowotwór stał się już kazuistycznym: zachorowalność wynosi poniżej 4 przypadki na 100 tys. kobiet. Australia jako pierwsza ogłosiła manifest, że za ok. 50 lat sprowadzi raka szyjki macicy do poziomu nowotworu bardzo rzadkiego. Już w 2007 r. rozpoczął się tam populacyjny program szczepień dziewcząt, od wielu lat szczepi się też chłopców przeciw HPV – podkreślał prof. Andrzej Nowakowski, kierujący Poradnią Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Zakładzie Profilaktyki Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

W Polsce zachorowalność na raka szyjki macicy spada, choć nie tak spektakularnie jak w innych krajach. – Co prawda program cytologicznych badań przesiewowych nie odniósł spektakularnego sukcesu, gdyż zgłaszalność wynosi 14-26 proc., szacujemy jednak, że systematyczne badania wykonuje ponad 60 proc. kobiet. Część robi je prywatnie, część w ramach NFZ, ale poza programem profilaktycznym nie są one rejestrowane. Jednak 30-40 proc. kobiet nie wykonuje cytologii i to szczególnie do nich powinny dotrzeć położne, a także lekarze – zaznaczył prof. Nowakowski. Liczba badań profilaktycznych bardzo spadła w okresie epidemii COVID-19. – W 2020 roku nawet 1/3 kobiet zrezygnowała z badań profilaktycznych: część poradni była zamknięta. Niestety, za 2-3 lata być może będziemy obserwować wzrost zachorowalności na raka szyjki macicy – ocenił prof. Nowakowski.

Dobrą informacją jest to, że od 1 listopada weszła do refundacji pierwsza szczepionka przeciw wirusowi HPV (można ją nabyć z 50 proc. odpłatnością, szczepionka jest dopuszczona powyżej 9. roku życia). – Możliwość zakupu szczepionki z 50-procentową odpłatnością to duży krok naprzód, jeśli chodzi o profilaktykę raka szyjki macicy. Czekamy też na wprowadzenie populacyjnego programu szczepień przeciw HPV, mamy nadzieję, że stanie się to już od 2022 roku, a szczepienie będzie zalecane, ale bezpłatne – mówił prof. Nowakowski. Wprowadzenie programu zakłada Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO). – Mamy nadzieję, że ze szczepień będą mogli korzystać też chłopcy, w NSO jest to zapisane od 2026 roku – podkreślała Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.



FOT. BARTOSZ BOBKOWSKI / AGENCJA WYBORCZA.PL

**PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI:** W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM LECZENIE RAKA JAJNIKA ODBYWA SIĘ W 27 PLACÓWKACH; SĄ TAKIE, KTÓRE WYKONUJĄ ROCZNIE 1-3 OPERACJE. TYLKO W DWÓCH PLACÓWKACH WYKONYWANO ROCZNIE POWYŻEJ 20 ZABIEGÓW. PODOBNIE JEST W CAŁEJ POLSCE.

## RAK JAJNIKA: NOWE MOŻLIWOŚCI TERAPII I POPRAWA ORGANIZACJI LECZENIA

Rak jajnika to jeden z najtrudniejszych w leczeniu nowotworów: co roku w Polsce zachorowuje ok. 3700 kobiet, a ponad 2600 umiera. – Nie ma badania skriningowego, jak w przypadku raka szyjki macicy, dlatego tak ważna jest edukacja zarówno kobiet, jak lekarzy pierwszego kontaktu, by kierowali pacjentki do ginekologa, jeśli mają one przedłużające się problemy związane z przewodem pokarmowym, które mogą być pierwszym, niespecyficznym objawem. Ważne jest też, by kobiety systematycznie odwiedzały ginekologa i wykonywa-

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ły badania USG przezpochwowe, choć to też nie jest gwarancją, że rak jajnika zostanie szybko wykryty – mówiła Barbara Górska, prezes stowarzyszenia Niebieski Motyl.

Chociaż rak jajnika dotyka głównie kobiet w wieku okołomenopauzalnym, to zdarzają się zachorowania także u dwudziestolatek. W jego leczeniu szczególnie ważny jest czas, gdyż komórki raka jajnika mogą błyskawicznie rozsiać się po jamie brzusznej. – Ważne jest, by pacjentki od początku trafiały pod opiekę właściwych lekarzy i specjalistycznych ośrodków, mających doświadczenie w prowadzeniu kobiet z rakiem jajnika, a już w czasie pierwszej operacji cytoredukcyjnej miały wykonywane badania molekularne, które pokażą obecność mutacji w genach BRCA1, 2, co dziś warunkuje dalsze leczenie. Niestety, wiele pacjentek nie ma wykonywanych tych badań, choć powinno to być standardem – podkreślała prezes Barbara Górska. Eksperci chcą, by w Polsce powstała sieć Ovarian Cancer Unist; ośrodków, w których kobiety z rakiem jajnika będą miały kompleksową opiekę i leczenie. – Obecnie np. w województwie mazowieckim leczenie raka jajnika odbywa się w 27 placówkach; są takie, które wykonują rocznie 1-3 operacje. Tylko w dwóch placówkach wykonywano rocznie powyżej 20 zabiegów. Podobnie jest w całej Polsce – mówił prof. Mariusz Bidziński, krajowy konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Jeśli ośrodek wykonuje kilka operacji rocznie, nie są one wykonywane optymalnie, co niekorzystnie wpływa na dalsze rokowanie pacjentek. Trafiają one do kolejnych ośrodków, jednak źle wykonanej pierwszej operacji nie da się już poprawić.

Wyniki leczenia raka jajnika w Polsce poprawiłby również lepszy dostęp do nowoczesnych leków, jakimi są inhibitory PARP. – To leki, które wydłużają okres remisji, czyli czas bez objawów choroby. Cieszymy się, że w Polsce jest możliwość stosowania jednego z inhibitorów PARP (olaparibu) zarówno w pierwszej, jak w drugiej linii leczenia, jednak problemem jest to, że mogą go otrzymywać jedynie kobiety z mutacjami w genach BRCA1, 2. Bardzo czekamy na możliwość stosowania drugiego z inhibitorów PAPR (niraparibu) także u pacjentek bez mutacji. Mutacja BRCA1, 2 to podstawowa mutacja szlaku naprawy DNA, jednak istnieją też mutacje w innych genach, których dziś nie potrafimy zbadać. Niraparib wykazał się skutecznością w wielu badaniach klinicznych prezentowanych na zjazdach światowych i europejskich. Wprowadzenie takiego leczenia dla pacjentek bez mutacji wydłużyłoby czas do nawrotu choroby. Rak jajnika dla wielu kobiet może stać się chorobą przewlekłą, mogą planować swoje życie rodzinne, zawodowe – mówił prof. Włodzimierz Sawicki, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Dla pacjentek bardzo wygodna jest też forma terapii. – To leki doustne, stosuje się je w domu To ważne dla psychiki, myśl, że „biorę tabletkę na raka" oswaja chorobę – podkreślał prof. Sawicki.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**PROF. WŁODZIMIERZ SAWICKI:** WPROWADZENIE INHIBITORÓW PARP DLA PACJENTEK BEZ MUTACJI WYDŁUŻYŁOBY CZAS DO NAWROTU CHOROBY. RAK JAJNIKA DLA WIELU KOBIET MOŻE STAĆ SIĘ CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ, MOGĄ PLANOWAĆ SWOJE ŻYCIE RODZINNE, ZAWODOWE.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**PROF. ANDRZEJ NOWAKOWSKI:** 30-40 PROC. KOBIET NIE WYKONUJE CYTOLOGII; SZCZEGÓLNIE DO NICH POWINNY DOTRZEĆ POŁOŻNE, A TAKŻE LEKARZE.

## RAK ENDOMETRIUM: JASKÓŁKA NADZIEI DLA PACJENTEK Z NAWROTEM

Rak endometrium (trzonu macicy) to najczęstszy nowotwór ginekologiczny, a zachorowania w Polsce dynamicznie rosną: między 1999 a 2018 rokiem odnotowano aż dwukrotny wzrost. – To nowotwór społeczeństw wysoko cywilizowanych, można powiedzieć „nowotwór dobrobytu". Często dotyczy pacjentek, które mają dobry status socjoekonomiczny, jego występowania jest związane z rosnącą dłu-

gością życia, ale też z otyłością, nadciśnieniem, cukrzycą – tłumaczył prof. Sawicki.

Rak endometrium zwykle jest rozpoznawany już w pierwszym stadium zaawansowania, gdyż wcześnie daje objawy w postaci nietypowych krwawień z macicy. – Dzięki wczesnemu wykryciu wyniki leczenia są dobre, 70-75 proc. kobiet przeżywa więcej niż 5 lat od diagnozy – podkreślał prof. Sawicki. Podobnie jak inne nowotwory, nie jest on jednak homogenny: w przypadku niektórych podtypów rokowanie może być niekorzystne, dlatego ważne jest wykonywanie badań molekularnych i określenie grup ryzyka nawrotu choroby. – Nadzieją dla pacjentek z nowotworem zaawansowanym, który nawraca, a także w przypadku niektórych mutacji cytogenetycznych, są nowe możliwości terapii. To leki celowane, skierowane na pewne punkty kontroli immunologicznej. Immunoterapia jest „nowym rozdziałem" w leczeniu uzupełniającym, lek „odsłania" komórkę nowotworową dla systemu odpornościowego, dzięki czemu zaczyna on sam zwalczać komórki nowotworowe. Lek jest już zarejestrowany w Europie, w Polsce jeszcze nierefundowany, mamy jednak nadzieję, że to się wkrótce również zmieni – podkreślał prof. Sawicki.

## EDUKACJA TO PODSTAWA

Mimo problemów, przed epidemią COVID-19 w Polsce widać było poprawę wyników leczenia nowotworów ginekologicznych, dlatego tak ważna jest obecnie edukacja, by pacjentki nie zwlekały z przeprowadzaniem badań profilaktycznych i nie odkładały wizyt u lekarzy, jeśli pojawiają się niepokojące objawy. – Ważne jest stałe podnoszenie świadomości zdrowotnej kobiet, co spowoduje, że będą one bardziej uczulone na swoje zdrowie – podkreślała Magdalena Władysiuk.

Kobiety w Polsce chcą być leczone na podobnym poziomie jak w innych krajach UE, a dzięki coraz sprawniej działającym organizacjom pacjenckim coraz lepiej zdają sobie sprawę z tego, jak ważny jest szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki, nowych metod leczenia oraz dobrej jego organizacji. – Jako organizacje pacjentek mamy duże możliwości przekazywania informacji, staramy się też edukować. Również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne powinny zwracać większą uwagę na edukację pacjentek, zachowywać czujność onkologiczną. Cieszymy się, że jest też coraz szerzej prowadzona edukacja w szkole, od najmłodszych lat, jednak wiele trzeba jeszcze poprawić - mówiła prezes Krystyna Wechmann.

Zdaniem Magdaleny Władysiuk, na niekorzystną dziś różnicę w długości przeżycia między kobietami w Polsce a niektórymi innymi krajami UE można spojrzeć jako na „wskaźnik nadziei", jak wiele można jeszcze poprawić. – Jest koncepcja Ovarian Cancer Units, mamy dobrych lekarzy, którzy wiedzą, jak leczyć, muszą mieć jednak możliwość stosowania nowoczesnych leków, konieczna jest też poprawa organizacji leczenia, jak również poprawa finansowania, gdyż dziś lekarze rezygnują z pracy w szpitali na rzecz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Jest plan poprawy sytuacji w ginekologii onkologicznej, wytyczona bardzo ambitna droga. Jednak dopiero złożenie wszystkich elementów w całość spowoduje, że nowotwory ginekologiczne będą miały szansę stać się chorobami przewlekłymi – ocenił prof. Włodzimierz Sawicki. ▮



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**MAGDALENA WŁADYSIUK:**
WSKAŹNIKI PRZEŻYCIA W POLSCE POPRAWIAJĄ SIĘ WSZYSTKICH NOWOTWORACH GINEKOLOGICZNYCH, JEDNAK NADAL SĄ ONE O 10-20 PUNKTÓW PROCENTOWYCH GORSZE NIŻ W KRAJACH EUROPY ZACHODNIEJ.

*Wszystkie działania niepożądane produktów leczniczych należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 492-13-01, fax (22) 492-13-09, zgodnie z zasadami monitorowani bezpieczeństwa produktów leczniczych lub do podmiotu odpowiedzialnego za produkt, którego zgłoszenie dotyczy. Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie Urzędu www.urpl.gov.pl.*

*GSK Commercial Sp. z o.o., ul. Rzymowskiego 53, 02 - 697 Warszawa, tel.: 22 576 90 00, fax: 22 576 90 01, pl.gsk.com.*

NP-PL-ECU-PRSR-210001, 12.2021

# Ośrodki leczenia raka piersi pozostają głównie na papierze

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. TADEUSZEM PIEŃKOWSKIM**, KIEROWNIKIEM KLINIKI ONKOLOGII I CHORÓB PIERSI CMKP, ZASTĘPCĄ KIEROWNIKA ODDZIAŁU RADIOTERAPII I ONKOLOGII CSK MSWIA, PREZESEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA DO BADAŃ NAD RAKIEM PIERSI.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

***Jak wygląda leczenie raka piersi w Polsce? Od kilku lat współczynniki zachorowalności na raka piersi rosły; rosły też współczynniki zgonów, i to nas odróżniało od innych krajów Europy. A jak jest dziś?***

Ten trend nadal się utrzymuje: nadal w Polsce nie tylko rosną współczynniki zapadalności na raka piersi, ale także współczynniki umieralności. Natomiast w innych krajach Unii Europejskiej rosną współczynniki zapadalności, ale stale spadają współczynniki umieralności po rozpoznaniu raka piersi. Dzięki temu jest coraz więcej kobiet, które żyją po rozpoznaniu raka piersi. Świadczy to o dobrej jakości i wydolności systemu opieki zdrowotnej.

***U Polek zbyt często rak piersi rozpoznawany jest w wysokim stopniu zaawansowania?***

Jestem o lata świetlne od twierdzenia, że Polki są winne opóźnieniu w ustaleniu rozpoznania. Gdy rozmawia się z chorymi, to okazuje się, że ich diagnostyka trwała miesiącami, zamiast maksymalnie trzy-cztery tygodnie. Główny problem stanowi to, że nasz system ochrony zdrowia jest niewydolny. Przyczyny są złożone: za mała liczba lekarzy, brak dostępu do nowoczesnych technologii, sposób rozliczania przez NFZ: to wszystko powoduje, że diagnostyka trwa tak strasznie długo. Czy Polki są temu winne? Nawet gdy chcą wykonać szybko niektóre badania, w wielu przypadkach nie jest to możliwe. Głównym problemem jest zła organizacja systemu ochrony zdrowia. Należałoby przede wszystkim odbudować system badań przesiewowych, który został zdewastowany i de facto nie funkcjonuje, i zapewnić diagnozowanie oraz leczenie raka piersi w wyspecjalizowanych klinikach (Breast Cancer Units).

***W 2019 r. rozporządzeniem ministra zdrowia powołano ośrodki diagnostyki i leczenia raka piersi. Jak one dziś funkcjonują?***

Moim zdaniem ten system jest źle skonstruowany. Powołano dwa rodzaje takich ośrodków, co jest ewenementem w skali światowej. Wprowadzono trudne do spełnienia wymagania administracyjne, niewymieniane w międzynarodowych rekomendacjach. Wprowadzony sposób rozliczeń nie jest motywujący.

Takie ośrodki powinny podlegać systemowi akredytacji. Należy utworzyć krajowy rejestr raka piersi, który będzie ogólnie dostępny i aktualizowany każdego roku. W systemie opieki nad kobietami większą rolę powinny odgrywać pielęgniarki. Należy w dużo większym stopniu zaangażować je w działania związane z promocją zdrowia, organizacją skriningu. System świadczeń socjalnych bardziej powinien umożliwiać łączenie pracy z takimi świadczeniami. Refundowanie nowych technologii powinno być szybsze, a personel medyczny mieć obowiązkowe, cykliczne szkolenia z komunikacji. Konieczna jest też zmiana systemu rozliczeń – NFZ powinien płacić nie za wykonanie poszczególnych procedur, ale za etapy diagnostyki i leczenia.

***W jaki sposób w takim razie należy zorganizować funkcjonowanie ośrodków leczenia raka piersi (BCU)?***

W Polsce dziś działa kilka ośrodków, które zostały akredytowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne (SIS – Senologic International Society) i Polskie Towarzystwo Badań nad Rakiem Piersi. Działają one w Szczecinie, Kielcach, Krakowie, Warszawie, Opolu, Gdyni, Gdańsku, Wrocławiu, a kilka innych czeka na tę akredytację. Proces udzielania akredytacji uległ spowolnieniu z powodu pandemii. Celem działania ośrodków leczenia raka piersi jest zapewnienie wszystkim kobietom (i nielicznym mężczyznom) dostępu do leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. W takich ośrodkach decyzje zapadają kolegialnie, podczas wielodyscyplinarnego konsylium, przy udziale chorych. Międzynarodowe akredytacje są wydawane na 5 lat, potem ośrodek musi ponownie starać się o akredytację. Ten system jest oparty na ocenach merytorycznych i niestety nie ma wiele wspólnego z ośrodkami leczenia raka piersi, które są finansowane dziś przez NFZ.

System ośrodków powołanych przez NFZ został zupełnie inaczej skonstruowany. Wprowadzono wiele różnych wymogów administracyjnych, które nie mają nic wspólnego z wymogami merytorycznymi. Dlatego BCU w Polsce istnieją, ale głównie na papierze, nie działają tak, jak powinny.

***Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na funkcjonowanie opieki nad kobietami chorymi na raka piersi?***

Ucierpiała zarówno diagnostyka, jak i leczenie. Ośrodki badań przesiewowych zostały na pewien czas zamknięte. Jeśli chodzi o leczenie, to ministerstwo twierdzi, że onkologia była „otoczona płaszczem ochronnym", jednak ten płaszcz był dziurawy. Część lekarzy zostało oddelegowanych na oddziały przeznaczone do leczenia chorych na COVID-19. Szczególnie wielu anestezjologów zostało tam przeniesionych, dlatego nastąpiło zmniejszenie liczby wykonywanych operacji. Utrudniony był dostęp pacjentów onkologicznych do wielu oddziałów, które zostały przeznaczone do leczenia chorych na COVID-19. Zmniejszyła się możliwość leczenia chirurgicznego, stanowiącego podstawę leczenia większości nowotworów. Należy pamiętać, że duża część takich operacji wykonywana jest poza ośrodkami onkologicznymi.

*Główny problem stanowi to, że nasz system ochrony zdrowia jest niewydolny. Przyczyny są złożone: za mała liczba lekarzy, brak dostępu do nowoczesnych technologii, sposób rozliczania przez NFZ: to wszystko powoduje, że diagnostyka trwa tak strasznie długo.*

Na pewno pandemia odbiła się negatywnie na onkologii, w tym na leczeniu pacjentek z rakiem piersi. Prawdziwy bilans będziemy mogli ocenić dopiero za 2-3 lata. Pandemia to jednak sytuacja wyjątkowa, nikt nie wiedział, jak postępować. System opieki nad chorymi z chorobami przewlekłymi, jakimi są nowotwory, powinien funkcjonować stabilnie, niezależnie od pandemii. Kraje, które odniosły sukces w zwalczaniu nowotworów, mają od lat niezmienne narodowe programy onkologiczne, a instytucja zarządzająca onkologią podlega albo parlamentowi, albo premierowi. Jest to bardzo ważne, ponieważ gdy np. mówi się o profilaktyce onkologicznej, to trzeba myśleć o polityce dotyczącej sprzedaży alkoholu, papierosów, promowaniu określonego stylu życia. Decyzje związane z polityką fiskalną czy edukacją nie leżą w gestii ministra zdrowia. Ogromnym wyzwaniem jest dziś zapewnienie stabilności leczenia, żeby pacjenci mieli zaufanie do systemu ochrony zdrowia i łatwość dostępu do niego.

*Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz*

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl




# Kampania dla kobiet

*Kiedy pacjentka wyczuwa guzek w piersi, czuje strach, przerażenie, niezgodę na chorobę, zadaje sobie pytanie „dlaczego ja?", ma wizję zbliżającej się śmierci. Dlatego trzeba głośno mówić o tym, że raka piersi można wyleczyć: to przekaz kampanii Wylecz raka piersi HER2+ dla kobiet z wcześnie rozpoznanym rakiem piersi.*

Raka piersi można wyleczyć. Są trzy warunki – trzeba go wcześnie wykryć, skutecznie leczyć i upewnić się, że w organizmie nie zostały już żadne komórki rakowe, czyli tzw. choroba resztkowa. A zatem, co dzisiaj jest celem leczenia raka? Pacjentki mówią: „dobicie gada". Miejmy nadzieję, że wkrótce wszystkie chore z wczesnym HER2-dodatnim rakiem piersi będą mogły skorzystać z takiego leczenia, które zakończy niechciany rozdział w życiu, jakim jest choroba nowotworowa.

Wyróżniamy kilka podtypów raka piersi, a każda kobieta powinna wiedzieć, jaki ma podtyp nowotworu. Od tego zależy proces terapeutyczny i rokowania. Jednym z podtypów raka piersi jest rak HER2-dodatni, czyli taki, na którego komórkach jest nadekspresja receptora HER2. Do niedawna był to nowotwór uważany za najbardziej agresywny, ale od kilku lat są dostępne leki, które pozwalają wyleczyć ten typ nowotworu. Warunkiem jest jego wczesne wykrycie.

U większości chorych na HER2-dodatniego raka piersi stosuje się leczenie systemowe przedoperacyjne. Terapia trwa ok. pół roku. W tym czasie chora jest pod obserwacją: badana jest klinicznie i wykonywane są badania obrazowe – mammografia i USG – w określonych odstępach czasu. W ten sposób sprawdza się, czy guz się zmniejsza. Może też całkowicie zniknąć, co dobrze rokuje. Brak komórek nowotworowych w preparacie pooperacyjnym po leczeniu neoadiuwantowym to bardzo dobry czynnik prognostyczny. Jeśli chorej udało się osiągnąć całkowitą odpowiedź patomorfologiczną, to znaczy, że terapia jest skuteczna. Zdarza się jednak, że komórki nowotworowe zostają w usuniętym materiale. Mówimy wówczas o chorobie resztkowej. Tu rokowanie jest gorsze i wymaga intensywniejszego leczenia pooperacyjnego. W innych krajach dostępne są już leki, które poprawiają rokowanie chorych. Czekamy, aż będą u nas refundowane. Stanowią połączenie przeciwciał anty-HER2 z cytostatykiem.

## WPARCIE CHORYCH I ICH BLISKICH: ŚCIEŻKA PACJENTKI

Kampania „Wylecz raka piersi HER2+" powstała z myślą o kobietach, które właśnie dowiedziały się, że chorują na ten podtyp nowotworu. Jej celem jest wsparcie chorych i ich bliskich już od momentu diagnozy oraz edukacja – bo wczesnego raka piersi HER2-dodatniego można wyleczyć! Wspiera też lekarzy w edukacji pacjentek i ich rodzin, oferując narzędzia, które mogą pomóc w oswojeniu choroby.




Im szybciej nowotwór zostanie wykryty, tym większa szansa na jego całkowite wyleczenie. Właśnie dlatego na stronie kampanii „ Wylecz raka piersi HER2+" – www.wyleczrakapiersi.pl można znaleźć informacje na temat badań profilaktycznych. Dostępny jest film o tym, jak prawidłowo badać piersi. Wczesne wykrycie raka piersi i szybka diagnoza dają szanse na wyleczenie tego nowotworu, dzięki zastosowaniu optymalnego leczenia, odpowiednio dobranego dla danej pacjentki i jej podtypu nowotworu. Pacjentki i ich bliscy prowadzeni są krok po kroku przez wszystkie etapy: diagnostykę, leczenie przedoperacyjne, operację, leczenie pooperacyjne, rehabilitację i wsparcie psychologiczne. Kobiety mogą więc w łatwy sposób znaleźć rzetelne informacje, które są im najbardziej potrzebne.

W każdym z obszarów są artykuły skonsultowane przez eksperta medycznego dr Agnieszkę Jagiełło-Gruszfeld, onkolog z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, oraz filmy, w których eksperci odpowiadają na najważniejsze pytania dotyczące raka piersi:

- **Prof. Rafał Matkowski**, chirurg onkolog, mówi m.in. o leczeniu operacyjnym raka piersi, możliwościach i korzyściach wynikających z przeprowadzenia operacji oszczędzającej zamiast mastektomii;
- Fizjoterapeutka **Paulina Lewandowska** wyjaśnia, dlaczego rehabilitacja jest niezbędna po zabiegu chirurgicznym i kiedy najlepiej ją rozpocząć, pokazuje również jak wykonać automasaż, który usprawni proces leczenia;
- **Dr Adrianna Sobol**, psychoonkolog, wspiera kobiety w trudnym dla nich momencie, jakim jest diagnoza „rak piersi" – wyjaśnia co zrobić, aby sobie pomóc, jak mogą pomóc najbliżsi, doradza, jak rozmawiać z rodziną i znajomymi o chorobie. Wszystko po to, aby trudny czas leczenia przejść możliwie jak najlepiej.

## EDUKACJA O CHOROBIE I OŚRODKACH LECZENIA

Ogromnym wsparciem dla kobiet z rakiem piersi są historie innych pacjentek, które na stronie kampanii „Wylecz raka piersi HER2+" dzielą się swoimi doświadczeniami, przeżyciami i emocjami. Ich historie dają nadzieję, że ten trudny czas w życiu kiedyś się kończy i można z niego wynieść wiele pozytywnych wniosków, które na początku drogi wydają się niemożliwe. Historie te dają siłę kobietom, które dopiero rozpoczynają leczenie, a profil kampanii na Facebooku niesie wiedzę, wsparcie i konsoliduje osoby, które łączą podobne doświadczenia.

W ramach kampanii powstał również poradnik dla pacjentek z wczesnym rakiem piersi, który w wersji elektronicznej jest dostępny na stronie: https://wyleczrakapiersi.pl/uploads/Wczesny_Rak_Piersi_Poradnik_dla_pacjentek_1_7962282ee6.pdf

Aby ułatwić pacjentkom wybór odpowiedniego ośrodka, na stronie kampanii znaleźć można mapę oraz listę ośrodków onkologicznych, które specjalizują się w leczeniu raka piersi. Jest też lista organizacji pacjentów z całej Polski, gdzie można znaleźć pomoc i wsparcie. Kobiety, które same kiedyś zmierzyły się z diagnozą „rak piersi", teraz chętnie pomagają innym – kierują do odpowiednich ośrodków i lekarzy, wspierają psychologicznie albo po prostu są w stanie porozmawiać, co dla wielu kobiet po diagnozie jest bardzo istotne.

Organizatorami kampanii „Wylecz raka piersi HER2+" są: Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Fundacja OnkoCafe, Polskie Amazonki Ruch Społeczny oraz Fundacja Omealife. Kampania jest realizowana z grantu edukacyjnego przekazanego przez firmę Roche Polska, partnera kampanii. ▮

Organizatorzy

Partner merytoryczny

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

# Onkolog nie może bawić się w Pana Boga ani w statystyka

Z **DR BARBARĄ CZERSKĄ-PIEŃKOWSKĄ**, ETYKIEM, FILOZOFEM, ROZMAWIA BOŻENA STASIAK.



***Troska kojarzy nam się przede wszystkim z opieką, czułością, miłością, ale etyka troski to chyba coś dużo więcej? Amerykańska politolożka, Joan Claire Tronto, etykę troski zdefiniowała jako zespół wrażliwości, który powinna rozwinąć każda moralnie dojrzała osoba. Inna, bardziej uogólniona definicja mówi, że jest to dążenie do zwiększenia podmiotowości grup i jednostki. A jeszcze inna, że etyka troski to rozwinięte w ramach feminizmu stanowisko etyki relacyjnej, które, w przeciwieństwie do wielu klasycznych etyk, za podstawę ludzkiej egzystencji i punkt wyjścia do rozważań etycznych przyjmuje opartą na trosce relację między dwiema istotami ludzkimi, a nie indywidualną świadomość podmiotu moralnego. Jak to więc jest z tą etyką troski? I jak można to odnieść do onkologii? Tak najprościej.***

Istotnie etyka troski wywodzi się z feminizmu, jest oparta na empatii, dbałości o interesy drugiego człowieka, jego określone, konkretne potrzeby. Już z tych założeń widać, jak bardzo etyka troski ma znaczenie w onkologii, gdzie mamy do czynienia z pacjentem, który już od momentu diagnozy wchodzi w szczególną relację z lekarzem. W onkologii możemy wyróżnić kilka momentów zwrotnych, kiedy etyka troski ma największe znaczenie.

*Jeśli wcześniej onkolog mógł nie odebrać telefonu od swojego pacjenta, to od pacjenta umierającego, powinien odebrać. Umierający znajduje się w skrajnej sytuacji i trzeba z nim odważnie rozmawiać.*

Pierwszy moment to diagnoza. Moment, w którym pacjent dowiaduje się, że ma raka. Słowo to nadal budzi ogromny strach, lęk przed śmiercią i przed cierpieniem. Chodzi o to, żeby powiedzieć choremu prawdę, jednak w sposób dla niego do przyjęcia. Nie straszyć, ale nastawić do działania, od razu nakreślić plan, pokazać perspektywy. Onkolog nie może i nie powinien bawić się w Pana Boga ani w statystyka. Tak więc absolutnie nie może powiedzieć: „Ma pan/pani tylko rok życia przed sobą", czy: „W przypadku tego raka pozostaje zaledwie 8 proc. szans na przeżycie". Lekarz powinien też mieć na uwadze, że wiele informacji pacjent może dziś wyczytać z Internetu. Natomiast należy powiedzieć np.: „Ma pan/pani raka, będziemy go leczyć tak i tak". I to jest konkretna in-



FOT. MACIEJ ZIENKIEWICZ / AGENCJA WYBORCZA.PL

formacja, przekazana tak, że daje nadzieję. Diagnoza w przypadku raka jest szokiem, ale można i należy zamienić ją w aktywność terapeutyczną, w działanie. O właśnie przejaw etyki troski.

***A następny etap to...***

Kolejnym punktem zwrotnym jest moment, kiedy po udanym leczeniu i okresie wolnym od objawów choroby, dochodzi do wznowy nowotworu i pacjent musi wrócić do lekarza. To zrozumiałe, że może to być dla niego nawet trudniejsze niż sytuacja z pierwszej diagnozy. Może teraz będzie bardziej załamany, będzie się bardziej bał. Rolą lekarza jest przedstawienie pacjentowi kolejnej drogi terapeutycznej, wykonanie odpowiednich badań, staranne, wnikliwe przyjrzenie się problemowi.

*W momencie diagnozy należy powiedzieć pacjentowi np. „Ma Pan/Pani raka, będziemy go leczyć tak i tak". To jest konkretna informacja, przekazana tak, że daje nadzieję. Diagnoza jest szokiem, ale należy zamienić ją w aktywność terapeutyczną, w działanie.*

***Możemy jeszcze wyróżnić trzeci moment zwrotny...***

To czas, kiedy już wiadomo, że chory wchodzi w fazę umierania. Tu wielka jest rola hospicjów, ale też każdego lekarza, który do tej pory zajmował się pacjentem, także rola rodziny, przyjaciół. Jeśli wcześniej onkolog mógł nie odebrać telefonu od swojego pacjenta, to teraz, od pacjenta umierającego, powinien odebrać. Umierający znajduje się w skrajnej sytuacji i trzeba z nim odważnie rozmawiać. Umieranie jest częścią ludzkiego życia. Ważną.

***Wiele dobrego dla chorych onkologicznie robią organizacje pacjenckie, osoby w nich działające, zapewne dlatego, że same były albo są dotknięte nowotworem, doskonale wczuwają się w świat etyki troski...***

Wielkich rzeczy dokonują Amazonki, to ogromna grupa wsparcia, największa organizacja pacjencka na świecie. Powinny mieć swoje przedstawicielki w parlamencie. ■

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy