

wprost



TEMAT TYGODNIA: ONKOLOGIA

ZAPOBIEGAJ,
BADAJ SIĘ, LECZ:

WYGRAJ
Z RAKIEM

Temat tygodnia: Onkologia



WZRASTA LICZBA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Temat tygodnia: Onkologia

– Widać wzrost zachorowań na raka w Polsce, musimy zadbać o profilaktykę. **KONIECZNE JEST WEJŚCIE W ŻYCIE KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ, MAMY TYLKO ROK NA JEJ PRZYGOTOWANIE**, musimy ten czas wykorzystać najlepiej jak to możliwe – **MÓWI „WPROST” DR BEATA JAGIELSKA**, nowa dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii – PIB w Warszawie.



Rozmawiała **Katarzyna Pinkosz**

Niedawno obchodziliśmy Światowy Dzień Walki z Rakiem, ale ze względu na to, że liczba zachorowań w Polsce wciąż rośnie, to „dzień zapobiegania i leczenia raka” powinniśmy właściwie obchodzić niemal codziennie. Czy w Narodowym Instytucie Onkologii widać wzrost liczby pacjentów szukających pomocy?

Temat tygodnia: Onkologia

Niestety tak.

Widzimy lawinowy wzrost pacjentów, zwłaszcza po pandemii COVID-19, kiedy część pacjentów nie zgłaszała się do lekarzy i na badania profilaktyczne. W 2023 roku mieliśmy blisko pół miliona samych porad ambulatoryjnych.



*Dr n. med.
Beata Jagielska*

od stycznia 2024 r. jest dyrektorem Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – PIB, jest też konsultantem wojewódzkim w dziedzinie onkologii klinicznej dla województwa mazowieckiego, prezesem Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej.

Temat tygodnia: Onkologia

Największą grupę, prawie 100 tys. osób, stanowiły kobiety z rakiem piersi, na drugim miejscu wśród udzielanych porad znalazły się osoby z czerniakiem i innymi nowotworami skóry oraz mięsakami tkanek miękkich i kości.

Kolejną grupę stanowili chorzy na raka płuca. W ciągu tygodnia przyjmujemy w ambulatorium średnio 2000 chorych na raka piersi i niestety te liczby rosną. Podobnie jest w przypadku chorych z innymi nowotworami.

Wszyscy wiemy, że w nowotworach bardzo ważne jest wczesne wykrycie. Dziś są już możliwości wczesnego wykrywania niektórych nowotworów; m.in. raka piersi, raka jelita grubego czy raka płuca. A jednak wciąż zbyt rzadko korzystamy z tych badań. Jak to zmienić?

Ważna jest ścisła współpraca z lekarzami rodzinnymi, którzy powinni mówić o takich badaniach, mieć więcej czasu, by wyjaśnić, uspokoić pacjenta, żeby nie obawiał się pójść na badania profilaktyczne.

Temat tygodnia: Onkologia

Większa świadomość rodzi się wtedy, gdy w rodzinie mamy chorego na nowotwór – wtedy zwykle chcemy się zbadać.

WCZEŚNIEJ WYDAJE NAM SIĘ, ŻE MAMY DUŻO CZASU, A NOWOTWÓR NAS NIE DOTYCZY.

Jeśli chodzi o działania organizacyjne w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, chcemy zwiększyć koordynację między ośrodkami, tak, by profilaktyka nie skupiała się tylko w dużych ośrodkach, ale była również dostępna w tych mniejszych. Kolejna rzecz to pokonanie wykluczenia komunikacyjnego: problem ten dotyczy wielu osób starszych, zwłaszcza mieszkających na wsiach czy w mniejszych miejscowościach. Powinniśmy tak wszystko zorganizować, by oni także mieli szansę przyjechać na badania. Przede wszystkim konieczna jest jednak większa świadomość profilaktyki.

Wciąż wiele osób wypiera potrzebę i celowość wykonywania badań. Wiele osób obawia się, że wynik bę-

Temat tygodnia: Onkologia

dzie nieprawidłowy, ale to właśnie ten wynik umożliwia rozpoczęcie leczenia. Ważne jest pokonanie własnego lęku, ponieważ im więcej osób będzie zgłaszało się na badania profilaktyczne, tym więcej będzie miało szanse na rozpoczęcie leczenia w najlepszym możliwym momencie.

Badania są bezpieczne i pozwalają wcześniej wykryć nowotwór, gdy jest szansa na jego wyleczenie?

Nie tylko możemy wcześniej wykryć zmiany nowotworowe, dzięki czemu jest możliwe leczenie radykalne i wzrasta szansa na wyleczenie, ale też w wielu przypadkach dzięki badaniom profilaktycznym jesteśmy w stanie wykryć stany przednowotworowe i zapobiec pojawieniu się nowotworu: tak jest m.in. w przypadku raka szyjki macicy czy raka jelita grubego.

Wciąż ogromnym problemem jest zbyt długi czas od podejrzenia raka do rozpoczęcia leczenia. Pacjent walczy z czasem. Co można zrobić, by skrócić czas do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia?

Temat tygodnia: Onkologia

Dla mnie szansą jest stworzenie sieci onkologicznej, której podstawą jest współpraca między ośrodkami.

Bardzo ważne jest też stworzenie wytycznych diagnostycznych i leczniczych: to już robimy. Najważniejsza jest jednak wspomniana współpraca, pozwalająca na przesyłanie danych pacjenta i przekazywanie go sobie między ośrodkami, gdy zachodzi taka potrzeba.

Krajowa Sieć Onkologiczna ma jednak zacząć obowiązywać dopiero w przyszłym roku. Jej wejście było zapowiadane na ten rok, tymczasem zostało odsunięte. Chorzy będą musieli jeszcze rok poczekać na optymalne leczenie?

Przede wszystkim muszę podkreślić, że odroczenie uruchomienia KSO nie działa na szkodę pacjentów! Wręcz przeciwnie. Myślę, że ten dodatkowy czas jest bardzo pomocny.

Współpraca między ośrodkami nie rodzi się po naciśnięciu klawisza „enter”. Musimy się poznać, nawiązać współpracę, choćby informatyczną, polegającą na przesyłaniu danych. Najważniejsze będzie jednak prze-

Temat tygodnia: Onkologia

konanie pacjenta, że nawet, jeśli będzie leczony w innym, mniejszym ośrodku, to według takich samych zasad i wytycznych, jak w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności. Pacjent musi mieć też pewność, że jeśli choroba nawróci, czy będzie miała bardziej skomplikowany przebieg, to zostanie skierowany szybką ścieżką do ośrodka, w którym takie leczenie będzie możliwe.

Ważna jest też współpraca z organizacjami pacjenckimi i z samymi pacjentami, by przekonać ich, że **SIEĆ JEST PO TO, BY MOGLI BYĆ DOBRZE LECZENI** jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie i ośrodki onkologiczne w dużych miastach nie są w stanie leczyć ogromnej i, niestety, rosnącej liczby pacjentów?

Temat tygodnia: Onkologia

Nie jesteśmy w stanie leczyć wszystkich pacjentów, choć bardzo byśmy chcieli. Część ośrodków już z nami współpracuje, chcemy tę współpracę rozszerzyć, by pacjenci byli dobrze leczeni, niezależnie od tego gdzie to leczenie ma miejsce. Dzięki współpracy będziemy mogli zadziałać sprawnie, jeśli okaże się, że pacjent ma rzadką postać nowotworu lub że konieczne jest bardziej skomplikowane leczenie i powinien być leczony w Narodowym Instytucie Onkologii.

Ten czas do kwietnia 2025 r., kiedy ma wejść Krajowa Sieć Onkologiczna, nie zostanie więc zmarnowany?

Ja nie uważam, że mamy „aż rok”. Mamy „tylko rok”.

To bardzo ważny czas na przygotowanie systemów informatycznych (do tej pory nie mamy wdrożonej e-karty DILO), zorganizowanie współpracy, wdrożenie niezbędnych zmian organizacyjnych w NIO, pozyskanie większej liczby koordynatorów, byśmy mogli razem z kolegami z innych ośrodków dążyć do szybkiej diagnostyki i jak najszybszego rozpoczęcia leczenia.

Temat tygodnia: Onkologia

Jednym z ważnych elementów w ramach KSO jest funkcja koordynatorów pacjenta, którzy mają go prowadzić, m.in., umawiać wizyty, kierować leczeniem. Czy w NIO już są koordynatorzy?

Tak, natomiast chcemy teraz nie tylko zwiększyć ich liczbę, ale też wzmacniać ich rolę. Wiemy, że chorym zgłaszającym się do diagnostyki często towarzyszy ogromny lęk, dlatego pierwszy kontakt z ośrodkiem musi być jak najbardziej przyjazny. Czasem to on wręcz decyduje o nastawieniu pacjenta do leczenia i jego dalszych losach. 

Temat tygodnia: Onkologia

*prof. Jan
Lubiński*



NOWE ODKRYCIE NA MIARĘ NOBLA?

Temat tygodnia: Onkologia

*Muszę przyznać szczerze, że to wszystko przerosło moje wszelkie wyobrażenia, jakie miałem na temat tego, co mogę osiągnąć, kiedy zaczynałem swoją pracę – mówi „Wprost” **PROF. JAN LUBIŃSKI, ŚWIATOWEJ SŁAWY GENETYK. TO ON WYMYŚLIŁ REJESTR NOWOTWORÓW RODZINNYCH I DZIĘKI NIEMU POWSTAŁA SIĘĆ ONKOLOGICZNYCH PORADNI GENETYCZNYCH. Teraz pracuje nad projektem, którego celem jest pokazanie, że można zniwelować ryzyko raka do zera.***



Rozmawiała **Katarzyna Świerczyńska**

Trudno zliczyć wszystkie sukcesy pana i pańskiego zespołu, jeśli chodzi o genetykę onkologiczną. W wielu kwestiach – i o tym zaraz porozmawiamy – był pan pierwszy na świecie. Proszę powiedzieć, od czego właściwie to wszystko się zaczęło?

Temat tygodnia: Onkologia

Musimy się cofnąć do lat 90. ubiegłego wieku i zdać sobie sprawę, że wtedy genetyka dopiero raczkowała. My nie mieliśmy pewności, że niektóre rodzaje nowotworów mogą być związane z konkretnymi mutacjami genetycznymi. Jednak na podstawie lektury dostępnych wówczas naukowych publikacji wysnułem przypuszczenie, że to jest kierunek, w którym należy iść, że nowotwory są genetycznie obudowane.

Co konkretnie miał pan wtedy na myśli? Wtedy przecież te geny nie były jeszcze zidentyfikowane.

Prof. Jan Lubiński

specjalista w dziedzinie patomorfologii oraz genetyki klinicznej, kierownik Katedry Onkologii i Zakładu Genetyki i Patomorfologii na Wydziale Lekarsko-Biotechnologicznym i Medycyny Laboratoryjnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych, konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej, członek Prezydium Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej PAN. W 2023 został uhonorowany Orłem Wprost w kategorii Osobowość Regionu.

Temat tygodnia: Onkologia

Tak jak powiedziałem, to było przypuszczenie, że jeśli to dokładnie sprawdzimy, to okaże się, że będzie dużo takich sytuacji, kiedy mutacje w pojedynczym genie będą przyczyną wysokiego ryzyka konkretnego nowotworu: raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego i w mniejszym stopniu, ale też innych nowotworów. Wymyśliłem wówczas m.in., aby stworzyć rejestr nowotworów rodzinnych.

Nikt tego przed panem nie zrobił.

I na początku spotkałem się też z krytyką. Nawet starsi koledzy trochę się z tych moich pomysłów wtedy naśmiewali. Ale po paru latach okazało się, że tworzenie rejestrów ma sens, bo kiedy o mutacjach genetycznych zaczęło się mówić szerzej, my mieliśmy już dużą bazę pacjentów i tym samym ogromny materiał do badań i po prostu mieliśmy gdzie szukać. W polskiej populacji dzięki temu udało się nam wykazać, że gen BRCA1, a potem inne geny, wykazują bardzo dużą powtarzalność, jeżeli chodzi o konkretne rodzaje zmian. Wykryliśmy tak zwane mutacje założeńskie, czyli specyficzny typ mu-

Temat tygodnia: Onkologia

tacji, które mają identyczną sekwencję odcinka DNA u wszystkich osób, które są nią dotknięte.

*A tu muszę dodać, że wtedy genetyka była bardzo kosztowna. Badanie BRCA1 i BRCA2 robione w Stanach Zjednoczonych kosztowało ponad 3 tysiące dolarów, więc proszę to sobie wyobrazić! A **NAM UDAŁO SIĘ OPRACOWAĆ SZYBKIE I TANIE TESTY, DZIĘKI KTÓRYM TE KOSZTY SPADŁY** do kilkudziesięciu euro!*

Nietrudno się domyślić, że dało to zupełnie nowe możliwości badawcze.

Przed wszystkim mogliśmy robić badania przesiewowe. W latach 1999-2001 zrealizowaliśmy dzięki temu pierwszy na świecie populacyjny program profilaktyczny genetyczno-onkologiczny. Objął on ponad 1,7 mln pacjentów w województwie zachodniopomorskim. Zbieraliśmy wówczas dane we współpracy z lekarzami rodzinnymi.

Temat tygodnia: Onkologia

I wszystkie te przypadki, gdzie w rodzinie był już rak piersi czy rak jajnika mogliśmy przebadać pod kątem obecności mutacji genu BRCA1. I nagle powstał ogromny rejestr pacjentek z tą właśnie mutacją. Wpadliśmy też na pomysł stworzenia sieci onkologicznych poradni genetycznych w całym kraju. Powstał system unikatowy w skali światowej! Jeśli dziś ktoś robi jakieś badania związane z mutacją BRCA1, ale też CHEK2, PALB2 i NBN, a więc tymi, które są częste w Polsce, to siłą rzeczy korzysta z naszych danych.

Co daje taki rejestr?

Z jednej strony to szansa dla tych pacjentów na wczesną diagnozę nowotworu i skuteczne leczenie. Z drugiej to baza naukowa, dzięki której jesteśmy ciągle zapraszani przez badaczy z całego świata do wspólnych prac...

I ostatnio głośno było o sukcesie pańskiego zespołu i wykryciu nowej mutacji w genie ATRIP.

Tymi badaniami kierował prof. Cezary Cybulski z naszego zespołu, genetyk z Zakładu Genetyki i Patomor-

Temat tygodnia: Onkologia

fologii PUM. To wszystko efekt naszych prób klinicznych, nieustannej pracy. Jako pierwsi na świecie okryliśmy nowe geny, w tym właśnie ATRIP, które są genami wysokiego ryzyka raka. Nie byłoby tego, gdyby nie sieć poradni i gdyby nie rejestry. Podkreślę: to geny odkryte w Polsce, u nas. Na bazie naszego materiału!

Jako pierwsi na świecie zaczęliśmy też leczyć kobiety z rakiem piersi cisplatyną.

Tak i jest to lek, który kosztuje jedynie 20 euro! Możemy je zastosować u kobiet, które mają mutację BRCA1. W 70 proc. guzy znikają i są pacjentki wyleczone. Gdybyśmy tak jeszcze zaczęli wyliczać, w czym jesteśmy pierwsi na świecie, to naprawdę dużo by się tego zebrało (śmiech). W naszych biobankach w zeszłym roku przekroczyliśmy z próbkami biologicznymi i danymi klinicznymi pół miliona osób z nowotworami i ich krewnych. A nasz ostatni hit to badania – które też już prowadzimy od ponad 25 lat – nad korelacją stężenia określonych pierwiastków a ryzykiem raków i wynikami leczenia raków.

Proszę o tym więcej opowiedzieć.

Temat tygodnia: Onkologia

Niezwykle ważne jest przypilnowanie stężenia selenu w surowicy i jeśli to jest zrobione, ryzyko zgonu osoby z nowotworem spada dziesięciokrotnie. Tak samo jest z poziomem cynku.

Odkryliśmy także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka raków, przynajmniej
U KOBIET W POLSCE, JEST STĘŻENIE ARSENU WE KRWI.

To nam tworzy niesamowite perspektywy optymalizowania tych wszystkich czynników. Bo jeśli ustabilizujemy te wszystkie cynki, arsenty i seleny to nam spadnie kilkukrotnie ryzyko nowotworów i zgonów Polsce.

Mówimy o sukcesach naukowych, ale za nimi też stoją też realne historie pacjentów. Znam kilka kobiet, które są objęte opieką w ramach opracowanego przez pana programu i one mówią wprost, że dzięki temu żyją, bo nowotwory udało się wykryć na bardzo wczesnym etapie. Domyślam się, że to daje ogromną satysfakcję?

Temat tygodnia: Onkologia

Po to przecież to wszystko robimy, ja zresztą niemal każdego dnia konsultuję u siebie nawet po kilkudziesięciu pacjentów.

Jednocześnie ciągle mam poczucie, że jeszcze nie wykorzystujemy całego potencjału, że jeszcze bardzo dużo przed nami.

Program opieki nad rodzinami z genetyczną predyspozycją raka wymyśliłem w 1998 roku, rok później udało się to wdrożyć. Dzięki temu w tej chwili mamy w Polsce kilkanaście tysięcy kobiet z grupy wysokiego ryzyka raków piersi, raka jelita grubego i raka jajnika.

*One wszystkie są pod naszą opieką, a dokładnie onkologicznych poradni genetycznych. Muszę przyznać szczerze, że **TO WSZYSTKO PRZEROSŁO MOJE WSZELKIE WYOBRAŻENIA, JAKIE MIAŁEM NA TEMAT TEGO, CO MOGĘ OSIĄGNAĆ**, kiedy zaczynałem swoją pracę.*

Temat tygodnia: Onkologia

Może nawet za dużo dobrego się wydarzyło, jak na jednego człowieka, takiego jak ja...

A dlaczego został pan lekarzem?

Byłem takim dzieckiem grzecznym, które się uczyło dobrze, zawsze czułem potrzebę robienia nowych rzeczy, ciągle tworzyłem jakieś projekty. Na uczelni również dużo się uczyłem, byłem bardzo aktywny w kołach naukowych. Wiedziałem, że medycyna da mi bardzo szerokie możliwości – zarówno robienia rzeczy bardzo praktycznych, jak i typowej pracy naukowej. I nie myliłem się. To wszystko, o czym mówimy, to też taki splot cech człowieka, który woli pracować, zamiast bawić się czy leżeć na plaży. Bo muszę też podkreślić – swoją pracę po prostu kocham, nie męczę się, przychodzę do pracy z ogromną przyjemnością. I cały nasz zespół taki jest. Razem osiągamy to wszystko.

Jakie macie plany? Bo domyślam się, że nie spoczywacie na laurach.

Obecnie przygotowujemy duży projekt związany z pierwiastkami, chcemy jako pierwsi na świecie poka-

Temat tygodnia: Onkologia

zać, że jeżeli u kobiety z mutacją BRCA1, będziemy poprzez dietę pilnowali poziomu arsenu, cynku i seleniu, to ryzyko raka niemal wyzerujemy. Drugi plan to pokazanie, że nawet jeżeli kobieta zachoruje na raka, to dzięki zoptymalizowaniu stężeń pierwiastków skutecznie poprawimy rokowanie.

”*Taki mój cel, najważniejszy, to **POKAZANIE, ŻE NIE TRZEBA SIĘ BAĆ MUTACJI, ŻE MAMY SPOSOBY, ABY SOBIE Z TYM PORADZIĆ** – sposoby nieokaleczające, nietraumatyzujące.*

Mówiąc jeszcze inaczej: nasze założenie jest takie, że chcemy pokazać, że jesteśmy w stanie 80-procentowe ryzyko wystąpienia raka zminimalizować do zera. A jeśli zrobimy to przy nowotworach, to jest ogromne prawdopodobieństwo, że ta sama zasada zadziała przy innych chorobach genetycznych.

Pana naukowe marzenie?

Temat tygodnia: Onkologia

Żeby ludzie byli skutecznie chronieni, żeby nie chorowali niepotrzebnie. A jeśli już zachorują, to żeby byli z tego skutecznie wyprowadzani.

Myśli pan o pacjentach, ale czy rzeczy, które pan mówi o niwelowaniu ryzyka raka do zera, to nie są odkrycia na miarę Nagrody Nobla?

Nie myślę w tych kategoriach, ale wie pani co? Proszę do mnie zadzwonić za rok, to wtedy może będziemy już wszystko wiedzieć. 

Temat tygodnia: Onkologia



NOWE NADZIEJE DLA KOBIET Z RAKIEM ENDOMETRIUM

Temat tygodnia: Onkologia

*Od kilku lat w Polsce widać bardzo niepokojący trend: **CORAZ WIĘCEJ KOBIET UMIERA Z POWODU RAKA ENDOMETRIUM. SYTUACJA MOŻE SIĘ JEDNAK ZMIENIĆ DZIĘKI PRECYZYJNEJ DIAGNOSTYCE** wykonywanej przed rozpoczęciem leczenia i zakwalifikowaniu pacjentek do odpowiedniej terapii. Dla wielu kobiet w zaawansowanym stadium lub wznową choroby szansą może być immuno-terapia.*



Tekst: **Katarzyna Pinkosz**

Rak endometrium (trzonu macicy) to najczęstszy nowotwór ginekologiczny: co roku w Polsce ok. 6 tys. kobiet słyszy taką diagnozę. Przez wiele lat był uważany za stosunkowo dobrze rokujący, przede wszystkim dlatego, że nawet w 90 proc. przypadków był rozpoznawany we wczesnym sta-

Temat tygodnia: Onkologia

dium. W odróżnieniu od innych nowotworów zwykle już we wczesnym stadium powoduje objawy (np. nietypowe, przedłużające się krwawienia oraz krwawienia po menopauzie). Zwykle skłaniają one kobietę do wizyty u ginekologa.

– Od ponad 10 lat mamy bardzo niepokojące zjawisko: po okresie spadku umieralności widać ponowny jej wzrost.

”W pozostałych nowotworach **WIDĄĆ W POLSCE SPADEK UMIERALNOŚCI, RAK ENDOMETRIUM JEST POD TYM WZGLĘDEM EWENEMENTEM.** Bardzo nas ta sytuacja niepokoi – mówi prof. Joanna Didkowska, kierownik Krajowego Rejestru Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii. Obecnie co roku w Polsce z powodu raka endometrium umiera ok. 1800 kobiet.

Temat tygodnia: Onkologia

Jest szansa, że w najbliższym czasie ten niepokojący trend odwróci się. Już dziś wiadomo, że rokowanie pacjentek jest w dużym stopniu uwarunkowane podtypem molekularnym raka endometrium. Podjęte leczenie powinno być więc uzależnione nie tylko od stopnia zaawansowania nowotworu, ale też od podtypu molekularnego. Wyniki badań klinicznych pokazały też, że dla części pacjentek z zaawansowanym rakiem endometrium szansą jest immunoterapia, optymalnie zastosowana już w pierwszej linii zaawansowanego raka jajnika. Pierwszy lek w tym wskazaniu został już zarejestrowany przez Europejską Agencję Leków.

Precyzyjna diagnostyka przed rozpoczęciem leczenia

W przypadku raka piersi czy raka płuca nie rozpoczyna się leczenia, zanim nie zostanie postawione dokładne rozpoznanie, z jakim podtypem nowotworu ma się do czynienia. Do niedawna rak endometrium był traktowany jako jeden nowotwór, obecnie wiadomo, że można

Temat tygodnia: Onkologia

wyróżnić cztery jego podtypy, różniące się rokowaniem, co powoduje, że ich leczenie powinno wyglądać inaczej. Dlatego dokładna diagnostyka molekularna powinna być wykonana od razu po potwierdzeniu nowotworu.

– Rak endometrium jest zwykle wcześniej diagnozowany, gdy kobieta zgłasza się do ginekologa z powodu nieprawidłowego krwawienia. Dość łatwo uzyskujemy materiał do badań histopatologicznych, ale też molekularnych: zwykle dzięki histeroskopii. Jeśli zostanie potwierdzony nowotwór, to od razu powinno się wykonać badania molekularne i określić jeden z czterech podtypów nowotworu. Konieczne są też badania obrazowe.

*Wyniki mają wpływ zarówno na **ZAKRES PRZEPROWADZANEJ OPERACJI,** JAK NA SPOSÓB LECZENIA PO ZABIEGU OPERACYJNYM* – mówi prof. Radosław Mądry, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Temat tygodnia: Onkologia

– Ok. 8-10 proc. przypadków raka endometrium to tzw. podtyp POLE; najlepiej rokujący. W jego przypadku może nie być konieczne leczenie pooperacyjne, gdyż ryzyko wznowy jest minimalne. Dobrze rokującym jest też podtyp dMMR (z tzw. niestabilnością mikrosatelitarną, czyli zaburzeniami naprawy niedopasowań par zasad). To tzw. raki gorące, związane z dużym naciekiem limfocytów T; są one bardziej widoczne dla układu immunologicznego. Rokowanie jest lepsze niż w przypadku nowotworów „zimnych”, niewidocznych dla układu odpornościowego: to z kolei dwa trudniej rokujące raki endometrium związane z mutacją w genie P53 – zaznacza prof. Paweł Blecharz, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii, Oddział w Krakowie.

Jeśli badania molekularne wskazują na wysokie ryzyko nawrotu, konieczne jest leczenie pooperacyjne – radioterapia, a czasami również chemioterapia, by zmniejszyć ryzyko wznowy.

Temat tygodnia: Onkologia

Nowe wskazania dla immunoterapii

U niektórych kobiet już w momencie postawienia diagnozy rak endometrium znajduje się w stadium zaawansowanym; części dochodzi do wznowy, mimo leczenia. Do niedawna w takich przypadkach można było zastosować tylko chemioterapię. Wyniki badań wykazały jednak, że – szczególnie w przypadku raka endometrium ze stwierdzonymi zaburzeniami naprawy niesparowanych zasad (dMMR) lub niestabilnością mikrosatelitarną (MSI) – skuteczniejszym leczeniem będzie połączenie immunoterapii z chemioterapią.

*Od września 2023 roku w Polsce w programie lekowym w drugiej linii leczenia (i kolejnych), **PO NIEPOWODZENIU CHEMIOTERAPII MOŻNA ZASTOSOWAĆ DOSTARLIMAB, JAKO KOLEJNĄ LINIĘ LECZENIA** raka endometrium.*

Temat tygodnia: Onkologia

Ten podtyp raka endometrium ma nawet do 30 proc. kobiet. – Jego cechą jest duża immunogenność, czyli zdolność do generowania odpowiedzi immunologicznej. Pacjentki mogą odnieść wyraźną korzyść z leczenia immunologicznego. Immunoterapia w raku endometrium jest przyszłością i będzie dotyczyć coraz szerszej grupy chorych – zaznacza prof. Blecharz.

W 2023 Europejska Agencja Leków zarejestrowała nowe wskazanie dla dostarlimabu, na podstawie wyników badania klinicznego RUBY. Wykazały one korzyści z podawania dostarlimabu, w połączeniu z chemioterapią, u pacjentek z zaburzeniami naprawy niesparowanych zasad lub niestabilnością mikrosatelitarną już w pierwszej linii leczenia zaawansowanego raka: w przypadku wykrycia raka w stadium zaawansowania lub w przypadku wznowy choroby.

– Podawanie dostarlimabu w połączeniu z chemioterapią na tym wczesnym etapie redukuje aż o 70 proc.

Temat tygodnia: Onkologia

ryzyko progresji choroby. To bardzo istotna różnica statystyczna, ważna również z czysto ludzkiego punktu widzenia: u tych pacjentek możemy dzięki leczeniu przez długi czas kontrolować chorobę i znacznie zmniejszyć ryzyko wznowy – dodaje prof. Lubomir Bodnar, kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej i Radioterapii w Siedleckim Centrum Onkologii.

Na możliwość stosowania takiego leczenia już w pierwszej linii czekają też pacjentki. – Rejestracja w pierwszej linii dostarlimabu jest dla nas ogromna radością.

W onkologii już wiele nowych terapii udało się przesunąć do pierwszej linii.

PACJENT DOBRZE LECZONY JUŻ W PIERWSZYM ETAPIE TO PACJENT,

KTÓRY DUŻO LEPIEJ SIĘ LECZY, generuje mniej kosztów pośrednich, wymaga mniej opieki.

Temat tygodnia: Onkologia

Bardzo cieszyłybyśmy się, gdyby w Polsce była jak najszybciej możliwość takiego leczenia – mówi Anna Kupiecka, prezes Fundacji OncoCafe Razem Lepiej.

Przestrzeganie zaleceń plus nowe skuteczne leczenie

Ryzyko zachorowania na raka endometrium jest znacznie większe u osób z otyłością, dlatego bardzo ważne jest utrzymywanie prawidłowej masy ciała i aktywność fizyczna. Nie można zapominać o regularnych wizytach u ginekologa (także po menopauzie) i nie zwlekać z wizytą, jeśli pojawi się nietypowe krwawienie lub krwawienie po menopauzie. W przypadku stwierdzenia raka endometrium jeszcze przed wykonaniem operacji powinno się sprawdzić profil molekularny nowotworu (a jeśli nie zostało to wykonane, to trzeba to zrobić z materiału operacyjnego).

– Ważne jest też, żeby była możliwość stosowania nowych, skutecznych leków, gdy stają się one dostępne. Na dziś jest to immunoterapia już w pierwszej linii le-

Temat tygodnia: Onkologia

czenia dla części pacjentek. Diagnostyka i odpowiednie leczenie może zmienić „reguły gry” w tym nowotworze, który zbyt często usypia naszą czujność, gdyż jest rozpoznawany wcześniej – mówi prof. Jacek Sznurkowski z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pod którego kierownictwem powstawały nowe zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej leczenia raka endometrium. 

Temat tygodnia: Onkologia

*prof.
Lubomir
Bodnar*



TO NIE JEST JEDEN RAK

Temat tygodnia: Onkologia

*Ten rak to ewenement: **NAWET W 90 PROC. PRZYPADKÓW JEST WCZEŚNIE ROZPOZNANY, A MIMO TO CZĘSTO ZABIJA POLKI.** Nie można rozpoczynać jego leczenia bez dokładnej diagnostyki, również molekularnej. Pojawiają się też nowe opcje leczenia, w tym immunoterapia dla kobiet z zaawansowanym nowotworem – **MÓWI PROF. LUBOMIR BODNAR, ONKOLOG KLINICZNY,** dyrektor Siedleckiego Centrum Onkologii, kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej i Radioterapii w Siedleckim Centrum Onkologii*



Rozmawiała **Katarzyna Pinkosz**

Co roku ok. 6 tys. kobiet w Polsce zachorowuje na raka endometrium, a ok. 1800 z tego powodu umiera. Na jakie niepokojące objawy kobieta powinna zwrócić uwagę, by szybko go zdiagnozować?

Temat tygodnia: Onkologia

Objawy bardzo często są odczuwalne już na wczesnym etapie choroby: to nieprawidłowe krwawienia międzymiesiączkowe, przedłużające się krwawienia miesiączkowe, a przede wszystkim pojawienie się krwawienia po menopauzie. Każde krwawienie po menopauzie jest bezwzględnym wskazaniem, by iść do ginekologa i diagnozować przyczynę.

Na szczęście rak endometrium (trzonu macicy) daje objawy już na wczesnym etapie rozwoju choroby.

OK. 90 PROC. KOBIET ODCZUWA OBJAWY JUŻ W PIERWSZYM ETAPIE CHOROBY. *To ewenement; w innych nowotworach nie pojawiają się tak wcześnie dolegliwości, które są alarmujące.*

Czy w przypadku raka endometrium zawsze pojawia się krwawienie?

Niestety, nie. Wyjątkami są podtypy surowicze raka trzonu macicy. Jest ich mniej, jednak w tym przypadku

Temat tygodnia: Onkologia

nie występują krwawienia. Dlatego ważne są badania kontrolne, ginekologiczne. Jednak u zdecydowanej większości kobiet takim niepokojącym sygnałem są nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych. Rozpoznanie we wczesnym stadium, odpowiednie leczenie, dopasowane do pacjentki, daje szansę na wyleczenie.

Z jednej strony są więc duże szanse na wyleczenie, z drugiej – statystyki pokazują, że w Polsce ok. 1/3 kobiet umiera z powodu tego nowotworu. Analizy Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że jesteśmy ewenementem, gdyż w innych krajach śmiertelność spada, a w Polsce rośnie.

Mamy nadzieję, że to niedługo się zmieni. Od kilku lat wiemy, że nie jest to jeden podtyp raka endometrium. Dopiero niedawno udało nam się stworzyć narzędzia do wykonywania bardzo dokładnego profilowania molekularnego w tym nowotworze. Dzięki temu jesteśmy w stanie stwierdzić, jaki podtyp raka endometrium ma pacjentka i właściwie dobrać dla niej leczenie.

Temat tygodnia: Onkologia

Jak powinna wyglądać prawidłowa ścieżka postępowania, jeśli chodzi o diagnostykę i leczenie?

Jeśli pacjentka ma nieprawidłowe krwawienia, powinna przyjść do ginekologa. Najpierw konieczna jest diagnostyka – rozpoznanie histopatologiczne, które pokaże, że faktycznie mamy do czynienia z rakiem trzonu macicy. Kolejny etap to tzw. diagnostyka pogłębiona, która polega na przeprowadzeniu badań obrazowych – tomografii klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy małej oraz rezonansu miednicy małej (jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych do badania), by zobaczyć, jakie jest zaawansowanie nowotworu. Z tkanek pobranych do wstępnego diagnozowania może być też wykonana diagnostyka molekularna. Następnie powinno być zorganizowane konsylium onkologiczne, podczas którego ginekolog, ginekolog-onkolog wraz onkologiem klinicznym i radioterapeutą i pacjentką podejmują decyzję, jaki typ leczenia będzie najbardziej odpowiedni.

Najczęściej na początku jest wykonywana operacja chirurgiczna?

Temat tygodnia: Onkologia

Tak; praktycznie u wszystkich pacjentek zawsze zastanawiamy się, czy możemy wykonać operację chirurgiczną. Jest ona bardzo często wykonywana nawet, jeśli nowotwór jest już zaawansowany, doszło do rozsiewu choroby. Zdecydowana większość pacjentek powinna trafić na leczenie operacyjne, jeśli nie ma do tego przeciwwskazań. Alternatywnie u wybranych podgrup pacjentek można stosować radioterapię radykalną.

Po takim leczeniu pacjentka powinna ponownie stanąć na konsylium onkologicznym, gdzie po analizie wyników pooperacyjnych **OCENIAMY ZAAWANSOWANIE CHOROBY W OPARCIU O PARAMETRY HISTOPATOLOGICZNE I BIOLOGICZNE** *z badań molekularnych.*

To pokazuje nam, do jakiej grupy rokowniczej należy pacjentka i co powinniśmy jej zaproponować w leczeniu uzupełniającym.

*Temat tygodnia: Onkologia***Leczenie uzupełniające zależy nie tylko od stopnia zaawansowania choroby, ale też od profilu molekularnego?**

Tak. W przypadku niektórych pacjentek, o dobrym rokowaniu, leczenie uzupełniające może nie być konieczne: nawet ok. 10 proc. kobiet może nie otrzymać żadnego leczenia. Druga grupa – o pośrednim ryzyku rokowniczym – wymaga podawania radioterapii; czasem jest to tylko radioterapia miejscowa (brachyterapia). Jest też grupa pacjentek, mających złe rokowania, w przypadku których konieczne jest zastosowanie zarówno radioterapii, jak chemioterapii, co poprawia wyniki leczenia.

U kilkunastu procent kobiet choroba jest jednak bardzo zaawansowana już w momencie diagnozy, są przerzuty odległe. W takim przypadku podaje się leczenie systemowe. Bardzo ważne jest profilowanie molekularne, ponieważ pokazuje ono, z jakim podtypem raka endometrium mamy do czynienia, który możemy leczyć w sposób zróżnicowany. To już nie jest jeden ro-

Temat tygodnia: Onkologia

dziej chemioterapii. Mamy również możliwość stosowania innych leków, jak choćby hormonoterapii czy radiochemioterapii.

U niektórych kobiet dochodzi do nawrotu choroby. Tu już dziś są możliwe bardziej spersonalizowane opcje leczenia?

W tym przypadku również kluczowe znaczenie ma profilowanie molekularne – mamy już dziś leki ukierunkowane molekularnie dla pewnych grup pacjentek. Duże znaczenie ma np. ocena receptora HER-2, podobnie jak w raku piersi.

*Mamy leki ukierunkowane molekularnie, które **ZASTOSOWANE W SUROWICZYM HER-2 DODATNIM RAKU ENDOMETRIUM PODWAJAJĄ EFEKTYWNOŚĆ LECZENIA.** Takie leczenie jest już w Polsce dostępne, tylko trzeba wiedzieć, że kobieta ma ten podtyp raka.*

Temat tygodnia: Onkologia

Dostępne jest już również w Polsce leczenie ukierunkowane u pacjentek z zaburzeniami naprawy niesparowanych zasad (dMMR) lub niestabilnością mikrosatelitarną (MSI). Od września 2023 r. w tym wskazaniu jest już w Polsce dostępny dostarlimab – dla pacjentek, które mają wznowę choroby, po chemioterapii.

W ubiegłym roku opublikowano jednak wyniki czterech dużych badań randomizowanych; w każdym z nich oceniono, że ta grupa pacjentek może mieć o 60-70 proc. zredukowane ryzyko progresji choroby, w przypadku zastosowaniu immunoterapii na wcześniejszym etapie.

W Europie mamy już pierwszy lek (dostarlimab), który został zarejestrowany w leczeniu pierwotnie zaawansowanego lub nawracającego raka endometrium z dMMR/MSI. W połączeniu z chemioterapią w badaniu RUBI wykazał on 70-procentową redukcję progresji choroby.

Oznacza to, że ten lek warto stosować wcześniej, już w pierwszej linii?

Temat tygodnia: Onkologia

Bardzo dobrze, że pacjentki w Polsce mogą otrzymać ten lek w drugiej linii, jednak dziś już wiemy, że zastosowanie go wcześniej, w pierwszej linii, będzie skuteczniejsze.

Dla tej grupy kobiet mamy już bardzo efektywne leczenie w pierwszej i drugiej linii. Lek stosuje się do progresji choroby.

Patrząc na niekorzystne statystyki w Polsce: jakie działania rekomendowałby Pan, by mniej kobiet w Polsce umierało z powodu tego nowotworu?

Oczywiście, najważniejsza jest profilaktyka (czynnikiem ryzyka jest m.in. otyłość, dlatego warto pamiętać o prawidłowej masie ciała). Druga rzecz to wczesne wykrywanie, które jest możliwe. Trzecia to zmiany organizacyjne: wykonywanie badań molekularnych. Czwarta to oczywiście możliwość stosowania najbardziej skutecznych leków dla poszczególnych grup pacjentek, w tym immunoterapii, na odpowiednim etapie.

Temat tygodnia: Onkologia

Jeśli chodzi o diagnostykę molekularną, to dziś **MAMY JUŻ MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ MOLEKULARNYCH;** właściwie w każdym ośrodku jest to finansowane.

Skoro tak, to dlaczego takie badania nie zawsze są realizowane?

Myślę, że może to wynikać z tego, że wszystkie ośrodki otrzymują mniej więcej podobne środki za wykonanie zabiegu chirurgicznego. Taka operacja może być więc wykonana w szpitalu rejonowym, wojewódzkim i wysoko specjalistycznym. Już przed operacją powinniśmy wiedzieć, z jakim typem molekularnym nowotworu mamy do czynienia oraz czy operacja ma polegać tylko na wycięciu samego narządu rodniego, czy również węzłów chłonnych, węzłów wartowniczych. Niestety, dość często trafiają do nas pacjentki po operacji wycięcia narządu rodniego, ale bez oceny węzłów chłonnych. W toku dodatkowej diagnostyki okazuje się, że to był

Temat tygodnia: Onkologia

podtyp źle rokującego raka i powinny być usunięte również węzły chłonne.

*Idealnie byłoby, **ŻEBY DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA BYŁA WYKONANA PRZED OPERACJĄ.** Jest to możliwe: podobnie dzieje się już w raku piersi.*

W raku piersi nie rozpoczyna się już dziś leczenia, jeśli nie znamy dokładnie charakterystyki biologicznej guza. W raku endometrium też tak powinno być. Myślę, że kluczem jest to, żeby zróżnicować poziom płatności za zabiegi – powinien on być wyższy w przypadku wykonania diagnostyki i lepszego przeprowadzenia pacjentki przez ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. 

Temat tygodnia: Onkologia

*dr n. med.
Paweł Wisz*



UMIEJĘTNOŚCI LEKARZA SĄ KLUCZOWE

Temat tygodnia: Onkologia

O TYM, JAKIE ZNACZENIE MA WYBÓR OŚRODKA STOSUJĄCEGO METODY ROBOTYCZNE W LECZENIU CHORÓB PROSTATY i o ważności szkolenia specjalistów posługujących się tymi nowoczesnymi narzędziami **MÓWI DR N. MED. PAWEŁ WISZ**, kierownik Centrum Chirurgii Robotycznej Neo Hospital w Krakowie.

Rozmawiała **Zofia Szkarłat**

Chirurgia robotyczna w leczeniu raka prostaty stała się właściwie normą. Coraz więcej ośrodków w Polsce, obecnie także publicznych, inwestuje w nowoczesne urządzenia, takie jak robot da Vinci. Ile obecnie takich systemów działa naszym kraju?

Obecnie w Polsce działa już ponad 40 systemów robotycznych. Korzyści płynące ze wsparcia robotów chirurgicznych stały się powszechnie akceptowane, zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów. Obecnie na świe-

Temat tygodnia: Onkologia

cie przeprowadza się przy ich użyciu ponad 200 różnych typów zabiegów chirurgicznych, co ilustruje rosnącą rolę technologii w dziedzinie medycyny.

”**W 2023r. 55% ZABIEGÓW RAKA PROSTATY ZOSTAŁO WYKONANYCH Z WSPARCIEM ROBOTA CHIRURGICZNEGO.** *To znaczący postęp.*

Dostępność do zabiegów z wykorzystaniem robota w Polsce poprawiała się znacząco, gdyż chorzy z rakiem prostaty mają zagwarantowane refundowane leczenie z użyciem robota w ramach NFZ już od 1 kwietnia 2022 roku. Od 1 sierpnia 2023 finansowane są również zabiegi raka błony śluzowej macicy oraz raka jelita grubego.

Ten kierunek rozwoju to trend globalny. Ilość zabiegów wykonywanych na świecie z użyciem robotów rośnie w tempie 27% rok do roku, przy jednoczesnym spadku operacji otwartych.

Temat tygodnia: Onkologia

Lepsza dostępność a także większa świadomość pacjentów, dotycząca nowoczesnych metod leczenia, sprawia, że szukają oni ośrodków oferujących właśnie takie metody. Na co powinni zwracać uwagę podczas wyboru szpitala?

Trzeba podkreślić, że kluczowy jest nie tylko nowoczesny sprzęt, ale przede wszystkim umiejętności specjalisty, który się nim posługuje. Robot jest tylko narzędziem, którym operuje lekarz.

Specjaliści posługujący się robotem posiadają wprowadzone certyfikaty wydawane przez producentów tych systemów (obecnie posiada je w Polsce około 100 chirurgów), jednak taka certyfikacja jest jedynie warunkiem dopuszczającym do pracy z tym narzędziem. Nie jest natomiast wyznacznikiem osiągnięcia odpowiedniego poziomu umiejętności klinicznych.

Czy jego wyznacznikiem jest liczba wykonywanych zabiegów?

Nie zawsze, chociaż ona też jest ważna. W Polsce ciągle niewielu jest specjalistów wykonujących ponad 150

Temat tygodnia: Onkologia

zabiegów rocznie, co jest normą za granicą. Poza tym ważna jest nie tylko liczba zabiegów, ale także ich jakość. Niestety, nie ma w naszym kraju standardów, biorących pod uwagę efektywność wykonywanych procedur, której miarą jest stan zdrowia pacjenta, jego samopoczucie i funkcjonowanie.

Skuteczność zabiegu jest efektem doświadczenia wykonującego, dlatego

WAŻNE JEST, ABY WRAZ ZE WZROSTEM LICZBY SYSTEMÓW ROBOTYCZNYCH W SZPITALACH ROZWIJAŁO SIĘ RÓWNIEŻ SZKOLENIE KADR *i powstawały centra szkoleniowe.*

W Europie jest ich ponad 20 i działają od wielu lat, w Polsce na razie nie ma ani jednego.

W roku 2022 w Polsce przeprowadzono 3000 zabiegów przy użyciu systemu robotycznego. Ile ich było w roku 2023?

Temat tygodnia: Onkologia

W ubiegłym roku tych zabiegów wykonano ponad 7 tysięcy. Według szacunków systemy chirurgiczne mogą znaleźć zastosowanie w około 30% z 20 mln rokrocznie wykonywanych na całym świecie zaawansowanych procedur chirurgicznych.

Jak wygląda taki zabieg przy użyciu systemu robotycznego?

Zabieg polega na tym, że wykonuje się sześć minimalnych nacięć w powłokach brzusznych pacjenta, przez które wprowadzane są, tzw. trokary. W ich wnętrzu umieszczona jest kamera oraz minimalnej wielkości narzędzia chirurgiczne, które są przymocowane do ramion robota. Chirurg przeprowadzający zabieg nie stoi przy stole operacyjnym, ale siedzi za specjalną konsolą, za pomocą której steruje ramionami robota.

Oczywiście, to nie robot wykonuje operację, ale pozostaje ona w rękach chirurga i zespołu operacyjnego, a wykorzystywane urządzenie jest wyłącznie narzędziem wspomagającym pracę podczas tak skompliko-

Temat tygodnia: Onkologia

wanych zabiegów jak usunięcie raka prostaty, czyli prostatektomii.

Co daje operatorowi i pacjentowi użycie robota?

Operacja z wykorzystaniem robota umożliwia bardzo dobrą wizualizację pola operacyjnego wielkości 2-5 cm, nawet w 10-krotnym powiększeniu. Istotna jest wielkość narzędzi chirurgicznych, znajdujących się na ramionach robota, które nie przekraczają 0,80 cm i mają zakres ruchomości 560 stopni. To wszystko sprawia to, że operacja z użyciem robota ma istotną przewagę nad operacjami laparoskopowymi czy otwartymi.

Chirurg, używając systemu robotycznego, może sprawnie poruszać się w wąskich przestrzeniach, ale również precyzyjnie wyłuskać tkanki zajęte przez nowotwór milimetr po milimetrze, co w efekcie w połączeniu z jego umiejętnościami i doświadczeniem przesądza o wartości zabiegu dla pacjenta, w tym czystości onkologicznej zabiegu, jak również jakości życia po zabiegu. Precyzyjne wypreparowanie zwieracza pozwala

Temat tygodnia: Onkologia

na uniknięcie nietrzymania moczu po operacji a zachowanie pęczków nerwowo-naczyniowych na utrzymanie funkcji seksualnych, co jest istotne zwłaszcza, jeśli raka prostaty stwierdzamy u młodszych mężczyzn, w wieku 50 czy nawet 40 lat.

Ważne jest także, że **PACJENCI PO ZABIEGU PROSTATEKTOMII Z WYKORZYSTANIEM ROBOTA ODCZUWAJĄ MNIEJSZE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE,** przechodzą krótszą rekonwalescencję, krócej przebywają w szpitalu.

Czy skuteczność metody robotycznej potwierdzają badania naukowe?

Jest wiele takich badań w przestrzeni ostatnich 20 lat pojawiło się ponad 38 000 prac naukowych, na przykład w publikacji podsumowującej badania i efekty leczenia pacjentów z zaawansowanym miejscowo rakiem prostaty w latach 2015-2018, która ukazała się w sierp-

Temat tygodnia: Onkologia

niu 2020 roku w prestiżowym piśmie *European Urology*, potwierdzono przewagę operacji z wykorzystaniem robota nad innymi technikami operacyjnymi takimi jak laparoscopia i chirurgia otwarta.

Przytoczone tam dane statystyczne dotyczące wyników pooperacyjnych wykazały, że w grupie 80 pacjentów, tylko 11 wymagało dalszego leczenia (radioterapii i/lub hormonoterapii), czyli w większości przypadków udało się osiągnąć czystość onkologiczną i usunąć wszystkie komórki rakowe.

W krakowskim Szpitalu na Klinach spółki Neo Hospital stosowana jest między innymi metoda „Col-lar”, która minimalizuje ryzyko pooperacyjnego pozostawienia komórek nowotworowych, tzw. dodatnich marginesów...

Badania dowodzą, że metoda ta jest niezwykle skuteczna. Przy jej zastosowaniu w przypadku nowotworu ograniczonego tylko do prostaty nie było w ogóle przypadków z dodatnim marginesem w okolicy szczytu prostaty (tzn. uzyskana została czystość onkologiczna, rak

Temat tygodnia: Onkologia

został usunięty), a w grupie kontrolnej, czyli w przypadku zastosowania innej techniki było to 8,9 procent.

”*W przypadku zaawansowanego miejscowo nowotworu, w przypadku jego nacieku na pęcherzyki nasienne **KOLEJNE BADANIA POTWIERDZIŁY LEPSZE REZULTATY OPERACJI Z WYKORZYSTANIEM ROBOTA** w porównaniu do tradycyjnych metod.*

Warto podkreślić, że operacje robotyczne często bywają jedyną możliwością leczenia w przypadku pacjentów, którzy zostali zdyskwalifikowani z leczenia operacyjnego innymi metodami. Mamy takich pacjentów w Szpitalu na Klinach, są to zwykle pacjenci po innych, wcześniej wykonywanych zabiegach w obrębie jamy brzusznej, u których pojawiły się liczne zrosty utrudniające dotarcie do pola operacyjnego tradycyjnymi metodami. System robotyczny umożliwia wykonanie

Temat tygodnia: Onkologia

zabiegu usunięcia prostaty, podczas którego wykonywane jest także odpreparowanie zrostów po poprzednich procedurach.

Rocznie wykonuje pan około 450 takich operacji. Doświadczenie zdobywał pan w miarę ich wykonywania, uczestniczył pan też w szkoleniach w zagranicznych ośrodkach. W jaki sposób chirurgia robotyczna zmieniła metody szkolenia lekarzy?

Robotyka wręcz zrewolucjonizowała sposób szkolenia lekarzy. Tradycyjna metoda szkolenia oparta jest na kontakcie lekarza z mentorem, który przekazuje mu swoją wiedzę, a lekarz uczy się od niego, wykonując zabiegi. Obecnie w centrach szkoleniowych działają symulatory, pozwalające zweryfikować umiejętności operatora, zanim zacznie on wykonywać operacje u pacjentów.

Takie szkolenie można porównać do szkolenia pilotów, którzy muszą opanować konieczne procedury za pomocą symulatorów zanim będą mogli przejąć odpowiedzialność za setki pasażerów. W ich trakcie można

Temat tygodnia: Onkologia

wykryć błędy, jakie popełnia lekarz i je skorygować. Kolejnym etapem jest szkolenie w certyfikowanych ośrodkach posiadających odpowiednią ilość doświadczeń oraz robota, z zestawem dwóch konsoli. Przy drugiej konsoli siada mentor, który na bieżąco koryguje ruchy szkolącego się.

Nowy **SYSTEM SZKOLEŃ JEST ZWALIDOWANY I OPARTY NA ZASADZIE PROFICIENCY-BASED PROGRESSION**, *czyli treningu postępów w oparciu o biegłość.*

W tym celu operacja podzielona została na etapy, do których przypisana jest określona metodologia. Dokonywana jest obiektywna ocena efektów kształcenia. Dzięki temu szkoleni w ten sposób lekarze są doskonałymi fachowcami i mogą skutecznie pomagać pacjentom.

Nowe programy nauczania stały się przedmiotem badań naukowych i zostały poddane weryfikacji, dla-

Temat tygodnia: Onkologia

tego dysponujemy obecnie materiałami, które pokazują efektywność nowego podejścia. W jednej z najnowszych publikacji dokonano metaanalizy wyników (JAMA Surg. Published online September 15, 2021. doi:10.1001/jamasurg.2021.4414). Wynika z nich, że w porównaniu do szkolenia tradycyjnego, uczestnicy treningu opartego na biegłości (proficiency based progression – PBP) uzyskiwali o wiele lepsze wyniki. Ten sposób szkolenia spowodował zmniejszenie liczby błędów wykonawczych aż o 60 procent i skrócił czas zabiegu o 15 procent. Natomiast liczba poprawnie wykonywanych kroków w procedurze zabiegowej była większa o 47 procent.

Jako członek zarządu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego – Sekcja Robotyczna (ERUS) odpowiadam właśnie za opracowywanie i wdrażanie tych nowych programów szkoleniowych. 

Temat tygodnia: Onkologia

*dr n. med.
Paweł Salwa*



OPERUJE CZŁOWIEK, NIE ROBOT

Temat tygodnia: Onkologia

*Od doświadczenia człowieka zależy rezultat operacji raka prostaty, a **ROBOT JEST TYLKO NARZĘDZIEM - MÓWI DR N. MED. PAWEŁ SALWA**, kierownik Oddziału Urologii w Szpitalu Medicover w Warszawie.*



Rozmawiała **Dorota Bardzińska**

Rak gruczołu krokowego jest w Polsce i w Europie najczęstszym nowotworem mężczyzn. Co gorsza, w Polsce w latach 2015-2020 nowotwór ten charakteryzował się najwyższą w onkologii dynamiką wzrostu zachorowań...

Najczęstszy nowotwór złośliwy u mężczyzn nie jest jeszcze głównym powodem zgonów, ale możemy z pewnością mówić o epidemii raka prostaty. Ten nowotwór niestety z nami pozostanie, gdyż czynniki, które powodują wysoką zapadalność - genetyczne i związane z wiekiem - nie znikną. To rosnący problem męskiej części społeczeństwa.

*Temat tygodnia: Onkologia***Czy widzi Pan tę epidemię w swoim w gabinecie?**

Niestety, tak. A dodatkowo w ostatnim czasie obserwuję, że trafiają do mnie pacjenci z nowotworami w coraz bardziej zaawansowanym stadium.

Rak prostaty długi czas nie daje objawów. Co zrobić, żeby wykryć go we wczesnym stadium, kiedy możliwość wyleczenia jest największą?

Ten nowotwór to podstępna choroba. Rak prostaty nie tylko we wczesnym stadium, ale także w stadium średnio zaawansowanym i czasami także w późnym może nie dawać objawów.

To utrudnia wykrycie i leczenie tego nowotworu.

BADANIE I OZNACZANIE WARTOŚCI PSA (ANG. PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN) TO JEDYNY SPOSÓB PROFILAKTYKI. Pełną diagnostykę uzupełniają biopsja fuzyjna oraz rezonans magnetyczny prostaty oraz ocena ich wyników przez radiologa i urologa.

Temat tygodnia: Onkologia

Operacja, którą przeprowadza się w razie zachorowania na raka prostaty, to tzw. radykalna prostatektomia. Na czym polega?

Na usunięciu raka z prostatą w całości. Chcemy pacjenta całkowicie uwolnić od nowotworu, a w przypadku raka prostaty polega to na usunięciu całego gruczołu.

Czy wszyscy pacjenci wymagają interwencji chirurgicznej?

Stosowane są szczegółowe kryteria medyczne. Podstawowym kryterium wykluczenia są liczne przerzuty. Czyli jeżeli pacjent zgłosi się z zaawansowaną chorobą, z wieloma ogniskami nowotworowymi, to operacja prostatektomii może nie przynieść mu już wystarczających korzyści.

Niekiedy, we wczesnych stadiach raka prostaty dozwolona jest tzw. aktywna obserwacja. Ja osobiście jestem krytycznie nastawiony do tej metody.

Obserwowanie – co widzę codziennie w swoim gabinecie – prowadzi do tego, że rak się u tych pacjen-

Temat tygodnia: Onkologia

tów rozwija, staje się bardziej złośliwy i często nieuleczalny.

Choć to działanie zgodne z wytycznymi, przestrzegam: trzeba być bardzo ostrożnym i nie zwlekać, by sytuacja ta nie zakończyła się dla pacjenta źle.

Jacy pacjenci przychodzą, żeby zoperować raka prostaty za pomocą robota?

Pacjentów, którzy trafiają do mnie, mogę podzielić na dwie główne grupy. Pierwsza to pacjenci z zaawansowanymi nowotworami, z trudną sytuacją anatomiczną, chorobami towarzyszącymi, np. z otyłością, którym odmówiono operacji w centrach z mniejszym doświadczeniem.

Druga grupa, to pacjenci świadomi, odcytani, którzy wiedzą, jak ryzykowna jest taka operacja, jeżeli przeprowadzić ją w sposób niefachowy. To pacjenci, którzy chcą uzyskać jak najlepszy rezultat i w tym celu szukają doświadczonego operatora z wieloletnią praktyką i zgranym zespołem. To recepta na największą szansę na uniknięcie pieluch (nietrzymanie moczu) i problemów z erekcją.

Temat tygodnia: Onkologia

Co się składa na dobry rezultat zabiegu robotem w raku prostaty?

Są trzy elementy, które pozwalają ocenić w pełni satysfakcjonujący medyczny efekt.

Po pierwsze, całkowite usunięcie raka. Po drugie, zachowanie funkcji urologicznych, to jest trzymanie moczu. I po trzecie, zachowanie erekcji. Tak naprawdę **CHODZI WIĘC O NORMALNE FUNKCJONOWANIE PO OPERACJI, MOŻLIWOŚĆ POZOSTANIA AKTYWNYM ZAWODOWO CZY RODZINNIE.**

W przeciwnym wypadku mężczyzna w wieku 50 lat jest wyleczony z raka prostaty, ale zostaje zmuszony do codziennego używania pieluch czy podkładow higienicznych, co jest dla mężczyzny okaleczające i frustrujące.

Temat tygodnia: Onkologia

Świadomi pacjenci wiedzą, że największą szansę, by uzyskać pełny rezultat mają, decydując się na zabieg wykonany przez doświadczonego operatora. A doświadczony operator, jak wynika z badań opublikowanych w fachowej literaturze medycznej, czyli w najlepszych światowych czasopismach urologicznych, to ten, który robotem osobiście i w całości wykonał co najmniej 500-1000 operacji.

Mamy w Polsce coraz więcej ośrodków, w których wykonuje się operacje prostaty w asyście robota. Jak wybrać ten odpowiedni?

Rzeczywiście, pacjenci, którzy szukają lekarza po to, by zoperować raka prostaty, mają duży wybór. W Polsce jest już około 40 robotów – czyli około 40 ośrodków, które te operacje wykonują. Wybór ośrodka to dla pacjenta życiowa decyzja, bo jeśli po operacji pacjent ma powikłania takie jak ciągłe nietrzymanie moczu, to praktycznie nie da się sytuacji odwrócić. Takich powikłań nie poprawia się metodą da Vinci.

Temat tygodnia: Onkologia

Nietrzymania moczu albo zaburzeń erekcji w takich przypadkach nie da się wyleczyć?

Niestety często jest na to za późno albo jest to bardzo trudne.

Co może zrobić pacjent, żeby zminimalizować ryzyko powikłań?

Podpowiem kilka pytań, które pacjent powinien zadać, idąc na rozmowę przed operacją, nie można się krępować czy obawiać ich zadania, od odpowiedzi zależy rezultat. Jeżeli odpowiedzi nie są satysfakcjonujące i wyczerpujące, proszę poszukać innego ośrodka i ponownie je zadać. A po dwóch, trzech rozmowach podjąć świadomą decyzję, bo – tak jak mówiłem – od wyników operacji nie ma odwrotu.

Po pierwsze: od kiedy dany ośrodek posiada system robotyczny?

Nie tylko operator jest ważny, liczy się cały zespół. Jeśli ośrodek ma robota od miesiąca, to zespół jest nie-doświadczony.

Temat tygodnia: Onkologia

Po drugie: czy system robotyczny jest autoryzowany? Czy pochodzi od oficjalnego producenta i dystrybutora tej maszyny w Polsce? Wiadomo, że część robotów jest nieautoryzowana, nie są serwisowane przez autoryzowanego dystrybutora producenta sprzętu. Trudno mieć zaufanie do takiej aparatury i do ośrodka, który decyduje się na takie oszczędności.

I po trzecie – i jest to pytanie kluczowe: ile operacji raka prostaty robotem da Vinci wykonał lekarz osobiście, w całości?

„*Jak już mówiłem, według fachowej literatury medycznej, by **MÓWIĆ O EKSPERCIE, POTRZEBA MINIMUM 500-1000 OPERACJI.***

Liczą się wcześniejsze doświadczenia z innymi metodami?

Tu nie chodzi o to, że ktoś zrobił wcześniej 300 operacji otwartych i uważa, że ma już wystarczające umie-

Temat tygodnia: Onkologia

jętności. Nie, operator, który się przesiada na robota, uczy się od nowa.

A czego się trzeba nauczyć?

Wszystkiego. Pod względem technicznym przeprowadzenie tej operacji to jest całkowita zmiana, zupełnie inna filozofia operowania. Kroki, które trzeba wykonać, są zupełnie inne.

Dobry rezultat operacji za pomocą robota zależy od tego, jak potraktujemy struktury anatomiczne, które mają charakter jednomilimetrycznych błon. Właśnie one odpowiadają za trzymanie moczu czy erekcję. Jeżeli błonę przetniemy, to taka funkcja będzie stracona. A z kolei zachowanie tych struktur jest warunkiem normalnego funkcjonowania pacjenta po operacji. Podczas operacji otwartej operator często nie jest w stanie ich zachować, a operując w asyście robota, trzeba poświęcić dużo czasu i uwagi temu, żeby pieczołowicie, włókienko po włókienku, te milimetryczne błonki, nie uszkadzając, oddzielić od prostaty.

Temat tygodnia: Onkologia

Oznacza to, że operuje człowiek?

W 100 proc. **OPERUJE CZŁOWIEK,**
A ROBOT JEST TYLKO NARZĘDZIEM.
*I od doświadczenia człowieka zależy
rezultat operacji.*

Da Vinci nazywany jest robotem – ale to błędna nazwa, bo tak naprawdę jest telemanipulatorem. Przenosi ruchy operatora do wnętrza ciała człowieka w zminiaturyzowany sposób, umożliwiając precyzyjne wykonanie operacji. To technicznie skomplikowana czynność, wymagająca dużej liczby powtórzeń, o której mówiliśmy. Dodatkowo robot umożliwia widzenie pola operacyjnego w powiększeniu dziesięcio-, a nawet dwudziestokrotnym. Między innymi to pozwala na przeprowadzenie operacji z precyzją do ułamka milimetra.

A Pan gdzie zdobywał doświadczenie?

Robotyką zajmuję się od roku 2012. Zanim zacząłem wykonywać zabiegi w Polsce, przez siedem lat

Temat tygodnia: Onkologia

pracowałem w Niemczech w największej klinice robotycznej w Europie. Tam przeszedłem całą ścieżkę kariery od lekarza rezydenta do ordynatora (niem. Oberarzt). W szpitalu robimy je od 2018 r., a zespół urologów operujących metodą da Vinci składa się z trzech osób. Wykonałem w sumie ponad 2 tys. zabiegów.

Operuje pan w asyście robota, są jednak jeszcze inne techniki wykonywania operacji raka prostaty np. zabiegi laparoskopowe czy klasyczne. Jakie są różnice między tymi metodami?

Gdybyśmy mieli prowadzić akademickie rozważania na ten temat, to takie porównanie jest trudne, bo trzeba wziąć pod uwagę wiele kryteriów.

Z praktycznego punktu widzenia różnice w uzyskiwanych rezultatach są zasadnicze, bo jeśli porównamy dobrze wykonaną operację da Vinci, przeprowadzoną przez doświadczonego operatora w doświadczonym zespole, to wiąże się ona z dużo mniejszym ryzykiem komplikacji niż zabieg laparo-

Temat tygodnia: Onkologia

skopowy lub operacja metodą otwartą, czyli klasyczną, wykonane przez doświadczonych operatorów. Precyzja, którą umożliwia robot, pozwala zrobić tę operację skuteczniej.

Chodzi o wszystkie aspekty funkcjonowania pacjenta po operacji – usunięcie nowotworu jako główny powód leczenia, ale z jednoczesnym zachowaniem trzymania moczu i zachowaniem funkcji seksualnych.

Dlatego apeluję: Pacjencie, pytaj! Przed każdą operacją. 

Temat tygodnia: Onkologia



OLA ŻYJE WBREW DIAGNOZIE

Temat tygodnia: Onkologia

ALEKSANDRA WIEDEREK-BARAŃSKA PRAWIE 8 LAT TEMU USŁYSZAŁA, ŻE MA ZŁOŚLIWEGO RAKA PIERSI, CZWARTE STADIUM. Według statystyk miała przeżyć maksymalnie trzy miesiące. Na szczęście o tym nie wiedziała. – Taka świadomość by mnie zmiażdżyła – mówi.



Rozmawiała **Aleksandra Zalewska-Stankiewicz**

Mówisz o sobie, że jesteś turystką onkologiczną. Co masz na myśli?

Jestem pod opieką kilku lekarzy, głównie onkologów, radioterapeutów i chemioterapeutów z Instytutu Onkologii w Warszawie. Ale korzystam również z pomocy lekarza z Radomskiego Centrum Onkologii, ponieważ wyjazdy do stolicy są bardzo wyczerpujące. Jeśli tylko mogę uzyskać wsparcie od specjalistów z mo-

Temat tygodnia: Onkologia

jej okolicy, to się do nich zwracam. Przez kilka miesięcy leczyłam się także w Barcelonie. Doświadczenia z polskim systemem opieki zdrowotnej uświadomiły mi, że muszę być managerką własnego zdrowia.

Ciekawe określenie. Co oznacza w twoim przypadku?

Całodzienną, pełnoetatową pracę nad tym, aby nie umknął mi termin żadnego badania czy wizyty. Wszystkie ważne daty zapisuję w kalendarzu i na tablicy ściennej. Notuję, kiedy zapisać się po odbiór wyników, kiedy na ich omówienie, kiedy mam wizytę u onkologa, kiedy u chemioterapeuty i kiedy powinnam zrobić dodatkowe badanie krwi. Ta sprawczość daje mi świadomość panowania nad swoim życiem i poczucie bezpieczeństwa, że nic mi nie umknie.

Pewnie łatwo wpaść w pułapkę i zacząć badać każdy fragment swojego ciała?

Oprócz tego, że leczę się na chorobę pierwotną, jaką jest nowotwór, chcę również czuć się jak najlepiej. Korzystam więc z pomocy fizjoterapeutów czy osteopa-

Temat tygodnia: Onkologia

tów. Poza tym leczenie w ramach NFZ nie obejmuje wszystkich badań. Owszem, przed chemioterapią bada się np. hemoglobinę, ale już we własnym zakresie trzeba sprawdzić pozostałe parametry. Ja to robię na własną odpowiedzialność.

Na jakim etapie obecnie jest twoje leczenie?

Jest to połączenie terapii z lekiem celowanym. Finansowanie tego leku też musiałam sobie wywalczyć, od dwóch lat przyjmuję go co 3-4 tygodnie. Leczenie jest bardzo intensywne. Od prawie ośmiu lat cały czas jestem w trakcie terapii. Nie przerywa się jej w sytuacji, kiedy nowotwór zostaje rozpoznany w czwartym stadium, tak bardzo zaawansowanym jak u mnie. W kwietniu minie osiem lat od diagnozy. Mam nadzieję, że dożyję.

Mówisz to z przymrużeniem oka, prawda?

Mówię to świadomie, choć staram się robić to z przymrużeniem oka. Chciałabym, żeby najbliższe pół roku życia było na wyciągnięcie ręki. Mam świadomość czasu, który został mi dany. Ale tak naprawdę nikt z nas nie wie, co go czeka.

Temat tygodnia: Onkologia

Osoby zdrowe też nie mają pewności, co wydarzy się kolejnego dnia. **ŻYCIE BYWA RÓŻNORODNE, JEST USŁANE ZARÓWNO RÓŻAMI, JAK I KOLCAMI.** Uważam, że lepiej nie znać przyszłości w detalach.

Od początku diagnozy tak myślałaś?

To był proces. Gdy usłyszałam diagnozę, wiedziałam, że będzie ciężko, ale miałam też pewność, że przez to przejdę. Plan był konkretny – chemioterapia, radioterapia, operacja. Najgorsza była wiadomość o przerzutach do wątroby – dotarła do mnie jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. USG wykazało aż 20 zmian na tym narządzie. Czułam się, jakby ktoś wrzucił mnie do studni, z której nie można się wydostać. Szukałam czegoś, czego mogłabym się chwycić i kogoś, kto poda mi rękę.

Czułam, że na jednych barkach dźwigam siebie, swoją rodzinę i dziecko, które miało wtedy 8 miesięcy. Na

Temat tygodnia: Onkologia

szczęście trafiłam na lekarza anioła, który włączył mnie w badania kliniczne i powiedział, że to będzie leczenie długofalowe, wieloletnie, ale że będę żyć.

Bałaś się skutków leczenia?

Nie myślałam o tym, chciałam je jak najszybciej rozpocząć. Czas przed rozpoczęciem leczenia jest najtrudniejszy. Wydawało mi się, że nowotwór rośnie z godziny na godzinę. Oczywiście, tak nie było. Poza twardością w piersi nie czułam żadnych objawów. Działałam jak automat, dopiero w trakcie leczenia zaczęłam myśleć o swojej psychice. Zawsze byłam optymistką, a choroba mi to zabrała, przynajmniej na początku.

*Z czasem było coraz lepiej, **GDY ZACZĘŁAM PRZECHODZIĆ PRZEZ KOLEJNE PROCESY LECZENIA**, nabierałam doświadczenia, poznawałam nowe osoby.*

Na przykład przypadkowo spotkałam młodą kobietę, która była w czasie chemioterapii. Powiedziała mi, że

Temat tygodnia: Onkologia

5 lat w onkologii to jak 25 lat w medycynie. Zaczęłam trzymać się tej informacji.

Co pomaga ci przetrwać, nie zwariować, przejść przez leczenie?

Otwartość na wiedzę na temat tego nowotworu. Ona powoduje, że chcę się uczyć, czytać, słuchać, poznawać. Dziś pacjenci mają ogromny dostęp do terapii czy psychoterapii, można ją realizować także online. Mogą przeczytać blogi prowadzone przez innych chorych, obejrzeć film, którego bohaterowie przeszli podobną historię. A to pokazuje inne punkty widzenia i zostawia widza z refleksją. Choć ja staram się zbyt często nie poddawać autorefleksji, jednak czasem jest mi to potrzebne. Częściej jednak skupiam się na tym, co tu i teraz.

Przeszłaś terapię Simontona. Co ci dała?

Bardzo dużo. To warsztaty skierowane do pacjentów onkologicznych i ich rodzin. Poznałam wiele przydatnych narzędzi, dzięki którym nie skupiam się tak bardzo na wynikach badań i potrafię okiełznać lęk

Temat tygodnia: Onkologia

z nimi związany. Robię sobie wizualizację, bazuję na kręgach wsparcia bliskich mi osób.

”*Wiem, kto może mnie zawieźć na badanie, kto ma kontakty, dzięki którym może utorować mi wizytę u specjalisty i pod czyją opieką mogę zostawić syna, gdy jestem na chemii. Terapia uświadomiła mi również, że*
**MOJE ŻYCIE TO NIE TYLKO CHOROBA.
JAK U KAŻDEGO, SĄ WZLOTY I UPADKI**
i to jest normalne.

Techniki Simontonowskie uczą także jasnego komunikowania tego, co może nastąpić. Dziś odważniej rozmawiam z bliskimi na temat mojej przyszłości.

Czy Twój synek, Franio, wie o twojej chorobie?

Zachorowałam, gdy mój syn miał osiem miesięcy, dziś ma 8 lat. Na co dzień staram się zachowywać przy nim jak najbardziej normalnie. Gdy jestem po chemii,

Temat tygodnia: Onkologia

przez 5–6 dni muszę więcej odpoczywać i Franio o tym wie. Wtedy z chęcią jedzie do dziadków, którzy odwożą go do szkoły. A gdy widzi, że jestem słabsza, komunikuję mu, że mama źle się czuje, musi poleżeć, odpocząć, pojechać do lekarza.

W rozmowach z synem używasz słowa „rak”?

Nie ukrywam, że mam raka. Franiu często słyszy to określenie, ale dla niego jest to tylko słowo. Czasem, gdy w telewizji słyszy, że ludzie w Polsce umierają na raka, dopytuje, czy mam taką samą chorobę. Odpowiadam, że robię wszystko, aby jej nie mieć – jestem w trakcie leczenia, jeżdżę do lekarza. Jestem wobec niego szczera, staram się na tyle inteligentnie ograć temat nowotworu, aby nie oszukiwać syna. On jest coraz starszy, więc i nasze rozmowy są coraz bardziej dojrzałe.

Co najbardziej irytuje cię jako pacjentkę?

Gdy zachorowałam, miałam 29 lat. Często od personelu medycznego słyszałam zdanie: „Co ty, dziecko, tu robisz”. To było przykre.

Temat tygodnia: Onkologia

„*Wokół choroby onkologicznej krąży wiele stereotypów. Przeciętny Kowalski nadal kojarzy raka z osobą starszą, palącą, niedbającą o swoje zdrowie. A ja **ZAWSZE PROWADZIŁAM HIGIENICZNY TRYB ŻYCIA. IRYTUJE MNIE TEŻ OPIESZAŁOŚĆ SŁUŻBY ZDROWIA.** Gdyby nie moja determinacja i intuicja, moja choroba zostałaaby zdiagnozowana dużo później.*

Regularnie chodziłam do lekarza ginekologa, tym bardziej gdy byłam w ciąży i gdy urodziłam syna. Gdy zaniepokoiła mnie zmiana w piersi, lekarka zbagatelizowała moje obawy. Powiedziała, że widzi dwa guzki, ale zapewne wynikają one z tego, że karmię piersią. A wtedy można było wykonać biopsję, skierować mnie do onkologa. Czasem w mojej głowie odzywają się takie głosy, że mogłam wtedy posłuchać własnej intuicji. Ale nie zrobiłam tego, za to dziś biorę swoje zdrowie

Temat tygodnia: Onkologia

we własne ręce. Nie czekam, aż moja onkolog skieruje mnie na badanie, sama trzymam lejce.

To musi być bardzo wyczerpujące.

Jest, ale nie ma innego wyjścia. Mam takie powiedzenie, że „trzeba być zdrowym, aby chorować”. Nie mam pretensji do lekarzy, którzy też są obciążeni – jeden onkolog ma do przyjęcia około 80 pacjentów dziennie. To ponad siły. Chciałabym, żeby pacjenci onkologiczni zyskali spokój, że po diagnozie będą zaopiekowani, ale wiem, że to niemożliwe. W związku z tym warto być managerem własnego zdrowia.

Mimo nowotworu, „ciśniesz w życie”. Tak piszesz na swoim profilu na Instagramie. Na czym polega to ciśnienie?

Na przykład dziś wstałam o 5 nad ranem. Wypiłam spokojnie kawę, ułożyłam myśli, poćwiczyłam, popisałam teksty na mój blog. Później zrobiłam śniadanie synowi, wyszłam na spacer z psem i na zakupy. „Odhaczyłam” kilka elementów z listy. To ważne, bo wiem, że gdy nadejdą trudne dni, nie będę miała wyrzutów sumienia, że z czymś

Temat tygodnia: Onkologia

nie zdążyłam. Moi najbliżsi wiedzą, że gdy mam lepszy dzień, to jak najbardziej go wypełniam. „Cisnę” w życie, bo je tak bardzo kocham. I żyję na pełnej petardzie.

Tak jak ksiądz Jan Kaczkowski.

Tak, żyję świadomie, na 100 procent. Nie chodzi o to, by być wciąż aktywnym. Świadomie można też odpoczywać. W tej całej sytuacji staram się nie być egocentryczna. Jestem osobą wysoko wrażliwą. Potrafię budzić się nad ranem i myśleć o wszystkich problemach świata, tak jak ostatnio o sytuacji w Izraelu. To nie jest tak, że wciąż się uśmiecham. Miewam bardzo złe dni. Wtedy płaczę przez cały czas.

*Chciałabym być zdrową, aktywną, kobietą, która pracuje, opiekuje się dzieckiem, a w weekend idzie na wino. Ale życie mnie poturbowało. Mimo to **ROBIĘ WSZYSTKO TAK JAK KIEDYŚ, ALE NA MIARĘ MOICH MOŻLIWOŚCI.** Ćwiczę, podróżuję, spełniam się jako mama.*

Temat tygodnia: Onkologia

Musiałaś płacić za leczenie?

Na szczęście nie. Badania kliniczne, którym zostałam poddana, nie były płatne. Ale oczywiście za dodatkowe badania, zabiegi czy fizjoterapię muszę płacić. Nie zarabiam na sobie, ponieważ nie mogę pracować. Założyłam zbiórkę na jednej ze stron internetowych, choć nie było to dla mnie łatwe – proszenie o pomoc jest trudniejsze, niż tej pomocy udzielanie. Wymyśliłam inny sposób. Można mi postawić wirtualną kawę, dzięki której będę mogła iść np. na fizjoterapię. 

Temat tygodnia: Onkologia



12 LAT JAZDY BEZ TRZYMANKI

*Barbara Górka: Wsparcie rodziny i bliskich jest bardzo ważne
w leczeniu choroby nowotworowej*

Temat tygodnia: Onkologia

*Diagnoza brzmiała jak wyrok: 3 miesiące, by cieszyć się dzieckiem i rodziną. Choć od **12 LAT NIE MA DŁUŻSZEGO ODPOCZYNKU OD LE-CZENIA, NIE PAMIĘTA DNIA BEZ BÓLU I JEST NA KOLEJNYM ZAKRĘCIE, TO WALCZY O SIE-BIE I INNE KOBIETY, które miały życiowego pecha zachorować na trudny do wykrycia we wczesnym etapie nowotwór. AWANTURA O BA-SIĘ – ALE TEŻ INNE KOBIETY Z RAKIEM JAJ-NIKA – TRWA.***



Rozmawiała **Katarzyna Pinkosz**

„Nie jest łatwo prosić o pomoc, szczególnie w czasach w których nikomu nie jest lekko, ale tak bardzo chcę żyć” – napisałaś, decydując się na zbieranie pieniędzy na swoje leczenie. Na profilu „Awantura o Basię” trwają kolejne „awantury”- licytacje. Nr 993 – pokrowiec na laptop; 994 – szklana misa, 995:

Temat tygodnia: Onkologia

torebka, 998 - książka. Czasem jest to 20 zł, czasem 100 zł: „Licytacja wygrana, gratulujemy i dziękujemy, że jesteś z nami!” Trudno podjąć decyzję o zbieraniu pieniędzy na swoje leczenie, gdy widzi się wokół wiele osób, którym też potrzebna jest pomoc?

Zawsze wychodziłam z założenia, że powinnam radzić sobie sama, a innym pomagać, cokolwiek by się działo, a nie – żeby ktoś pomagał mnie. Długo biłam się z myślami, jednak w pewnym momencie stanęliśmy pod murem: zrozumiałam, że jeśli chcę pomóc komuś, to muszę też pomóc sobie; mam dziecko i jeśli chcę dla niego żyć, to muszę próbować różnych możliwości. Zawsze miałam podejście, że choruje wiele osób, także

Barbara Górską

od 12 lat choruje na raka jajnika; prowadzi stowarzyszenie Niebieski Motyl, które wspiera kobiety z nowotworami ginekologicznymi, walczy też o zmiany systemowe, by poprawić wyniki leczenia nowotworów ginekologicznych w Polsce.

Temat tygodnia: Onkologia

dzieci, i – jeśli trzeba – to na nie powinno się zbierać pieniądze, a nie na mnie. Ale ktoś kiedyś powiedział mi, że osoba, która będzie chciała dać pieniądze na dziecko, to da na dziecko, a jak będzie chciała dać na mnie, to da dla mnie, a moje dziecko też mnie potrzebuje.

Kilka lat temu jeden z leków nie był w Polsce refundowany w takiej linii leczenia, w której ja wtedy byłam. A była to dla mnie szansa kolejnej próby wydłużenia czasu życia.

*Jako stowarzyszenie Niebieski Motyl walczyliśmy o refundację tego leku, ale jedna z osób, które mnie otaczają i często walczą o mnie nawet bardziej niż ja o samą siebie, **STWORZYŁA TAKĄ GRUPĘ NA FB. PIENIĄDZE PRZYDAŁY SIĘ NA LECZENIE.***

Teraz trwa kolejna „Awantura o Basię”: każdy może przekazać coś na licytację, są książki, płyty, czasem

Temat tygodnia: Onkologia

voucher na zabieg pielęgnacyjny, wazon, sukienka, buty, torebka. Ale to też ogromna praca, bo każdy przedmiot trzeba opisać, sfotografować, zapakować wysłać. Jesteś na kolejnym zdrowotnym zakręcie?

Od 12 lat mam raka jajnika, te lata to kolejne linie leczenia, operacje. Pojawiły się przerzuty to płuc. Miałam w grudniu mieć operację i wycinany płat płuca, w którym pojawił się przerzut, oraz część mostka, ale okazało się, że zmiana w śródpiersiu oplata tętnicę podobojczykową i główne naczynia szyjne. Konsultowałam się z różnymi torakochirurgami; byli jednomyślni, że operacja to zbyt duże ryzyko, a właściwie pewność, że dojdzie do krwotoku i nie wrócę ze stołu operacyjnego. Lekarze rozłożyli ręce, powiedzieli, że nie podejmą się na tę chwilę leczenia operacyjnego. Miałam pobierany wycinek ze zmiany naciekowej w śródpiersiu, czekam na jego wyniki histopatologiczne, genetyczne, mając nadzieję, że wskażą one kierunek, co dalej... Być może uda się zastosować leczenie, które pomoże opano-

Temat tygodnia: Onkologia

wać zmianę w śródpiersiu i będzie szansa wrócić do zaplanowanej operacji.

Skąd tak duże grono osób, które chcą pomóc?

Mam wokół siebie mnóstwo cudownych ludzi: rodzinę, przyjaciół, znajomych, ale też osoby, których nawet nie znam. Skąd tak duża grupa ludzi, które mi pomagają? Może dlatego, że ja też staram się zawsze pomagać każdemu, komu mogę.

*Chyba nikt nigdy nie usłyszał ode mnie słowa : „nie”, jeśli tylko mój stan fizyczny na to pozwalał. **STARAM SIĘ POMAGAĆ KAŻDEMU, JAK TYLKO MOGĘ NAJLEPIEJ, CHCIAŁABYM JESZCZE BARDZIEJ,** choć czasem nie jestem w stanie, co wynika też niestety z ograniczeń choroby.*

Nie mam tyle sił co kilka lat temu. Prawda jest taka, że od 12 lat jestem non stop na leczeniu: operacja, che-

Temat tygodnia: Onkologia

mia, chemia, operacja, chemia, chemia... Organizm jest po prostu potwornie zmęczony i wyniszczony. Bardzo to teraz odczuwam. Walczę z bólem oraz wieloma innymi dolegliwościami. Dobrze dwa lata funkcjonuję na fentanylu w plastrach. Jak rano nie mogę wstać, to dokładam kolejny plaster i jakoś się podnoszę albo dodaję inny, kolejny środek przeciwbólowy; czasem po nim wymiotuję, to dodaję środek przeciwwymiotny i idę dalej...

Cały czas też pracujesz?

Tak. Mam ogromne wsparcie pracodawcy, zgodził się na pracę zdalną, dzięki temu mogę pracować w pełnym wymiarze godzin. Praca jest dla mnie bardzo ważna bo pozwala zająć głowę, a także zachować trochę „normalności”.

I będąc w tak trudnym stanie znajdujesz czas i siłę, by działać dla innych chorych z rakiem jajnika, prowadząc stowarzyszenie Niebieski Motyl.

Stało się to już moim życiem. Działamy, staramy się, żeby była jak największa wiedza na temat raka jajnika

Temat tygodnia: Onkologia

oraz innych nowotworów ginekologicznych, żeby były jak najwcześniej wykrywane, a kobiety zachowywały czujność onkologiczną, badały się regularnie oraz – jeśli jest takie wskazanie – miały wykonywane badania genetyczne i molekularne, a także były w odpowiedni sposób operowane. Staramy się też, by była dobra dostępność do leków – zarówno w przypadku raka jajnika, jak raka szyjki macicy, czy raka endometrium.

*Ta praca, działanie, daje mi siłę i **PO-
ZWALA NA ODSUNIĘCIE MYŚLI OD RZE-
CZY, KTÓRE MNIE PRZERAŻAJĄ** wzglę-
dem siebie. Odsuwam moje strachy, nie
skupiam się na sobie.*

Siłę daje Ci też rodzina.

Ogromną. Rodzina i przyjaciele. Mąż – życzyłabym wszystkim pacjentkom takiej osoby obok, jaką jest mój mąż. Wiem, że nie zawsze tak jest...

Jest też prawie 14-letnia córka..

Temat tygodnia: Onkologia

Nigdy nie ukrywaliśmy przed nią, że jestem chora. Gdy zachorowałam, miała 2 lata. Zawsze jej mówiłam, co się ze mną dzieje, że jadę do szpitala, że będę miała leczenie – oczywiście było to dostosowane do jej wieku. Powiedziałam jej też, że jeśli będzie miała kiedykolwiek jakieś wątpliwości, ktoś coś jej o mnie powie, to niech najpierw przyjdzie do mnie. Myślę, że ma dzięki temu do mnie, do nas zaufanie.

Finanse to trudny temat w chorobie nowotworowej.

Chory nie powinien martwić się o finansowanie leczenia. Mając diagnozę raka, a zwłaszcza kolejnej wznowy, rozsiewu, powinien skupić się na tym, żeby być w na tyle w dobrej formie, by móc przyjąć leczenie. A nie na tym, jak je dostać czy opłacić. Sama choroba nowotworowa, przewlekła, nawracająca jest ogromnym obciążeniem dla chorego i całej rodziny – bo choruje cała rodzina, najbliższe otoczenie. Dużo związków rozpada się, to jest ogromne obciążenie.

Temat tygodnia: Onkologia

*Obciążenie finansowe jest nie lada
wyzwaniem. **BARDZO CZĘSTO CHORO-
BA WYKLUCZA Z MOŻLIWOŚCI PRACY***

*– w wielu przypadkach chora osoba nie
jest w stanie wrócić do pracy.*

Mnie pracodawca poszedł na rękę, mogę pracować w domu, ale nie wszyscy przecież mają taką sytuację. A wiem, że nie byłabym w stanie na 8 godzin każdego dnia wyjść z domu. Zwyczajnie też nie zawsze można pracować – po chemioterapii, po operacji, w trakcie badań diagnostycznych to jest niemożliwe.

Dużo się teraz mówi o koordynatorach – osobach, które mają prowadzić osobę z nowotworem, podpowiadać, gdzie leczyć, umawiać na spotkania. Czy masz taką osobę, która doradza, gdzie się leczyć, gdzie szukać pomocy? Podpowiada przy kolejnej wznowie: zrób to, jest jeszcze taka opcja, ale może w innym szpitalu?

Temat tygodnia: Onkologia

Takie osoby – koordynatorzy – są ogromnie potrzebne. Choroba często powoduje poczucie bezsilności, nieumiejętność podjęcia samodzielnego działania oraz racjonalnej oceny sytuacji. Ja często sama szukam różnych opcji, staram się jak najwięcej wiedzieć na temat raka jajnika oraz innych nowotworów ginekologicznych, również dlatego, że prowadzę stowarzyszenie. Żeby pomagać innym, muszę mieć aktualną wiedzę, by móc doradzić, pokierować do odpowiedniego specjalisty czy ośrodka. Rozmawiam z lekarzami, staram się skonsultować. Mamy w Polsce mądrych, znakomych lekarzy.

W stowarzyszeniu **POMAGAMY TEŻ OSOBOM, KTÓRE ZOSTAŁY NOWO ZDIAGNOZOWANE.** Wiele z nich nie ma dużej wiedzy o leczeniu, szuka pomocy, zwłaszcza jeśli są z mniejszych miejscowości. Staramy się nimi zaopiekować,

Temat tygodnia: Onkologia

pokierować tak, by miały szansę na takie samo leczenie jak dziewczyny z dużych miejscowości, gdzie są bardzo dobre ośrodki leczenia, badania kliniczne, nowe leki. Od kilku lat lecę się w Poznaniu, mam bardzo dobrych lekarzy prowadzących. Panią doktor, z którą mogę porozmawiać i która pomaga mi na bieżąco minimalizować skutki uboczne leczenia chemioterapią. Konsultuję się też z innymi lekarzami. Sama przeszłam kilka szpitali, klika ośrodków, Teraz już to wszystko wiem, ale przecież nie było tak od początku. Szukaliśmy po omacku.

Pierwsza diagnoza, gdy miałaś 26 lat, była szokiem? W tym wieku zdecydowanie nie myśli się o nowotworze, opcjach leczenia, możliwościach.

Miałam rodzinę, dwuletnią córeczkę, pracowałam, myśleliśmy o mieszkaniu, może o budowie domu. Nie brałam pod uwagę, że mogę być chora. Wszystko zaczęło się od problemów gastrycznych, bólów podbrzusza i kręgosłupa, chodziłam od lekarza do lekarza, aż w końcu, jak któryś raz z kolei trafiłam do ginekologa,

Temat tygodnia: Onkologia

stwierdził, że mam zmianę na jajniku i kazał wykonać kilka badań. Później wszystko potoczyło się już błyskawicznie.

Okazało się, że konieczna jest operacja, usunięcie jajników, być może też macicy. Dla mnie oznaczało to, że nie będę już mogła mieć więcej dzieci. Diagnozę raka jajnika, ostatecznie potwierdził wynik histopatologiczny, który odebraliśmy około trzech tygodni po operacji. Przeszłam chemioterapię.

To był dopiero początek...

Po niecałym roku doszło do wznowy.

*Wtedy **USŁYSZAŁAM, ŻE ZOSTAŁO MI MOŻE TRZY MIESIĄCE ŻYCIA.** Mia-
łam się nacieszyć dzieckiem i czasem
do świąt Bożego Narodzenia. To był dla
mnie najgorszy czas.*

Trzy miesiące na ucieszenie się dzieckiem ze świadomością, że potem już mnie nie będzie. Wtedy

Temat tygodnia: Onkologia

napisałam listy do córki – chciałam, że wtedy, gdy mnie już nie będzie, żeby dostawała ode mnie chociaż słowa – w tych najważniejszych dla niej życiowych dniach. Ten pierwszy ważny dzień – Pierwsza Komunia – już minął. Teraz – za cztery lata – osiemnastka.

Choć mam nadzieję że sama złożę jej życzenia. A listy są schowane. Związane wstążeczką.

Trzeba mieć cały czas wiarę, że nigdy nie będzie musiała ich dostać...

Ale najtrudniejsze jest chyba to, by mimo kolejnych wznów choroby, kolejnych chemioterapii, normalnie żyć. Masz plany - marzenia na najbliższą przyszłość?

Pewnie! Bez marzeń trudno byłoby mieć siłę. Chciałabym zrobić studia z kosmetologii, żeby dla dziewczyn z Niebieskiego Motyla i innych chorych organizować warsztaty pielęgnacyjne. Chciałabym zrobić specjalizację z makijażu dla kobiet dojrzałych, rozwijać stowarzyszenie. Żeby to jednak było możliwe, to dziś muszę

Temat tygodnia: Onkologia

skupić się na swoim zdrowiu. Jeśli tego nie zrobię, to nie pomogę innym.

”*Marzenie? Mieć trochę odpoczynku od choroby. **MÓJ ORGANIZM JEST ZMĘCZONY CIĄGŁYM LECZENIEM. JA JESTEM PSYCHICZNIE ZMĘCZONA.** To dziwnie zabrzmiałoby, ale ból stał się dla mnie normalnością.*

Nie dziwi mnie już, że wstaję i czuję ból. Tak jest na co dzień. Ogromną niespodzianką byłoby wstać któregoś dnia i stwierdzić, że nic nie boli.

Do tego mam ogromną bezsenność, śpię po 3-4 godziny na dobę, bez względu, czy wezmę leki nasenne czy nie.

Powodem jest ból?

Na pewno stres. Szczególnie w takich chwilach jak teraz, gdy nie wiem, co będzie dalej. Życie z rakiem jajnika to ciągłe napięcie, taka jazda rowerem bez trzy-

Temat tygodnia: Onkologia

manki, z zawiązanymi oczami. Nigdy nie wiesz, co cię czeka za zakrętem.

Nie masz odpoczynku, spokoju. Nie ma dnia, żeby coś się nie wydarzyło.

Wspierasz cię pomocą psychologa?

Czasami... Wiem, że to jest potrzebne. Organizujemy takie spotkania dla dziewczyn z Niebieskiego Motyla...

Organizujemy... Ale „Basia to ta, co ta, co musi dać sobie radę sama”...

Wiem, że każdy ma prawo do słabszych dni, że potrzebuje pomocy, może nie mieć na nic siły... To jest normalne i ludzkie.

Ale ja mam poczucie, że akurat ja powinnam dać radę i nie dokładać innym zmartwień. Coś w tym jest.

I dlatego wstajesz po 4 godzinach - do pracy, córki, męża.

...i jeszcze uśmiecham się, cieszę się, mówię, że jest OK.

Wracając do marzeń: wspólny wyjazd na wakacje. Lubię ciepłe kraje i egzotykę, więc marzyłaby

Temat tygodnia: Onkologia

mi się np. Kuba, ale każdy wyjazd z rodziną byłby piękny.

*Gdybym miała wybór: zrobić remont mieszkania czy jechać na wakacje z rodziną, to zawsze wybiorę to drugie. **WSPÓLNIE SPĘDZONE CHWILE TO COŚ, CZEGO NIKT NIGDY NIKOMU NIE ODBIERZE.** Najważniejsze w życiu.*

Czasem słyszę komentarze: „Jak to, osoba chora na raka, a pojechała na wakacje i wrzuca na FB zdjęcia? Uśmiecha się?”. Ktoś, kto nie przeżył choroby, wznowy, lęku, co dalej, nie rozumie, jak bardzo potrzebne w życiu każdej osoby chorej onkologicznie jest to, żeby – mimo choroby – po prostu żyć. Żyć. Mieć trochę normalności. Zrobić coś dla siebie, dla rodziny. To są rzeczy, które trzymają cię w tych najtrudniejszych chwilach. Dają siłę do walki.

Temat tygodnia: Onkologia

Do walki czy do leczenia?

To tylko słowa. Słyszę, żeby nie mówić, że „walczymy z chorobą”. A ja uważam, że wszystko zależy od tego, kto w jakim momencie choroby się znajduje. Każdy ma prawo odbierać słowa osobiście. Czasem jest to też walka – z samym sobą. Choćby o to, żeby rano wstać, uśmiechnąć się – mimo wszystko.

**Mimo bólu i nieprzespanej nocy uśmiechać się...
Ale wciąż pokutuje przekonanie, że osoba chora na raka powinna być smutna, narzekająca...**

I wiecznie zapłakana. Bo jak się uśmiechnie, albo założy sukienkę – mimo choroby przywdzieje maskę, że jest OK – i wyjdzie z domu, to ktoś może powie, że pewnie wcale nie taka chora. Ja się z takim podejściem nie godzę.

Zakładasz więc czasem sukienkę i buty na obcasie...

Na obcasie to może nie, bo moje nogi nie dają rady chodzić w butach na obcasie...

Ale staram się czasem zrobić sobie makijaż, założyć sukienkę, pójść do fryzjera. Poczuć się kobietą – a nie

Temat tygodnia: Onkologia

tylko osobą chorą na raka. Choroba dostatecznie dużo odbiera...

Gdy zamykasz oczy i zapominasz o wszystkim, to...?

„**CHCIAŁABYM BYĆ ZDROWA. PO PROSTU ZDROWA.** *Wszystko inne w życiu jest do ogarnięcia.*

A jeśli nie mogę być zdrowa, to chciałabym móc utrzymać chorobę na tyle w ryzach, żeby... kiedyś pobawić swoje wnuki. 