



PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkpo.pl

RAK KRTANI

Coraz młodszy pacjenci



foto: archiwum domowe

Ida Latkowska, pacjentka

Rak krtani sprawił, że zmieniły się moje priorytety. Czasem wydaje mi się, że gdybym nie przeszła tak poważnej choroby i trudnego jej leczenia, nie miałabym aż takiej chęci i energii do życia, nie czerpałabym z niego pełnymi garściami i nie doceniałabym tego, co mam, tak bardzo, jak teraz. Spotkania z pacjentami, którzy przeszli to co ja, ale dwadzieścia lat wcześniej i mają się świetnie, doskonale mówią, czerpią z życia razy dwa, a przekazują innym razy trzy, dają mi wielką nadzieję i energię. Czasami żałuję, że tak późno się odblokowałam.

10. FORUM PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Rozmowa z Krystyną Wechmann _____ s.2

JASKÓŁKI NADZIEI 2021

przedstawiamy laureatów _____ s.4

NOWOTWORY KRTANI – NIEPOKOJĄCE STATYSTYKI

dr n. med. Anna Gorzelnik _____ s.7

BY PACJENT PO USUNIĘCIU KRTANI MÓWIŁ SWOIM GŁOSEM

Marta Owczarczyk, logopeda _____ s.9

NIE MIAŁAM SZCZĘŚCIA DO DIAGNOSTYKI

Ida Latkowska, pacjentka _____ s.11

NIEZASPOKOJONE POTRZEBY W LECZENIU RAKA PIERSI

Głos ekspertów Medycznej Racji Stanu _____ s.13

RAK PIERSI. MIĘDZY RYZYKIEM A SZANSĄ

O książce dr. n. med. Dariusza Michalika
i dr n. hum. Ewy Sławińskiej _____ s.15

DZIECI CHOROBY ONKOLOGICZNE LECZY SIĘ NA CAŁE ŻYCIE

dr hab. n. med. prof. IPCZD Joanna Trubicka _____ s.18

KAMPANIA ZŁOTEJ WSTAŻKI _____ s.20

HONOROWE DAWSTWO KRWI A DAWSTWO SZPIKU – CZY SĄ DO SIEBIE PODOBNE?

_____ s.21

BEZPIECZNA KREW – BEZPIECZNY PACJENT

_____ s.23

II EDYCJA KAMPANII „NIE MIEJ TEGO GDZIEŚ – WSZYSTKO O RAKU JELITA GRUBEGO”

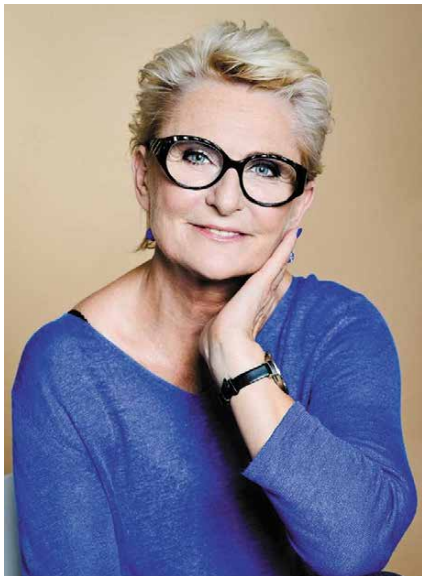
_____ s.25

W RAKU NERKI ZMIENIŁO SIĘ W OSTATNICH LATACH BARDZO WIELE

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski _____ s.27

ONKO-NEWS _____ s.28

10. FORUM PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH W ROZMOWIE Z KRYSTYNĄ WECHMANN



20 czerwca odbyła się 10. edycja Forum Pacjentów Onkologicznych. Co już udało nam się osiągnąć w kwestii opieki, a jakie są – według ekspertów i pacjentów – główne wyzwania na najbliższy czas? Konferencję oraz stan i przyszłość polskiej hematoonkologii podsumowuje Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Tegoroczne Forum Pacjentów Onkologicznych odbyło się pod hasłem „Ewolucja w onkologii”. Czy faktycznie polskiemu systemowi opieki nad pacjentem onkologicznym wystarczy ewolucja, a nie rewolucja?

Krystyna Wechmann: Jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami, to od kilku lat obserwujemy znaczące zmiany. Oczywiście jesteśmy jak najdalej od przesadnego optymizmu, bo przed nami wciąż daleka droga i wiele wyzwań – rozszerzenie dostępu do leczenia, w tym do terapii celowanych, poprawa w zakresie właściwej diagnostyki, w tym molekularnej, czy też optymalizacja i koordynacja ścieżki pacjenta. No i oczywiście to, co jest chyba bolączką w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia – profilaktyka.

Dokonanie gwałtownej rewolucji nie jest konieczne. Wszyscy – decydenci, klinicyści oraz organizacje pacjenckie – współpracujemy i zmieniamy system dalej, a rewolucja – rozumiana jako nowa szansa i nadzieja dla konkretnego chorego – i tak przyjdzie.

Wspomniała Pani o poprawie w zakresie diagnostyki i leczenia. Czy to w Pani opinii najważniejsze zadania, jakie przed nami stoją, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem onkologicznym?

Krystyna Wechmann: Aby wprowadzać efektywne – a nie pozorne – zmiany, musimy działać na wielu polach, w wielu obszarach. Z pewnością diagnostyka i leczenie to jedne z najważniejszych.

Jak podkreślałam podczas Forum oraz eksperci medycyny, polscy pacjenci powinni mieć większy dostęp do diagnostyki molekularnej. Dzięki rozwojowi nauki możemy wyodrębnić wiele podtypów danego nowotworu i do każdego z nich dopasować taką terapię, która będzie najskuteczniej-

sza. Z taką sytuacją mamy do czynienia chociażby w raku płuca, raku piersi albo raku jajnika. Ale żeby móc zastosować terapię celowaną – i nie skazywać pacjenta na mniej skuteczną i bardziej toksyczną chemioterapię – musimy dysponować kompleksowymi wynikami diagnostycznymi. W tym kontekście cieszy mnie deklaracja ministra Macieja Miłkowskiego, który jest świadomy z jakimi ograniczeniami obecnie się mierzymy i jak ważna jest zmiana tego stanu rzeczy. Tu znaczącym wsparciem i rozwiązaniem może być wyasygnowanie środków z Funduszu Medycznego.

Terapie celowane, immunoterapia to przyszłość medycyny – w tym onkologii – i musimy zrobić wszystko, aby dać tej przyszłości warunki do zaistnienia również w Polsce.

A czego potrzebujemy, jeśli chodzi o leczenie nowotworów?

Krystyna Wechmann: Skoro już apelujemy, aby dokładniej, bardziej precyzyjnie diagnozować pacjenta to naturalnym jest, że postulujemy także o rozszerzenie dostępności o nowe leki, tak aby chory faktycznie miał możliwość skorzystać z najlepszego dla niego leczenia.

Podczas paneli dyskusyjnych dużo miejsca poświęciliśmy np. potrzebie dostępu do terapii celowanych i immunoterapii w leczeniu raka jajnika, raka szyjki macicy, raka piersi, raka gruczołu krokowego, raka urotelialnego czy też raka wątrobowokomórkowego.

Oddzielną debatę poświęciliśmy też hematologii, gdzie farmakoterapia to często jedyna szansa dla pacjenta, aby stawić czoła chorobie. I tu także wciąż mamy liczne niezaopiekowane grupy chorych m.in. z przewlekłą białaczką limfocytową, szpiczakiem, ostrą białaczką szpikową, a także wśród pacjentów pediatrycznych. Osobnym tematem pozostaje również stale rosące zapotrzebowanie na przetoczenia składnika-



10. Forum Pacjentów Onkologicznych – wystąpienie wiceministra Macieja Miłkowskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

mi krwi. Niestety nie mogła być z nami prof. Iwona Hus, którą poprosiliśmy o przedstawienie rekomendacji z raportu opracowanego przez Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów pt: „Krew – Lek, Wartość, Zasób”. Jednym z wniosków wynikającym z raportu jest potrzeba szukania nowych, innowacyjnych metod leczenia niedokrwistości jako alternatyw do przetoczeń krwi. U chorych na zespoły mielodysplastyczne zastosowanie luspaterceptu pozwala aż u około 40% pacjentów uzyskać uniezależnienie się od przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych, co znacząco ma wpływ na jakość ich życia.

Dziękujemy ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu za już podjęte decyzje i nowe terapie, ale – rzecz jasna – wyczekujemy pojawienia się kolejnych. Dużą nadzieję pokładamy w zapowiedzi znacznych zmian refundacyjnych w onkologii i hematologii, których możemy spodziewać się nawet na trzech kolejnych obwieszczeniach refundacyjnych. Gorąco w to wierzę.

Jakie jeszcze potrzeby zmian podnosili eksperci podczas dyskusji?

Krystyna Wechmann: Nie da się ukryć, że – jak słusznie zauważył prezes NFZ Filip Nowak – wiele wyzwań wymusiła na nas sytuacja międzynarodowa, a przede wszystkim pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie. Przed nami proces mozolnego wychodzenia z długu zdrowotnego, konieczność zmierzenia się z opóźnieniami w diagnostyce oraz ograniczeniami w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, które wzmogły się w ostatnich dwóch latach. Będziemy musieli także zadbać o uchodźców, którzy przybyli do nas zza wschodniej granicy – zapewnienie kontynuacji ich leczenia jest naszym moralnym obowiązkiem.

Dużym, ważnym zadaniem będzie też z pewnością zakończenie i podsumowanie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej i sukcesywne wdrażanie Narodowej Strategii Onkologicznej. Tylko dzięki takiemu szerokiemu zaangażowaniu, uwzględniającemu zmiany systemowe, organizacyjne, jak również poprawę w zakresie diagnostyki i leczenia uda nam się efektywnie – i co najważniejsze trwale – usprawnić system opieki nad pacjentem onkologicznym w naszym kraju.



A jaką rolę do odegrania w tym wszystkim miały i mają organizacje pacjentów – takie jak Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych?

Krystyna Wechmann: Ta rola – co przynaję z prawdziwą radością i satysfakcją – wciąż rośnie. Szczególnie cieszy mnie wciąż poprawiająca się współpraca organizacji pacjentów z instytucjami publicznymi, z decydentami, że nasz głos jest coraz bardziej słyszalny i coraz bardziej brany pod

uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących systemu ochrony zdrowia, takich które nas – pacjentów – dotyczą bezpośrednio.

Ale takie relacje wymagają woli i zaangażowania z obydwu stron – my zawsze deklarujemy wolę współpracy i dialogu. Cieszy, że również po stronie publicznej coraz częściej widzimy taką otwartość. Tak jak wskazywało podczas Forum wielu znamienitych gości – przed nami wiele wyzwań związanych m.in. z wychodzeniem z popandemicznego długu zdrowotnego i napływem uchodźców z Ukrainy. W takich momentach ta współpraca staje się ważniejsza niż kiedykolwiek. To ona jest gwarantem tego, że wprowadzone rozwiązania będą efektywne i będą uwzględniały potrzeby każdej z grup, które tworzą system ochrony zdrowia w naszym kraju. Wierzę, że kiedy za rok spotkamy się na kolejnym – 11. już – Forum Pacjentów Onkologicznych będziemy mogli z czystym sercem przyznać, że udało nam się – m.in. właśnie dzięki stałej, wspólnej pracy – wykonać kilka kolejnych kroków na ścieżce ewolucji w onkologii.

Dziękujemy Ministerstwu Zdrowia, Rzecznikowi Praw Pacjenta, Polskiemu Towarzystwu Onkologii Klinicznej oraz Polskiemu Towarzystwu Psychoonkologicznemu za objęcie 10. edycji Forum Pacjentów Onkologicznych patronatem honorowym.

Patronat medialny nad wydarzeniem objęli Hematoonkologia.pl, Onkologia-dziecieca.pl, Puls Medycyny, PulsMedycyny.pl, Konsylium24.pl, Termedia.pl, ZwrotnikRaka.pl

Organizacja 10. edycji Forum Pacjentów Onkologicznych byłaby niemożliwa dzięki wsparciu darczyńców i partnerów.

Wśród darczyńców Forum znaleźli się: Fundacja DKMS, AbbVie Polska, Janssen Polska. Partnerami wydarzenia zostali: Astellas Polska, Bristol Myers-Squibb, GlaxoSmithKline Polska, Ipsen Polska, Eli Lilly Polska, Merck Polska, Novartis Polska, MSD Polska, Pfizer Polska, Roche Polska.

JASKÓŁKI NADZIEI 2021

Nagrody JASKÓŁKI NADZIEI zostały ustanowione, aby promować i wyróżniać aktywne wsparcie, niesienie nadziei oraz tworzenie dobrych wzorów i praktyk w środowisku pacjentów onkologicznych.

Jaskółki – znak nadchodzącej wiosny, nadziei na odrodzenie życia, są symbolem naszej organizacji.

Nagrody za 2021 zostały przyznane aż w 6 kategoriach. Tradycyjnie nagrody przyznane zostały liderom organizacji pacjentów, pacjentom niosącym nadzieję i za kampanię/projekt

społeczny w dziedzinie onkologii. W tym roku postanowiliśmy również wyróżnić pomysłodawców i opiekunów grup wsparcia.

W kategorii nagroda medialna oraz nagroda specjalna wyróżniliśmy dwie zasłużone w polskiej onkologii osoby.



Konkurs Jaskółki Nadziei 2021 – zdjęcie grupowe laureatów / Fot. Hanna Fonrobot

LIDER ORGANIZACJI PACJENTÓW 2021

NAGRODA GŁÓWNA 2021

Elżbieta Markowska, Prezes Stowarzyszenia Częstochofskie Amazonki

Za szerokie spektrum działania na rzecz różnych grup społecznych, w tym pacjentów onkologicznych i osób niepełnosprawnych; za organizację wielu przedsięwzięć, w tym cyklicznych, marszy, kampanii, akcji profilaktycznych; za nadzorowanie współpracy ze szpitalami w zakresie pomocy pacjentom onkologicznym; za stworzenie platformy komunikacji online między pacjentem przebywającym w szpitalu a jego rodziną czy specjalistami podczas pandemii.

WYRÓŻNIENIE 2021

Natalia Voytsel, Prezes Fundacji Gdy Liczy się Czas

Za wspieranie i spojrzenie na potrzeby pacjenta onkologicznego pod kątem działań dla mamy, dziecka przebywających na oddziale onkologicznym poprzez organizację różnego rodzaju akcji pomocowych, zbiórek humanitarnych również w czasie pandemii; za niesienie dobra i spełnianie marzeń dzieci chorych onkologicznie dając im namiastkę radości w szpitalu; za promowanie profilaktyki nowotworowej u dzieci i młodzieży.

WYRÓŻNIENIE 2021

Maria Szuba, Prezes Stowarzyszenia Przebiśnięg

Za wieloletnią pracę na rzecz osób chorych na chłoniaki; za tworzenie poczucia bezpieczeństwa u pacjentów, którzy dzięki znajomości terapii, czują się bezpiecznie i aktywnie mogą uczestniczyć w procesie zdrowienia; za promowanie profilaktyki onkologicznej poprzez zachęcenie do rozmów o niepokojących objawach w gronie najbliższych; za szeroko rozumianą edukację społeczeństwa o chłoniakach poprzez kampanie, spoty edukacyjne, akcje w social mediach.

PACJENT NIOSĄCY NADZIEJĘ 2021

NAGRODA GŁÓWNA 2021

Ewa Styś, Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśniaki i Czerniaki Sarcoma

Za dzielenie się swoim doświadczeniem pacjentki onkologicznej, dawanie wsparcia, energii i uśmiechu innym pacjentom onkologicznym, również tym najmłodszym – dzieciom i nastolatkom; za poświęcanie im uwagi na szpitalnych korytarzach i salach oraz wskazywanie drogi po diagnozie dzięki wieloletniemu wolontariatowi oraz współorganizacji wartościowych projektów, wydarzeń, spotkań, podczas których mogą czuć się piękni, potrzebni, wartościowi.

WYRÓŻNIENIE 2021

Agata Wiklik-Szczeblewska

Za uświadamianie innym pacjentom, że rak może być kolorowy w pełnym tego słowa znaczeniu, za dzielenie się swoją wiedzą i spostrzeżeniami z punktu widzenia pacjentki onkologicznej oraz kobiety na portalu www.koloroworaki.pl i Instagramie; za przekazywanie otuchy i poruszanie tematów tabu, które dają pacjentowi onkologicznemu poczucie, że może czuć się swobodnie podczas swojej choroby i pomyśleć również o swoich potrzebach, pasjach, hobby; za przekaz, że dla każdego jest ciąg dalszy po chorobie nowotworowej.

WYRÓŻNIENIE 2021

Dorota Kupiec-Prządka, Członek Ogólnokrajowego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Przewłęką Białaczkę Szpikową

Za podjęcie aktywności na rzecz pacjentów onkologicznych w postaci hospicyjnego wolontariatu i uczestnictwo w projekcie OnkoRejs, który jest okazją dla pacjentów na uaktywnienie się i przystosowanie do samodzielności po leczeniu onkologicznym; za czynne włączenie się w szerzenie wiedzy na temat profilaktyki zdrowotnej i niezmienną chęć niesienia pomocy drugiej osobie.

PROJEKT/KAMPANIA SPOŁECZNA 2021

NAGRODA GŁÓWNA 2021

Sala do chemioterapii dziennej dla kobiet w szpitalu w Brzozowie, Stowarzyszenie Sanitas

Za stworzenie kameralnej, przyjaznej sali do dziennej chemioterapii w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym, dedykowanej pacjentkom z rakiem piersi, będącej uzupełnieniem *Breast Cancer Unit*; za kompleksowe spojrzenie na potrzeby kobiet podczas terapii, za wywoływanie podczas leczenia onkologicznego pozytywnych myśli, możliwości wymiany doświadczeń i nawiązywania nowych relacji z innymi pacjentkami.

WYRÓŻNIENIE 2021

Zostań Samobadaczem Roku – Rak Nie Zna Metryki, Stowarzyszenie Częstochowskie Amazonki

Za podniesienie świadomości zdrowotnej z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych młodzieży w szkołach oraz przygotowanie uczniów do dorosłego życia i dzielenia się wiedzą z rówieśnikami; zamysł i realizacja projektu stanowi ważną sferę w nauczaniu młodzieży oraz budowaniu kreatywności i aktywności względem swojego zdrowia.

WYRÓŻNIENIE 2021

Sala dziennego pobytu w Siedleckim Centrum Onkologii, Fundacja Space with Love

Za pomysł na przyjazną przestrzeń do odpoczynku dla pacjentów onkologicznych, za kompleksowe spojrzenie i umilenie czasu spędzanego w szpitalu poprzez stworzenie strefy wypoczynku umożliwiającej zrelaksowanie się lub nawiązywanie rozmów, co może przyczynić się do zminimalizowania stresu wynikającego z wizyt u lekarza i dojazdów na terapie onkologiczne.

GRUPA WSPARCIA

Czas pandemii często można opisać jako czas wykluczenia, samotności, ale podobnie czują się pacjenci onkologiczni. Z pomocą przychodzą grupy wsparcia, w tym roku wyróżniliśmy szczególnie trzy grupy, które działają na Facebooku – czyli medium, które łączy ludzi niezależnie od ich statusu, miejsca zamieszkania czy nawet wieku.

NAGRODA GŁÓWNA 2021

Zespół Chorych na Mielofibrozę

Za stworzenie grupy wsparcia dla chorych na nowotwory mieloproliferacyjne; za umożliwienie komunikacji między pacjentami, którzy mogą podzielić się z innymi swoimi doświadczeniami, uzyskać wsparcie i poradę. Grupa działa pod patronatem Stowarzyszenia Hematoonkologiczni.

WYRÓŻNIENIE 2021

Grupa wsparcia „Rak pęcherza – wykryj i lecz”

Za umożliwienie komunikacji pomiędzy pacjentami, gdzie mogą podzielić się swoją historią i czuć się bezpiecznie. Każdy chory na raka pęcherza może przyłączyć się do grupy wsparcia i podzielić się doświadczeniem, uzyskać poradę, porozmawiać z innymi chorymi.

WYRÓŻNIENIE 2021

Grupa wsparcia „Rak płuca”

Za stworzenie grupy wsparcia „Rak płuca” na Facebooku, będącą miejscem wymiany doświadczeń i historii leczenia między pacjentami chorymi na raka płuca; za umożliwienie komunikacji między pacjentami, którzy dzięki grupie wsparcia mogą czuć się potrzebni i bezpieczni, uzyskać wzajemne wsparcie i poradę.



Redaktor Agnieszka Giannopoulos / Fot. Hanna Fonrobert

NAGRODA MEDIALNA

Agnieszka Giannopoulos, redaktor portali www.hematoonkologia.pl i www.onkologia-dziecieca.pl

Za przekazywanie rzetelnej wiedzy, promowanie wartościowych publikacji, wydarzeń, aktualności za pośrednictwem portalu hematoonkologia.pl i onkologia-dziecieca.pl wśród pacjentów hematologicznych i hematoonkologicznych, w tym dzieci chorych onkologicznie; za udostępnianie historii pacjentów, które przynoszą otuchę i wsparcie chorym szukającym w internecie pomocy i zrozumienia; za uczestnictwo w wydarzeniach promujących dni świadomości chorób onkologicznych oraz profilaktyki onkologicznej; za organizację konferencji i webinarów z tematyką nowotworów hematoonkologicznych.

Portale hematoonkologia.pl i onkologia-dziecieca.pl to źródła cennej wiedzy i najnowszych osiągnięć w hematoonkologii i onkologii dziecięcej, które oswiają pacjentom onkologicznym życie z chorobą nowotworową.

Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda odbiera Nagrodę Specjalną 2021
Fot. Hanna Fonrobert

NAGRODA SPECJALNA

Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda

Za zaangażowanie w dzieleniu się wiedzą naukową i praktyczną na temat nowotworów hematoonkologicznych i ich profilaktyki; za partnerstwo i duże wsparcie organizacji pacjentów chorych na nowotwory krwi; za wartościowe, liczne artykuły, publikacje naukowe, udział w tworzeniu rozdziałów do książek, podręczników, wystąpieniach w konferencjach dla pacjentów; za dzielenie się specjalistyczną wiedzą, cennymi spostrzeżeniami, potrzebami i priorytetami pacjentów hematoonkologicznych, co ma duży wpływ na coraz lepsze standardy leczenia, szerszy dostęp osób chorych do leków oraz rozwój kompleksowej opieki nad pacjentem hematologicznym i hematoonkologicznym w Polsce.

Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda jest konsultantem krajowym w dziedzinie hematologii i dyrektorem Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Posiada specjalizacje z chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej.



foto: Hanna Fonrobert



NOWOTWORY KRTANI – NIEPOKOJĄCE STATYSTYKI

Dr n. med. Anna Gorzelnik, specjalista otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej, starszy asystent w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie – Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB) w Warszawie. Obszar zainteresowań to leczenie chorych z rakiem krtani, protezy głosowe i profilaktyka nowotworów głowy i szyi.

Nowotwory krtani są najczęściej występującymi nowotworami okolic głowy i szyi. Niepokojący jest fakt, że w Polsce, na tle krajów Unii Europejskiej, mamy zarówno wyższy wskaźnik zachorowań na te nowotwory, jak i wyższą umieralność. Dlaczego tak się dzieje i czy możemy to zmienić? Co powinniśmy wiedzieć o nowotworach krtani?

Rak krtani, wyłączając nowotwory skóry, jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym w rejonie głowy i szyi. W Polsce rak krtani jest na siódmym miejscu na liście najczęstszych nowotworów u mężczyzn. Stanowi ok. 2,4% wszystkich nowotworów występujących u mężczyzn i ok. 0,3% nowotworów u kobiet. Ryzyko zachorowania na raka krtani jest około 8 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. 93% zachorowań u mężczyzn i 92% zachorowań u kobiet na nowotwory złośliwe krtani występuje po 50 roku życia. W Polsce, według Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2019 r. odnotowano 1950 nowych przypadków zachorowań na raka krtani. W porównaniu do innych państw europejskich współczynnik zachorowań w Polsce jest wyższy dla obu płci. Również umieralność z powodu nowotworów krtani w Polsce jest wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. Liczba zgonów z powodu raka krtani w 2019 r. wynosiła 1450.

Jakie są przyczyny i czynniki ryzyka wystąpienia nowotworów krtani?

Rak krtani należy do grupy nowotworów tytoniozależnych, w grupie osób niepalących występuje bardzo rzadko. Wieloletnie palenie tytoniu zwiększa 30-krotnie ryzyko zachorowania na raka krtani, a równoczesne palenie tytoniu i spożywanie wysokoprocentowego alkoholu zwiększa to ryzyko 330 razy.

Istotnym czynnikiem ryzyka raka krtani jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), który powoduje też raka szyjki macicy, raka odbytu i raka prącia, a także raka ustnej części gardła.

Kolejnym czynnikiem ryzyka jest ekspozycja, najczęściej zawodowa, na substancje chemiczne, zawarte w cemencie, az-

beście, klejach, farbach, lakierach, pyłe drzewnym czy pyłe węglowym.

Istotny wpływ na proces nowotworowy ma refluks żółdkowo-przełykowy oraz niedobory pokarmowe i zły stan odżywienia pacjenta.

Jakie objawy dają nowotwory krtani?

Zmiana głosu, męczliwość i osłabienie głosu lub chrypka należą do częstych objawów nie tylko raka krtani ale również innych chorób.

Lokalizacja guza pierwotnego w obrębie krtani: nadgłośnia, głośnia lub podgłośnia oraz kierunek szerzenia się nowotworu determinują wczesne objawy raka, które mogą się od siebie znacznie różnić.

Rak nadgłośni, który rozwija się w obrębie górnego piętra krtani, w początkowym okresie może dawać objawy uczucia suchości i drapania w gardle, uczucia ciała obcego w gardle czy bólu w trakcie połykania. Nierzadko pierwszym objawem jest guz na szyi, będący przerzutem do węzła chłonnego.

W **raku głośni**, występującym najczęściej jako guz egzofityczny fałdu głosowego, dominującym objawem jest chrypka, następnie w zależności od stopnia zaawansowania miejscowego narastająca duszność i świst krtaniowy (stridor), charakterystyczny szorstki dźwięk słyszalny w trakcie oddychania.

Krtuszenie się, zaburzenia głosu, kaszel lub zaburzenia połykania narastają powoli i pojawiają się późno w **raku podgłośni**, zlokalizowany w dolnym piętrze krtani. Krwiopłucie lub przykry zapach z ust świadczą o znacznym zaawansowaniu miejscowym pojawiającym się w okresie rozpadu nowotworu.

Mało specyficzne objawy raka krtani opóźniają diagnostykę u specjalisty i ustalenie prawidłowego rozpoznania. Każdy pacjent z chrypką, kaszlem, bólem gardła, bólem promieniującym do ucha, uczuciem przeszkody podczas połykania, guzem na szyi, krwiopłuciem, bez poprawy po 2-3 tygodniowym leczeniu przeciwwzapalnym wymaga skierowania do specjalisty otorynolaryngologa.

Jakie badania diagnostyczne są niezbędne do postawienia diagnozy?

W diagnostyce raka krtani standardem jest:

- zebranie szczegółowego wywiadu,
- badanie palpacyjne w zakresie krtani, szyi, nasady języka,
- laryngoskopia za pomocą lusterka krtaniowego, sztywnego lub giętkiego endoskopu tzw. nasofiberoskopia,
- badania obrazowe, spośród których największe znaczenie ma tomografia komputerowa.

Na podstawie samej oceny klinicznej raka krtani nie można rozróżnić od innymi chorób krtani m.in. niektórych postaci tocznia, kiły, gruźlicy lub chłoniaków.

Badanie patomorfologiczne, czyli ocena histopatologiczna materiału z biopsji guza jest podstawą rozpoznania raka krtani.

Biopsję czyli pobranie materiału poprzez częściowe lub całkowite chirurgiczne wycięcie guza wykonuje się podczas bezpośredniego wziernikowania krtani w badaniu direkto-skopowym w znieczuleniu ogólnym lub w badaniu fiberoskopowym w znieczuleniu miejscowym.

Na podstawie powyższych badań ustalana jest klasyfikacja TNM, służąca do określania zaawansowania nowotworu.

Cecha T – określa wielkość guza, jego umiejscowienie i szerzenie się wewnątrz prawidłowych tkanek.

Cecha N – określa wielkość przerzutu w węzle chłonny i ilość zajętych węzłów chłonnych.

Cecha M – określa istnienie przerzutów nowotworu w tkankach odległych od początkowego narządu.

Biorąc pod uwagę poszczególne cechy, otrzymujemy stopień zaawansowania w skali TNM, wystandaryzowany, ułatwiający prawidłowy dobór metod leczenia i ocenę rokowania.

Jak leczymy nowotwory krtani?

Postępowanie terapeutyczne w poszczególnych lokalizacjach raka krtani (rak głośni, nadgłośni, podgłośni) jest odmienne ze względu na zróżnicowany przebieg kliniczny.

W leczeniu wczesnych raków głośni i nadgłośni (T1, T2) stosuje się leczenie radioterapią lub oszczędzające leczenie chirurgiczne – zabiegi endoskopowe. Obie metody pozwalają uzyskać zbliżony odsetek wyleczeń, a każda z nich ma swoje zalety i wady; decyzja o wyborze postępowania podejmowana jest indywidualnie, z uwzględnieniem preferencji chorego. W leczeniu zaawansowanych raków głośni i nadgłośni (T3 i T4) leczeniem z wyboru jest radykalna chemioradioterapia lub leczenie chirurgiczne (laryngektomia całkowita – całkowite usunięcie krtani i wycięcie węzłów chłonnych szyi) z uzupełniającą radioterapią.

W leczeniu raków podgłośni o stopniu zaawansowania T1-T2 metodą leczenia jest radioterapia, w leczeniu stopnia T3-T4 proponowane jest leczenie chirurgiczne – całkowite usunięcie krtani.

W przypadku cechy N; obecność przerzutów w węzłach chłonnych ma istotne znaczenie rokownicze, cecha N+ zmniejsza szansę wyleczenia o 50%.

We wszystkich lokalizacjach raka krtani z cechą M1 – obecność przerzutów w tkankach odległych można rozważyć paliatywną CTH lub leczenie objawowe w zależności od stopnia sprawności, dolegliwości i stanu odżywienia chorego.

Jakie są rokowania w nowotworach krtani?

Nowotwory krtani cechuje ogólnie niekorzystne rokowanie. Przeżycia 5-letnie u pacjentów z nowotworami krtani u mężczyzn są na poziomie 51% natomiast u kobiet na poziomie 62%. Skuteczność leczenia zależy od stopnia zaawansowania nowotworu. Wyleczalność sięga nawet do 80% we wczesnych stopniach zaawansowania (T1-T2) i nie generuje znaczących ubytków czynnościowo-estetycznych.

Czy po leczeniu konieczna jest rehabilitacja i jak przebiega?

Rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii (całkowitym wycięciu krtani, pacjent bez narządu wytwarzającego głos) polega obecnie na rutynowej implantacji protezy głosowej. Wszczepienie protezy głosowej może być pierwotne – jednoetapowe, czyli w trakcie operacji usunięcia krtani lub wtórne – po zakończonym leczeniu. Polega na wytworzeniu przetoki chirurgicznej tchawiczoprzełykowej zamykanej jednokierunkową silikonową zastawką oraz na rehabilitacji – wzbudzeniu segmentu gardłowo-przełykowego tzw. pseudogłosni.

Rehabilitacja pacjentów laryngektomowanych zaczyna się od uruchomienia protezy i odbywa się pod okiem wyspecjalizowanych rehabilitantów w macierzystych ośrodkach wykonujących laryngektomię. Opanowanie mowy zastępczej jest możliwe w ciągu miesiąca na tyle, aby mowa była socjalnie wydolna.

Rehabilitacja mowy zastępczej w NIO-PIB odbywa się w Zakładzie Rehabilitacji, którą prowadzi logopeda Marta Owczarczyk.

Czy istnieją badania profilaktyczne?

Nie ma badania, które byłoby uniwersalnym badaniem profilaktycznym w nowotworach głowy i szyi. Nacisk kładziony jest na świadomość społeczną oraz poszerzaniu wiedzy na temat nowotworów głowy i szyi wśród lekarzy rodzinnych i stomatologów.

Czy rakowi krtani można zapobiegać?

Dbając o swoje zdrowie pacjenci powinni unikać ekspozycji na czynniki ryzyka, w szczególności palenia tytoniu i spożywania wysokoprocentowych alkoholi.

Ponieważ istotnym czynnikiem ryzyka, nie tylko raka krtani, ale też innych nowotworów jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), należy rozważyć skorzystanie ze szczepionki przeciwko niemu.

W NIO-PIB działa poradnia Pomocy Palącym, która oferuje bezpłatne konsultacje lekarskie i wsparcie psychologiczne dla osób, które chcą rzucić palenie. Wizyta w Poradni nie wymaga skierowania.

Godziny przyjęć:

poniedziałek – piątek: 16.00 – 19.00

Informacja i zapisy:

poniedziałek – piątek: 09.00 – 21.00; tel : 22 221 80 15



BY PACJENT PO USUNIĘCIU KRTANI MÓWIŁ SWOIM GŁOSEM

Marta Owczarczyk, logopeda, Zakład Rehabilitacji
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie
– Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) w Warszawie.

Na co dzień nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak wiele struktur jest zaangażowanych w wydawanie prostego dźwięku. Mówimy automatycznie, nie myśląc o tym. Gdy pojawia się choroba, poddajemy się leczeniu, które często nas okalecza, pojawiają się problemy spowodowane skutkami ubocznymi operacji czy radioterapii. Pojawia się ból, zakres ruchu się zmniejsza, tkanki się usztywniają, pojawiają się obrzęki. Okazuje się wtedy, że podstawowe czynności, takie jak połykanie czy mówienie stają się bardzo trudne lub niemożliwe. Wtedy do akcji wkraczają specjaliści.

Jestem zatrudniona w Zakładzie Rehabilitacji NIO-PIB w Warszawie. Na co dzień zajmuję się rehabilitacją pacjentów leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi. Wśród nich są osoby z dyslalią anatomiczno-ruchową, osoby po laryngektomiach całkowitych i osoby z zaburzeniami połykania. To praca zespołowa, która zaczyna się już na oddziale, a potem kontynuujemy terapię ambulatoryjnie.

Nasi pacjenci przechodzą bardzo rozległe operacje i wymagają opieki wielospecjalistycznej. Zajmujemy się pacjentem wspólnie z fizjoterapeutą - ja usprawniam połykanie i mowę, a fizjoterapeuta usprawnia pacjenta w obrębie twarzoczaszki, szyi czy barków. Często też konieczna jest poprawa zakresu ruchomości kończyn górnych.

Dyslalia to zaburzenia dźwięków mowy, które powstają na skutek zmian anatomicznych obwodowego aparatu artykulacyjnego. Pojawia się u pacjentów, u których wycięto guz zlokalizowany w dnie jamy ustnej z rekonstrukcją różnego rodzaju płatami. Rodzaj zastosowanej rekonstrukcji jest uzależniony od lokalizacji guza i wielkości ubytku tkankowego. Po operacji pacjenci mają zaburzenia połykania, ale też problemy artykulacyjne. Z tymi chorymi pracuję od razu po zabiegach, jak i później, po zakończeniu radioterapii. Pacjenci ci borykają się różnymi problemami, dotyczącymi podstawowych czynności życiowych, jakie są oddychanie, połykanie i mowa. Moim celem jest usprawnienie tych funkcji.

Odrębną grupę pacjentów, z którymi pracuję, stanowią osoby po laryngektomiach całkowitych, kiedy to dochodzi do

usunięcia krtani. Wówczas pacjent pozbawiony jest narządu fonacyjnego i nie ma możliwości generowania głosu, który dalej jest modulowany przez artykulatory – język i wargi.

Pacjent, wychodząc z oddziału chirurgicznego dostaje od razu skierowanie na rehabilitację do naszego zakładu i w zależności od potrzeb zostaje skierowany na odpowiednie zabiegi. Trzeba pamiętać, że późniejsze leczenie – radioterapia – jest również bardzo obciążająca dla chorych. Jej skutkiem są zwłóknienia tkanek miękkich, dochodzi do kserostomii (suchości jamy ustnej), co powoduje nie tylko dyskomfort, ale wpływa również na połykanie i mowę. Dochodzi do usztywnienia tkanek i spotęgowania obrzęków limfatycznych, z którymi nasz team rehabilitacyjny walczy wspólnie z pacjentem.

Koordinacja działań to podstawa

Jest dużo ośrodków, gdzie są zarówno poradnie rehabilitacyjne i poradnie logopedyczne, natomiast to, czy ze sobą współpracują jednocześnie, jest kwestią skoordynowania – jeśli jest w danym ośrodku taka możliwość, to należy do tego dążyć, bo jest to sytuacja optymalna dla pacjenta. Niestety, obecne wymogi NFZ są często bezlitosne dla pacjenta – według nich na przykład niektóre zabiegi nie mogą się odbywać w tym samym czasie. By pogodzić obowiązujące nas przepisy z dobrem pacjenta, musimy czasem być bardzo elastyczni. Na przykład przed udzieleniem świadczenia rehabilitacyjnego pacjent musi odbyć w zakładzie rehabilitacji kilka wizyt kwalifikujących, co jest uciążliwe dla pacjenta, a przede wszystkim wydłuża czas oczekiwania na rehabilitację.

A przecież usługa rehabilitacyjna powinna się odbyć w danym momencie, wtedy, kiedy jest najbardziej potrzebna. Jeśli jej wykonanie odwleka się w czasie, nie otrzymuje pożądanego efektów. Gdy „przegapimy” właściwy moment, w którym tkanki są jeszcze elastyczne a nie już zwłóknione, nie trafimy we właściwy czas dochodzi do nieodwracalnych zmian. Dlatego usprawnienie i ułatwienie dostępu do rehabilitacji jest istotnym postulatem zarówno dla pacjentów, jak i dla nas.

Nauka mowy przełykowej

To, jak pracuję z pacjentem po całkowitym usunięciu krtani zależy od tego, jaki był zakres operacji i w jaki sposób chory został zaopatrzony po zabiegu czy ma wszczepioną protezę głosową. W czasach, gdy nie było protez głosowych lub były one rzadkością, a obecnie w sytuacjach, gdy z różnych powodów nie można takiej protezy wszczepić, mogą pacjentowi zaferować naukę mowy przełykowej. Po usunięciu krtani droga oddechowa i droga pokarmowa są oddzielone od siebie. Moim celem jest nauczenie pacjenta generowania mowy zastępczej przy pomocy przełyku. To konieczne, bo pacjent oddycha inaczej, powietrze przechodzi zupełnie innym torem – nie przez nos, nie przez jamę ustną a przez otwór tracheostomijny.

Nauka polega więc na wyćwiczeniu określonych struktur mięśniowych i nawyków, by móc ponownie mówić. Wcześniej to struny głosowe drgały w krtani i wytwarzały ton podstawowy, na bazie którego tworzył się głos, a potem mowa. Teraz pacjent uczy się posługiwać tłoczną brzuszną i przeponą w taki sposób, by wykorzystując różnicę ciśnień, opanować zasysanie powietrza do drogi pokarmowej, pod górny zwieracz przełyku. Gdy powietrze już znajdzie się pod górnym zwieraczem przełyku, pacjent rozluźnia gardło i wypuszcza powietrze tak, by uzyskać dźwięczne odbicie. Drgając w trakcie tego procesu górny zwieracz przełyku zadziała jak struny głosowe.

Poza tym wykonujemy również ćwiczenia usprawniające język i wargi, ćwiczenia rozluźniające mięśnie żwaczy i zwieracz przełyku. Dla każdego pacjenta przygotowuję również odpowiedni materiał językowy – oparty na przykład na głoskach zwarto-wybuchowych tylnojęzykowych (k, g). By pacjent mógł w łatwy sposób wygenerować pierwsze dźwięki – sylaby, wyrazy dwusylabowe, a z czasem frazy i proste zdania. Później przychodzi czas na zdania złożone, a ostatnim elementem jest ćwiczenie prozodii-akcentu, intonacji i rytmu wypowiedzi. To, czy pacjent opanuje tę trudną technikę i w jakim zakresie, zależy zarówno od warunków anatomicznych jak i od uporu pacjenta i jego motywacji, pracy nad sobą i samoświadomości.

Nauka mowy przetokowej

Pacjenci z wszczepioną protezą głosową są w innej sytuacji. Z nimi pracuję nad mową przetokową. Pacjent w czasie rehabilitacji wykorzystuje protezę głosową, a źródłem dźwięku

jest powietrze wydechowe. Jak to działa? Po nabraniu powietrza, pacjent zatyka wymiennik ciepła i wilgoci. Powietrze z płuc wędruje poprzez protezę i trafia pod górny zwieracz przełyku, który jest generatorem dźwięku. Najważniejsze jest więc skoordynowanie oddechu i palca i opanowanie techniki rozluźniania gardła. Pracujemy również nad postawą ciała i tłoczną brzuszną, by głos był swobodny, nie party. Materiał językowy do ćwiczeń jest inny niż w przypadku nauki mowy przełykowej.

Jest to proces dużo prostszy niż w przypadku braku protezy. Co za tym idzie, czas rehabilitacji jest dużo krótszy. Poza tym w przypadku mowy przetokowej pacjent ma stałą gotowość do mowy i jest to mowa znacznie lepiej zrozumiała niż mowa przełykowa. Dlaczego? Bo mowa przetokowa jest mową o wyższych tonach niż spowolniona mowa przełykowa o niskiej tonacji. Jest przez to bardziej podobna do mowy krtaniowej.

Nie tylko nauka mowy

Pacjenci po laryngektomiach całkowitych wymagają pomocy nie tylko w nauce mowy. Często skarżą się na problemy z połykaniem po zakończeniu radioterapii, zgłaszają uczucie ściskania w gardle. Wtedy dodajemy w ramach rehabilitacji ćwiczenia poprawiające perystaltykę gardła. Pokazujemy różne techniki kompensacyjne – na przykład, jak zmienić postawę czy ułożenie ciała, by ułatwić połykanie. Dobieramy pokarmy o odpowiedniej konsystencji, temperaturze, smaku. Staramy się, by nasi pacjenci, którzy niejednokrotnie odczuwają silny ból, mimo wszystko nie zniechęcali się całkowicie do jedzenia.

W oczekiwaniu na refundację

Pacjenci po laryngektomii całkowitej z wszczepioną protezą głosową, której pojawienie się niezwykle ułatwiło i przyspieszyło rehabilitację i poprawiło jakość życia pacjentów, mają problem z dostępnością akcesoriów, niezbędnych do jej działania. Wymienniki ciepła i wilgoci, rurki, plastry są bowiem odpłatne, co powoduje, że nie wszystkich na nie stać. W tej chwili są prowadzone intensywne negocjacje na temat ich refundacji. Obecnie nasi pacjenci są jednak skazani na duże miesięczne wydatki, chcąc korzystać z wszczepionej protezy. Przy czym niektórzy z nich nie są w stanie ich udźwignąć. Tu również mamy nadzieję na zmiany. Pozytywne jest natomiast to, że nasi pacjenci nie mają już problemów z dostępem do wymiany protezy.



Nie miałam szczęścia do diagnostyki

Moja historia onkologiczna zaczęła się ponad 8 lat temu i patrząc z perspektywy czasu, wydaje mi się, że pierwszym problemem, który pojawia się na ścieżce pacjenta onkologicznego, nie tylko z rakiem krtani, jest myślenie podręcznikowymi stereotypami i zapominanie o tym, że młodzi chorują na nowotwory coraz częściej.



Nic mnie nie bolało, nie czułam żadnego ucisku, nie miałam problemów z przełykaniem. Jedynym objawem była postępująca chrypa, która doprowadziła do zupełnego bezgłosu. Objawy, które miałam, zgodnie z tym, co wiem teraz, już po trzech tygodniach powinny skłonić lekarzy do dalszej, pogłębionej diagnostyki. Tymczasem ja pozostawałam bez diagnozy nawet przez wiele tygodni, a miesiące. Pielgrzymowałam między specjalistami – lekarzem rodzinnym, laryngologiem, foniatrą. Jedynie ten ostatni miał wątpliwości i skierował mnie do szpitala w celu pogłębionej diagnostyki. Byłam w 7. miesiącu ciąży, powiedziano mi, że na ścieżkę diagnostyczną mogę wrócić po porodzie, a najlepiej dopiero, gdy skończę karmienie piersią.

Bardzo długa ścieżka diagnostyczna

Minęło więc kolejnych kilka miesięcy zanim ponownie zaczęto mnie diagno-

zować i trafiłam na leczenie – rak zdążył się rozwinąć do stadium III. Ta bardzo wydłużona ścieżka diagnostyczna zdecydowała o tym, że stadium choroby, w którym trafiłam na leczenie onkologiczne, było tak bardzo zaawansowane, że straciłam krtani.

Zastanawia mnie, dlaczego żadnego z lekarzy, których spotkałam na swojej ścieżce w tamtym momencie, nie zastanowiło to, że objawy trwają tak długo, a stosowane leczenie nie jest skuteczne. Uważali, że skoro mam niecałe 30 lat, to absolutnie nic onkologicznego nie ma prawa się dziać, szczególnie, że nowotwory krtani zwykle dotyczą starszych mężczyzn, nałogowo palących i pijących. Z oczywistych powodów nie kwalifikowałam się do tej grupy, a to dyskwalifikowało mnie automatycznie z dalszej diagnostyki onkologicznej. Od jednej z lekarek usłyszałam nawet, że nie mam prawa mieć nowotworu w tym wieku.

Może nie nazwałabym tego znieczulicą, ale na pewno bardzo książkowym, rygorystycznym podejściem do zasad, które gdzieś tam w literaturze są opisywane, a które kwalifikują do pewnych działań i procedur medycznych. Mam nadzieję, że moja historia wyczuli lekarzy, z którymi się stykałam, na takie przypadki jak mój.

Kłopoty z fizjoterapią

Kilka tygodni po operacji zaczęły się pojawiać zrosty, które spowodowały niedowład prawej ręki, ból pod pachą. Rozpoczęłam poszukiwania fizjoterapeuty, który mógłby mi efektywnie pomóc. Byłam u kilku fachowców – część z nich uczciwie odmawiała, mówiąc, że nie mają doświadczenia z takimi pacjentami. Inni podejmowali nieudolne próby – traciłam czas, a objawy się pogłębiały. Znalezienie specjalisty umiejącego zająć się pacjentem po operacji onkologicznej w rejonie głowy i szyi okazało się to naprawdę trudne i trwało 2-3 ty-

godnie. Zadziałała poczta pantoflowa – przez Poznań (Poznańskie centrum Onkologii) dotarła do mnie informacja o fizjoterapeucie we Wrocławiu.

Rehabilitacja w przypadku pacjentów takich jak ja, to jest proces ciągły. Przykurcze po prawej stronie ciała, gdzie zakres operacji był większy, dają o sobie znać na co dzień. Powodują one bolesne skurcze przy szczęce, żuchwie i pomoc fizjoterapeuty jest trudna do przecenienia.

Mam wrażenie, że brak dostępnych specjalistów, zajmujących się fizjoterapią onkologiczną w przypadku nowotworów głowy i szyi może być szczególnie uciążliwy dla osób starszych. One często nie mają sił i środków na poszukiwanie i opłacanie pomocy z własnej kieszeni – godzą się na życie z bólem i ograniczoną sprawnością, a tak nie powinno być.

Bez nierefundowanego osprzętu proteza nie działa

Sama proteza jest w pełni finansowana przez NFZ, ale żeby móc z niej korzystać, trzeba dokupić rurkę silikonową, wymiennik ciepła i wilgoci, bo bez nich sama proteza jest bezużyteczna. Na rynku jest tylko jedna firma, które oferuje wymienniki ciepła i wilgoci dopasowane do protezy głosowej. Miesięczny koszt osprzętu do protezy to kilkaset złotych i przewyższa możliwości większości osób po takiej operacji. Walka o refundację, dofinansowanie trwa od wielu lat - teraz widać już światło w tunelu, ale tak naprawdę każdy miesiąc zwłoki to setki złotych z kieszeni pacjenta, które musi wyłożyć, by móc normalnie funkcjonować i mówić. Jako osoba pracująca, jestem w stanie sobie na to pozwolić. Należy jednak pamiętać, że chorują na ten nowotwór przede wszystkim osoby starsze, dla których taki wydatek jest poza ich zasięgiem finansowym, co skazuje je na życie w świecie ciszy.

Małe rzeczy, które zawsze mam z tyłu głowy

Radzenie sobie ze skutkami tak poważnego zabiegu, proces rehabilitacji i radzenie sobie z wszystkimi konsekwencjami utraty krtani jest dla pacjenta bardzo trudne. Do pewnych ograniczeń fizycznych człowiek się z czasem przyzwyczaja, choć to one cały czas przypominają, że przeszło się poważną chorobę. Na przykład do nieustannego braku jednej ręki, bo żeby mówić, to trzeba ją mieć zawsze przyłożoną do wymiennika ciepła i wilgoci. Jeśli więc chciałabym rozmawiać w czasie jazdy samochodem, to powinnam mieć automatyczną skrzynię biegów. Gdy niosę zakupy i mam dwie ręce zajęte, to nie powiem sąsiadowi „dzień dobry” i wyjdę na osobę źle wychowaną. Gdy jestem w towarzystwie i ktoś mi zadaje pytanie, a ja w tym momencie niefortunnie jem, to nie mam możliwości odpowiedzieć natychmiast. Najpierw muszę dokładnie przeżuć, co mam w buzi i przełknąć, czasem trwa to nawet około minuty. Jeśli tego nie zrobię, to się zakrztuszę. Frustruję się ja, frustruje się rozmówca, który nie zawsze zdaje sobie sprawę z moich ograniczeń. Staram się też nie epatować protezą – zawsze noszę golf, zasłaniam szyję. Te drobiazgi się

kumulują po jakimś czasie i powodują dyskomfort. Nadal nie do końca mam poczucie, że tak już będzie zawsze, trudno mi się pogodzić z tym, że nie są to chwilowe kłopoty.

Wydaje mi się, że w społeczeństwie panuje przekonanie, że jak ktoś jest młody, to nie może mu nic dolegać, jeśli mówi, że go coś boli, to po prostu użala się nad sobą. W kolejce do lekarza mają prawo czekać tylko starsi, młodzi mają po prostu fanaberie. Gdy siedzę w takiej poczekalni, czuję się jak hipochondryczka. Tu jest spore pole do zmian – by społeczeństwo zrozumiało, że coraz częściej poważnie chorują ludzie młodzi.

Wsparcie innych pacjentów

Grono osób, które kiedyś było wokół mnie mocno się wykruszyło, nie udźwignęli sytuacji. Patrząc z perspektywy czasu, mam wrażenie, że mimo, iż choroby onkologiczne są tak powszechne, to ludzie się po prostu boją. Boją się, że osoba chora będzie czegoś chciała, nie potrafią rozmawiać o chorobie. Jednocześnie poznałam dużo nowych osób.

Mam kontakt z dwoma Oddziałami Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych – wielkopolskim i dolno-

śląskim. Osoby po laryngektomii spotykają się co jakiś czas i to nie tylko z powodu świąt, ale również na całodniowych spotkaniach rehabilitacyjnych i wyjeżdżają wspólnie na turnusy rehabilitacyjne. Bardzo długo nie byłam gotowa na kontakt z innymi pacjentami, miałam dużą barierę psychiczną. Gdy wreszcie się przemogłam, to okazało się, że jest to grupa wspaniałych, otwartych osób. Każde takie spotkanie jest dla mnie bardzo motywujące. Spotkanie z pacjentami, którzy przeszli to co ja, ale dwadzieścia lat wcześniej i mają się świetnie, doskonale mówią, czerpią z życia razy dwa, a przekazują innym razy trzy, daje mi wielką nadzieję i energię. Czasami żałuję, że tak późno się odblokowałam.

Zmieniła mi się perspektywa i priorytety. Czasem wydaje mi się, że gdybym nie przeszła tak poważnej choroby i trudnego jej leczenia, nie miałabym aż takiej chęci i energii do życia, nie czerpałabym z niego pełnymi garściami i nie doceniałabym tego, co mam, tak bardzo, jak teraz.

W przypadku nowotworów krtani mamy możliwość profilaktyki, są szczepienia na HPV – zachęcam wszystkich, żeby korzystali z tej możliwości. Ja na pewno zaszczeplię moją córkę.

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu raka piersi

Pacjenci z rakiem piersi w Polsce, mają w ramach programów lekowych dostęp do wielu refundowanych cząsteczek, jednak wciąż nie wszystkie podtypy tego nowotworu mają zapewnione optymalne leczenie – pacjenci z najczęstszą postacią – hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają obecnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po raku płuc. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia.

Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium.

Eksperti podkreślają, że rak piersi wiąże się z poważnymi

konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy – pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego,

wymagająca wsparcia psychologicznego.

Cel terapeutyczny zależy od zaawansowania raka

– W przypadku każdego nowotworu, bardzo ważnym elementem jest ocena jego zaawansowania – podkreśla prof. Barbara



foto: swiatlekarza.pl

prof. Barbara Radecka, Kierownik Kliniki z Odcinkiem Dziennym w Opolskim Centrum Onkologii.

Radecka. – Onkolodzy mają specjalne skale, czasami są to wielostronnicowe opracowania, które pozwalają nam analizować wielkość pierwotnego guza, zmiany w okolicznych węzłach chłonnych lub, ewentualnie, przerzuty do innych narządów. Dzięki temu wiemy, jak duży jest nowotwór i w jakich miejscach jest on zlokalizowany. W momencie podejmowania decyzji terapeutycznej, wdrażania leczenia, te informacje mają kluczowe znaczenie. Zaawansowanie wyjściowe nowotworu decyduje bowiem o rokowaniu u pacjenta i decyduje też o tym, jakie leczenie możemy zastosować.

Wczesny rak piersi – cel: całkowite wyleczenie

– W dużym uproszczeniu możemy powiedzieć, że rak wczesny to choroba miejscowa, ograniczona do piersi, ewentualnie do okolicznych węzłów chłonnych – wyjaśnia prof. Barbara Radecka. – To ruchomy 2-3 centymetrowy guz w piersi, bez zmian na skórze, niewielka zmiana węzłowa w pasze lub brak przerzutów do węzłów.

Populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna – zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza – w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób, najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy jednak z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby.

Łącząc leczenie miejscowe z ewentualnym leczeniem systemowym (chemioterapią czy hormonoterapią) możemy chore wyleczyć w sposób doszczętny.

– W chorobie wczesnej myślimy przede wszystkim o wyleczeniu, czyli stosujemy maksymalnie dostępne leczenie o udowodnionej wartości – tłumaczy prof. Barbara Radecka. – Jest

to zazwyczaj skojarzenie kilku metod – leczenia miejscowego w obrębie piersi, pachy i leczenia systemowego, które je uzupełnia. Daje to nam nadzieję, że pacjentkę możemy z tej choroby wyleczyć. Niestety, nie zawsze się to udaje. U części kobiet, nawet pomimo rozpoznania raka piersi w stadium wczesnym po jakimś czasie dochodzi do nawrotu choroby.

Zaawansowany rak piersi – cel: wydłużyć życie, dbając o jego jakość

Choroba zaawansowana regionalnie to duży guz w piersi, duże zmiany węzłowe w pasze, ale również choroba o charakterze uogólnionym, czyli z przerzutami do innych narządów (kości, wątroby, płuc, mózgu).

– W chorobie zaawansowanej nasz cel jest inny – podkreśla prof. Barbara Radecka. – Wiemy, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, że zaawansowany rak piersi, szczególnie uogólniony, czyli z przerzutami do innych narządów, jest chorobą nieuleczalną, ale wiemy też, że jest to choroba, poddająca się leczeniu. Wówczas naszym celem jest, aby uzyskać u pacjentki możliwe długie przeżycie za cenę możliwie niedużej toksyczności. Oznacza to, że za każdym razem musimy wyważyć, co zyskujemy i jakie ryzyko dla pacjentki niosą nasze decyzje terapeutyczne. Należy też podkreślić, że nasze postępowanie zawsze jest dostosowane do postępu choroby i kondycji pacjentki, co oznacza, że zmienia się ono w czasie.

Dostęp polskich pacjentek do nowoczesnych terapii

O ile pacjentki z wczesnym HER2+ rakiem piersi są optymalnie zaopiekowane w Polsce, to pacjentki z hormonozależnym wczesnym HER2- rakiem piersi i zaawansowanym HER2+ rakiem piersi oraz potrójnie ujemnym rakiem piersi (TNBC) wciąż mają niezaspokojone potrzeby.

– Bardzo mnie cieszy, że pacjentki z wczesnym rakiem piersi otrzymały z początkiem tego roku refundację trastuzumabu emtanzyny w leczeniu adjuwantowym – zaznacza prof. Barbara Radecka. – Długo czekaliśmy na tę decyzję i jest to bardzo wartościowe leczenie.

– Pembrolizumab to immunoterapia bardzo dobrze oceniana w leczeniu okołoperacyjnym chorych na wczesnego raka piersi – wyjaśnia prof. Barbara Radecka. – Podaje się ten lek w leczeniu przedoperacyjnym w połączeniu z chemioterapią i po operacji jako konsolidację. Wiemy, że toczy się proces refundacyjny i producent leku czyni starania, aby został on objęty refundacją.

W przypadku raka piersi, mimo że większość pacjentów dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie, istnieje szczególnie duża populacja chorych, mających wysokie ryzyko nawrotu choroby. Nawet u 30% pacjentów w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii wytwarza się oporność na aktualnie dostępne leczenie, skutkujące nawrotem choroby w postaci przerzutów odległych, które nie są uleczalne i prowadzą do przedwczesnego zgonu. W związku z tym, w tej szczególnie narażonej na nawrót subpopulacji chorych z wczesnym rakiem hormonozależnym HER2-, istnieje niezaspokojona potrzeba wdrażania skutecznego leczenia redukującego ryzyko nawrotu choroby. Dla tych pacjentów w ostatnim czasie pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, polegające na skojarzeniu hormonoterapii z leczeniem celowanym, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby.

Aktualnie dostępne, refundowane leczenie pacjentów z hormonozależnym HER2- rakiem piersi obejmuje kombinację leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii – jest to leczenie powszechnie dostępne, natomiast charakteryzujące się małą specyficzną w walce z nowotworem. Ostatni przełom, jaki dokonał się w leczeniu tego typu raka, to właśnie zastosowanie hormonoterapii. Kolejne badania prowadzone w tym obszarze na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nie przynosiły przełomu.

– W leczeniu wczesnego hormonozależnego raka piersi HER2- jest bardzo ciekawy lek, należący do grupy cyklibów (inhibitorów CDK), dostępnych także w Polsce, w ramach programu leczenia zaawansowanego raka piersi – mówi prof. Barbara Radecka. – Ma on bardzo interesujące wyniki również w leczeniu raka wczesnego, jako leczenie pooperacyjne w grupie kobiet tzw. wysokiego ryzyka nawrotu. Dane z badań klinicznych wskazują, że u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu, zastosowanie terapii skojarzonej inhibitorem CDK 4 i 6 (abemacyklibem) w połączeniu z hormonoterapią o ponad 30% obniża ryzyko nawrotu choroby, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa. Ze względu na fakt, że nawrót choroby najczęściej występuje w postaci przerzutów odległych, prowadząc tym samym do rozwinięcia choroby nieuleczalnej, jest to grupa chorych, u której mimo wczesnego stadium choroby jest ona szczególnie groźna.

– Badanie nad zastosowaniem abemacyklibu u pacjentek z wczesnym rakiem piersi toczyło się również w kilku ośrodkach w Polsce i bardzo dobrze oceniamy ten lek – podkreśla prof. Barbara Radecka.

Na liście TOP 10 ONKO znalazły się dwa leki dedykowane pacjentkom z zaawansowanym rakiem piersi – sacituzumab govitekan (potrójnie ujemnym) i trastuzumab derukstekan (HER2+). – Oba te leki są koniugatami, czyli skojarzeniem przeciwciała ukierunkowanego na konkretny cel komórce nowotworowej i cytostatyku – tłumaczy prof. Barbara Radecka. – Takie leki nazywamy „koniami trojańskimi”, bo przeciwciało łączy się z określonym białkiem w komórce nowotworowej, wprowadzając do jej środka cytostatyk, czyli klasyczną chemioterapię. Na te leki bardzo czekamy – toczą się procesy refundacyjne i mamy nadzieję, że już niedługo będziemy mogli stosować je u naszych pacjentów.



dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB.

– U pacjentek, chorujących na wczesnego raka piersi musimy brać pod uwagę po pierwsze stopień zaawansowania i wielkość guza, który nie daje przerzutów odległych, a po drugie podtyp biologiczny nowotworu – wyjaśnia dr Katarzyna Pogoda.
– Wyróżniamy 3 główne grupy: nowotwory HER2+, nowo-

twory hormonozależne i nowotwory potrójnie ujemne. Każdą grupę pacjentek będą odmiennie leczyć, biorąc jednocześnie pod uwagę wielkość guza i stopień zajęcia węzłów chłonnych. W leczeniu wczesnego raka piersi staramy się dopasowywać leczenie do ryzyka nawrotu choroby. Gdy pacjentka ma dużego guza hormonozależnego, leczenie zaczynamy od chemioterapii i obserwujemy, jak ten guz na nie odpowiada. Następnie, po 5-6 miesiącach operujemy i w materiale patologicznym oceniamy pod kątem, jaka była odpowiedź na leczenie. Badania pokazują, że gdy u kobiety, która ma duże ryzyko nawrotu choroby, oprócz standardowej hormonoterapii (która może trwać nawet 10 lat), zastosujemy przez rok, dwa nowe terapie, to rokowanie tej pacjentki jeszcze bardziej się poprawia.

– W raku piersi potrójnie ujemnym, który stanowi ok. 10-15% przypadków raka piersi i charakteryzuje się bardzo szybkim rozwojem, ryzyko nawrotu jest najwyższe w pierwszych 2-3 latach – tłumaczy dr Katarzyna Pogoda. – W raku hormonozależnym to ryzyko jest stałe, nawroty zdarzają się i po 20 latach. Dlatego uważam, że powinniśmy się skupić na tym, by w różnych podtypach biologicznych stosować te terapie, które minimalizują ryzyko odległej choroby. W tym typie nowotworu czekamy na refundację govitecan sacituzumabu i pembrolizumabu.

Czy mamy przełom w leczeniu wczesnego raka piersi u pacjentek z dużym ryzykiem nawrotu?

Blisko 30% pacjentek z rakiem HER2+ i HER2- doświadcza nawrotu, ale wiemy również, że te nowe terapie mogą to ryzyko zredukować również o 30%.

– Należy jednak z całą mocą podkreślić, że te dane, które są obecnie przywoływane, to są dane dotyczące pacjentek leczonych 5, a nawet 10 lat temu – podkreśla dr Katarzyna Pogoda. – W mojej ocenie, leki, które teraz stosujemy spowodują, że tych nawrotów będzie znacznie mniej i za kilka lat te dane będą wyglądały dużo korzystniej dla naszych obecnych pacjentek.

Rokowania w leczeniu raka piersi w Polsce na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiły m.in. dzięki lepszemu dostępowi do innowacyjnych terapii. Jednak konsekwencje społeczne i ekonomiczne tego nowotworu są nadal znaczące, bo obejmują zarówno straty dla systemu ochrony zdrowia, systemu ubezpieczeń społecznych jak i całej gospodarki kraju. Wynikają one z przedwczesnych zgonów osób dotkniętych tym nowotworem, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu, zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. Dlatego tak kluczowe jest spojrzenie nie tylko jednostkowe, ale i całościowe na skalę problemu. Trochę o sukcesywnie podnoszenie dostępu do najnowszych i skutecznych terapii, zgodnych z aktualnymi światowymi standardami leczenia, to jedno, drugie, nieustanne zaangażowanie o jak najszybszą, właściwą diagnostykę. Im szybciej, na jak najwcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym jest większa szansa na jej całkowite wyleczenie i uniknięcie tysięcy ludzkich dramatów oraz dodatkowych – społecznych i systemowych kosztów.

Materiał został przygotowany na podstawie wypowiedzi ekspertów podczas obrad think tanku - Medycznej Racji Stanu, które miały miejsce w lipcu i sierpniu 2022 r., na temat aktualnej sytuacji w leczeniu raka piersi w Polsce.

RAK PIERSI. MIĘDZY RYZYKIEM A SZANSĄ



W lipcu bieżącego roku ukazała się książka „Rak piersi. Między ryzykiem a szansą” dr. n. med. Dariusza Michalika. Tekst – pierwotnie mówiony – przetranskrybowała, opracowała redakcyjnie i poprowadziła wprowadzeniami do rozdziałów, dr n. hum. Ewa Sławińska.

Publikacja dostarcza rzetelnej wiedzy medycznej, weryfikowanej przez autora w toku ponad trzydziestu lat pracy. Książka jest adresowana do wszystkich kobiet, w szczególności do tych, które należą do grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi, są w trakcie leczenia, albo już je przebyły. Czytelnik nie znajdzie w niej gotowych recept czy schematów postępowania, lecz wiedzę o leczeniu raka piersi. Autor przedstawia złożoność problemów onkologicznych oraz pluse i minusy możliwych rozwiązań. Książka ukazuje perspektywę „od kuchni” – świat leczenia raka piersi widziany oczyma doświadczonego lekarza, chirurga onkologa.

Dr Michalik promuje medycynę spersonalizowaną i zachęca pacjentów do udziału w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji leczniczych. W tekście przewija się motyw świadomej pacjentki, która – dla własnego dobra – powinna znać swoje prawa i świadomie uczestniczyć we wszystkich etapach leczenia.

Publikacja zawiera osiem rozdziałów, które obejmują takie tematy jak: zarządzanie ryzykiem zachorowania na raka piersi, profilaktyka pacjentek przeciętnego i wysokiego ryzyka, kancerogeneza, objawy raka piersi, badania obrazowe (MMG, MRI, USG), badania inwazyjne (biopsje), diagnostyka raka, postawa wobec choroby, leczenie onkologiczne: chirurgiczne (mastektomia, leczenie oszczędzające, onkoplastyczne), radioterapia, chemioterapia, rekonstrukcja piersi (implantami, tkankami własnymi), profilaktyka obrzęku chłonnego, leczenie paliatywne, nowotwory łagodne, stany infekcyjne, wady i defekty piersi oraz choroby piersi u mężczyzn.

Profilaktyka

Przyczyny raka piersi nie są dokładnie znane, ale wiadomo, jakie czynniki zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania. Omawiając je, dr Michalik nie analizuje detali, tylko ujmuje całość zagadnień z perspektywy społecznej i antropologicznej – zmian cywilizacyjnych, związanych z rozwojem

krajów świata zachodniego. W konsekwencji dochodzi do ogólnych wniosków na temat zdrowia, stylu życia i specyfiki współczesnego człowieka.

W pewnym stopniu możemy wyeliminować czynniki środowiskowe, które wywołują raka sporadycznego (warunkującego 90–95% zachorowań). Również w przypadku obciążeń genetycznych (odpowiadających za 5–10% przypadków) możemy podjąć profilaktykę i zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania. Profilaktyka jest szczególnie ważna u pacjentek z tzw. grupy wysokiego ryzyka.

Rozdział I odpowiada na wiele pytań dotyczących działań prewencyjnych oraz ich skuteczności, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.

Kancerogeneza

Od jednej zmutowanej komórki rozpoczyna się cała seria niezliczonych, pechowych zdarzeń, toczących się latami poza kontrolą organizmu. Przedstawiając proces kancerogenezy autor wyjaśnia najważniejsze kwestie – czym jest mutacja, co to jest rak, jak powstaje i jak się rozwija, czym różni się nowotwór złośliwy od łagodnego i dlaczego pokonanie raka nie jest takie proste.

W rozdziale II omówiono również raka zerowego stopnia, czyli raka przedinwazyjnego – przewodowego i zrazikowego, a także profilaktykę i możliwości leczenia stanów przedinwazyjnych.

Diagnostyka

Od symptomów raka piersi, poprzez badania diagnostyczne, do uzyskania potwierdzonej diagnozy – to zakres głównych tematów rozdziału poświęconego diagnostyce. Dr Michalik ukazuje wady i zalety poszczególnych metod diagnostycznych, zarówno obrazowych (mammografia, USG, rezonans magnetyczny), jak też inwazyjnych (biopsja gruboigłowa, biopsja cienkoigłowa oraz biopsja gruboigłowa wspomaganą

próżnią) pod kątem danych, jakich dostarcza wynik badania pobranego materiału.

Autor przestrzega przed metodami niekonwencjonalnymi, których skuteczność nie została udowodniona naukowo. Pacjentki sięgają po nie głównie z obawy przed leczeniem onkologicznym, jednak rezultaty ich decyzji okazują się zwykle niekorzystne dla zdrowia, zwłaszcza jeśli stosowanie tych metod powoduje zaniechanie lub opóźnienie właściwej terapii onkologicznej.

Jak wynika z obserwacji, pacjentki zbyt często podejmują decyzje pod wpływem negatywnych emocji – działają niekiedy zbyt pochopnie i wybierają najprostsze rozwiązania (amputację), choć na wybór opcji leczniczej mają aż kilka tygodni. Czasem ciężar choroby okazuje się zbyt duży do udźwignięcia i dopiero po zakończeniu leczenia dochodzi do głosu spokojna refleksja.

Postawa wobec choroby

Zdaniem dr. Michalika bardzo istotne jest przyjęcie odpowiedniej postawy wewnętrznej i wzięcie spraw w swoje ręce. Autor zaleca, by potraktować raka jako wyzwanie, przeszkodę do pokonania i okazję do sprawdzenia swoich możliwości. Przejście tego sprawdzianu powoduje niewątpliwe straty i niesie pewne ryzyko, ale jednocześnie przynosi nadzieję na „drugie życie”, daje szansę na wewnętrzną przemianę i przeformułowanie własnej hierarchii wartości. Wielkie wyzwania gruntownie zmieniają ludzi, odciągając ich od iluzji łatwego, komfortowego i zwyczajnego życia. Konfrontacja z potencjalnie śmiertelną chorobą jest jednocześnie spotkaniem z samym sobą i swoimi słabościami – pozwala odnaleźć i poznać swoje prawdziwe „ja”. Rozdział IV porusza kwestie uniwersalne i ponadczasowe, dotyczące postawy człowieka wobec życia i śmierci, odpowiedzialności i godności.

Determinacja i chęć powrotu do zdrowia, potrafią wyzwolić pokłady olbrzymiej wewnętrznej energii, na co dzień uśpionej. Zdaniem autora, „czas próby” w szczególności sposób może stać się naszym sprzymierzeńcem i pomóc nam w pracy nad samodyscypliną i hartem ducha, nie tylko w chorobie, ale również w innych, ekstremalnych sytuacjach życiowych.

Leczenie

Podstawą leczenia raka piersi było i jest leczenie chirurgiczne, dlatego w rozdziale dotyczącym leczenia najwięcej miejsca zajmuje właśnie ta metoda. Dr Michalik kreśli rys historyczny, omawiając kolejno: leczenie amputacyjne, oszczędzające i onkoplastyczne.

Historia pokazuje, jak często ścieżki onkologii wiodły na manowce i jak wielki postęp dokonał się w leczeniu raka piersi w ciągu ostatnich dekad. Do XIX wieku włącznie polegano jedynie na radykalnym leczeniu chirurgicznym (amputacyjnym), a stosowane metody były drastyczne i nieskuteczne. Postęp w leczeniu chirurgicznym raka piersi polegał na stopniowym zmniejszaniu rozległości zabiegu i uwzględnianiu w coraz większym zakresie aspektów estetycznych. Było to możliwe dzięki rozwojowi badań onkologicznych i wprowadzeniu innych metod leczenia takich jak: radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia oraz immunoterapia, zwana leczeniem biologicznym.

Wątek leczenia chirurgicznego łączy się z problemem biopsji węzła wartowniczego i usuwania pachowych węzłów chłonnych (limfadenektomii). Autor omawia meandry przemian w podejściu do tej kwestii.

Ważnym tematem jest stosowanie immunoterapii u pacjentek z nadekspresją receptora HER2, prowadzące nierzadko do całkowitej remisji nowotworu. Decyzje lecznicze, w tym blokowanie receptora HER2, wymagają starannej analizy i terapii dostosowanej do potrzeb konkretnego pacjenta. Dr Michalik przedstawia też ogólnoustrojowe metody leczenia raka piersi (zwane leczeniem systemowym) – adjuwantowe i neoadjuwantowe, ukazując kierunki zmian i rozwoju onkologii. Wielość terapii i środków leczniczych to potężna broń, z której należy jednak korzystać z rozwagą, gdyż bywa ona obosieczna.

Po leczeniu

Długofalowe skutki leczenia onkologicznego powinny być dodatkowym impulsem do rozważnego podejmowania decyzji. Zwykle skupiamy się na wyglądzie zewnętrznym, nie zdając sobie sprawy z tego, co dzieje się wewnątrz organizmu. Dla większości kobiet głównym problemem jest utrata włosów i piersi, równoznaczna w ich ocenie z utratą kobiecości. Jednak po leczeniu włosy odrastają, a piersi można zrekonstruować. Autor omawia możliwości ich odtworzenia – za pomocą implantów, tkanek własnych (płatów skórno-mięśniowych, tłuszczu), z użyciem biomateriałów lub bez. Każda z metod ma swoje plusy i minusy – zarówno w odniesieniu do rekonstrukcji natychmiastowej (podczas operacji onkologicznej), jak i odroczonej (przeprowadzonej w późniejszym terminie). W podejmowaniu decyzji o wyborze metody rekonstrukcji pierwszoplanowe są zawsze kwestie zdrowotne, czyli wyleczenie, ale nie ulega wątpliwości, że odtworzenie piersi pomaga kobietom odzyskać równowagę psychiczną, przywrócić im akceptację własnego ciała i pozbyć się niskiej samooceny. Istotną kwestią jest rehabilitacja po operacji onkologicznej, która sprowadza się głównie do problemu ruchomości barku. Często występujący przykurcz może bowiem utrudnić codzienne funkcjonowanie i skomplikować dalsze leczenie (radioterapię).

Jednym z następstw leczenia chirurgicznego, obejmującego usunięcie węzłów chłonnych, jest ryzyko wystąpienia trwałego obrzęku limfatycznego. Istnieją możliwości jego profilaktyki i leczenia. Problem ten, choć nie jest częsty, potrafi być uciążliwy, a metody leczenia obrzęku nie gwarantują pełnej skuteczności.

Powrót do normalnego życia po leczeniu raka piersi stanowi dla wielu pacjentek niemałe wyzwanie, gdyż wielomiesięczna terapia onkologiczna całkowicie zmienia rytm wcześniejszego życia.

Są też sytuacje, kiedy raka nie można już wyleczyć. Rozsiana choroba nowotworowa, wymagająca opieki paliatywnej i leczenia wspomagającego, to szczególnie etap życia, którego jakość i długość w dużej mierze zależy od pacjenta.

Nowotwory łagodne

Oprócz raka istnieją też inne nowotwory złośliwe piersi (mięśsiaki, chłoniaki, złośliwe guzy liściaste). Problemem mogą być

także nowotwory łagodne, stany infekcyjne, powikłania po zabiegach estetycznych, wady i defekty piersi oraz choroby piersi u mężczyzn.

Autor przekonuje, że nowotwory łagodne i zmiany ogniskowe (BIRADS 2–3), które nie rosną i nie dają żadnych objawów, nie wymagają dodatkowej diagnostyki ani interwencji leczniczej, a ich dokładne rozpoznanie nie ma większego znaczenia. Zupełnie niepotrzebnie budzą aż tak wielki niepokój pacjentek, zajmując czas lekarzy i radiologów. Gruczolakowłókniaki, tłuszczaki, torbiele, hamartomy występują powszechnie i nie zwiększają ryzyka zachorowania na raka piersi, a usuwanie tego typu zmian niesie ze sobą potencjalne zagrożenia.

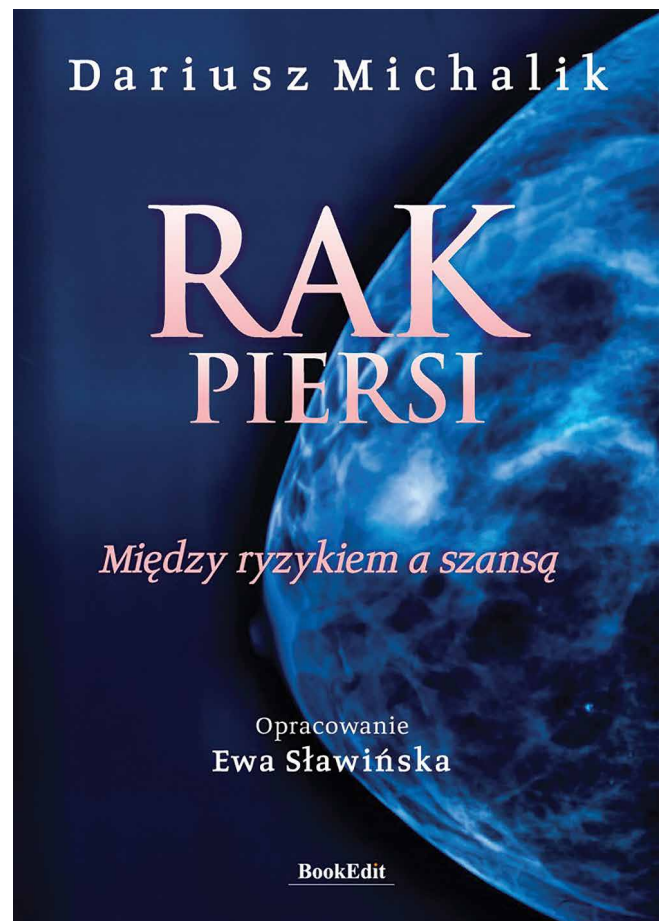
Odrębnym tematem są problemy estetyczne wynikające z wad i zaburzeń piersi u kobiet oraz chorób piersi u mężczyzn (ginekomasia). Dr Michalik przedstawia chirurgiczne metody ich niwelowania. Natura jest nieskończenie bogata w odstępstwa od normy, a współczesna medycyna ma szerokie możliwości w poprawianiu biologii, dążeniu do doskonałości i cofaniu skutków upływu czasu.

Postulaty merytoryczne i organizacyjne

Rozważania nad specyfiką współczesnego świata, systemem opieki zdrowotnej i wynikami leczenia raka piersi w Polsce to główne tematy ostatniego rozdziału książki „Rak piersi. Między ryzykiem a szansą”. Dr Michalik omówił w nim także rezolucję w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej (2006) oraz ideę breast unitów Europejskiego Towarzystwa Specjalistów ds. Raka Piersi (1998), którą można traktować jako modelowy przykład diagnostyki i leczenia raka piersi.

Namysł nad bieżącą sytuacją w Polsce prowadzi do negatywnych wniosków na temat jakości diagnostyki, metod leczenia i organizacji systemu ochrony zdrowia. Lektura rozdziału może skłonić do przemyśleń i zmobilizować do podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

Książkę kończy refleksja nad „biologią raka”, czyli nad tym, na co lekarze nie mają wpływu. Patrząc z tej perspektywy, możliwości człowieka są bardzo ograniczone. Jednocześnie jednak w naturze ludzkiej drzemie nieprzerwane dążenie do pokonywania trudności, poszerzania granic poznania i im-



peratyw nieustającego rozwoju. Być może te cechy zaprowadzą badaczy w nieznanne dotychczas rejony wiedzy i pozwolą wyjaśnić wszystkie tajemnice biologii? Ogromny postęp, jaki dokonał się w onkologii w ostatnich dekadach przynosi nadzieję i daje podstawy do optymizmu.

Książka „Rak piersi. Między ryzykiem a szansą”, oprócz wiedzy medycznej, obejmuje również kwestie moralne i egzystencjalne. Tekst ubarwiają liczne metafory i anegdoty, które uczą dystansu do choroby i oswiają nie tylko z rakiem piersi, ale w ogóle z problemami, które zagrażają naszemu zdrowiu i budzą silne, negatywne emocje.

Ewa Sławińska



BEZPŁATNE PORADY PSYCHOLOGICZNE DLA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Chorujesz na nowotwór? Oczekujesz na diagnozę lub jesteś na dalszym etapie leczenia? Może to czas na rozmowę z psychologiem, który pomoże uporządkować ci emocje wiążące się chorobą.

Porad udziela psycholog Ewa Dubaniewicz, pacjentka onkologiczna. Ewa na wasze telefony czeka w **poniedziałki**, w godzinach **13.00-14.00** pod nr tel. **224 283 631**. Odpowie też na pytania przesłane pocztą elektroniczną na adres **info@pkpo.pl**.

Pamiętaj, że dobrostan psychiczny ma pozytywny wpływ na proces leczenia. Wiele zależy od ciebie i naprawę warto korzystać z pomocy psychologa.



Dzieci chore onkologicznie leczy się na całe życie

Dr hab. n. med. prof. IPCZD Joanna Trubicka – genetyk z Pracowni Onkopatologii i Biostruktury Medycznej Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

– *Słowa prof. Dębowskiej-Bagińskiej, kierownika Kliniki Onkologii IPCZD, najlepiej oddają to, o co walczymy, diagnozując i lecząc małych pacjentów – mówi prof. Joanna Trubicka – To jest zupełnie inna perspektywa, która sprawia, że musimy inaczej myśleć o efektach terapii, które są prowadzone.*

Nowotwory wieku dziecięcego należą do grupy nowotworów rzadkich i stanowią od 1 do 1,5 % nowotworów w całej populacji. W Polsce rejestruje się od 1100 do 1200 przypadków zachorowań rocznie u dzieci. W porównaniu z liczbą nowotworów diagnozowaną rocznie u dorosłych wydaje się, że to niewiele. Niemniej trzeba pamiętać jednak, że jednocześnie nowotwory wieku dziecięcego stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów wśród dzieci. Pierwszą są urazy, wypadki i zatrucia.

U dzieci najczęściej występują białaczki (25-28%). Drugie miejsce, po rozrostach układu chłonnego, pod względem częstości występowania, zajmują nowotwory układu nerwowego (ok. 20-23%). Często występują też nerwiaki zarodkowe współczulne (*neuroblastoma*), nowotwory nerek (w tym guz Wilmsa – *nephroblastoma*) czy mięsaki tkanek miękkich.

Nowotwory wieku dziecięcego są trudne do diagnozowania, bo często nie dają charakterystycznych objawów. W tym miejscu trzeba podkreślić trudną do przecenienia rolę lekarzy pierwszego kontaktu. To dzięki ich czujności większość małych pacjentów ma szansę na wykrycie choroby odpowiednio wcześniej.

Nowotwory u dzieci są inne

Wśród dorosłych mamy do czynienia z dużymi grupami pacjentów – często nawet mówimy o kohortach. W przypadku nowotworów wieku dziecięcego, mówimy natomiast o szerokim spektrum nowotworów, czyli o różnych grupach nowotworów diagnozowanych najczęściej w niewielkich grupach pacjentów. Niektóre nowotwory dziecięce należą do grup, które nazywa się ultrarzadkimi, np. rak splotu naczyniowego.

W nowotworach dziecięcych mamy inne typy i inne lokalizacje niż te, które spotyka się u dorosłych. Te, które występują najczęściej u dorosłych, czyli rak płuca, rak jelita grubego, rak sutka, u dzieci występują bardzo, bardzo rzadko. Jednocześnie te, które są diagnozowane u dzieci bardzo rzadko lub niemal wcale nie występują u osób dorosłych – *hepatoblastoma*, *neuroblastoma*. Różnią się od nowotworów dorosłych również patogenezą, a co za tym idzie – profilem zmian molekularnych.

Większość nowotworów wieku dorosłego ma pochodzenie epidermalne, natomiast nowotwory wieku dziecięcego mają pochodzenie przede wszystkim mezodermalne i neuroektodermalne. Poza tym u podstaw powstawania nowotworów dziecięcych i nowotworów dorosłych leżą inne mechanizmy. Nowotwory dziecięce powstają głównie w wyniku zablokowania dojrzewających komórek na różnym etapie rozwoju, natomiast nowotwory wieku dorosłego powstają na skutek kumulacji pewnych defektów, uszkodzeń materiału genetycznego, nabywanych w czasie.

To sprawia, że u dzieci obserwujemy ogólnie znacznie niższą częstość

występowania zmian molekularnych niż u osób dorosłych. Ta częstość wyrażana jest współczynnikiem TMB – im jest on wyższy, tym wyższa jest spodziewana skuteczność leków immunologicznych. U dzieci ten współczynnik jest niski, bo ogólna częstość wykrywanych zmian jest niska – nowotwory wieku dziecięcego określa się wręcz mianem immunologicznie zimnych. W efekcie, u najmłodszych pacjentów, ta grupa leków wydaje się najmniej obiecująca.

Wszystkie wymienione wyżej specyficzne właściwości nowotworów dziecięcych muszą być brane pod uwagę podczas całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. To właśnie uzasadnia powstanie odrębnej klasyfikacji WHO, dedykowanej tylko tej grupie nowotworów, która wskazuje specyficzne wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne, które przed nami stoją.

Trudne badania naukowe

Rzadkość występowania nowotworów dziecięcych wpływa także na zakres i dostępność badań naukowych. Małe liczebnie grupy pacjentów i bardzo szerokie spektrum różnych nowotworów znacząco utrudniają ich prowadzenie, a ze względu na różnice między nowotworami u dzieci a nowotworami u dorosłych nie jest możliwe przeniesienie wprost wiedzy zdobytej w badaniach nad dorosłymi.

Dlatego w przypadku onkologii dziecięcej tak ważną jest współpraca jak największej liczby ośrodków, które wymieniają między sobą doświadczenia, by móc tę wiedzę wykorzystywać w codziennym postępowaniu terapeutycznym.

Diagnostyka molekularna na każdym etapie

Obecnie trudno sobie wyobrazić prowadzenie diagnostyki onkologicznej, również dziecięcej, bez uwzględnienia badań molekularnych. Są one niezbędne na każdym etapie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Markery diagnostyczne pozwalają na postawienie rozpoznania i jego weryfikację. W przypadku nowotworów wieku dziecięcego, które często są do siebie podobne histopatologicznie – jest to kluczowe. Konkretna zmiana molekularna w wybranych nowotworach może wskazywać na konkretny nowotwór – gdy ją zidentyfikujemy, to mamy potwierdzenie rozpoznania.

Postawienie właściwego rozpoznania oznacza możliwość skutecznego leczenia.

Bardzo ważną rolę odgrywają markery umożliwiające określenie rokowania, przebiegu danej choroby. Kolejne markery – predykcyjne – umożliwiają określenie skuteczności określonego leku w danym nowotworze. W tej grupie są też te markery, które umożliwiają zakwalifikowanie pacjenta do terapii celowanej. Trzeba bowiem pamiętać, że o ile u dorosłych terapia celowana jest już dzisiaj rutynowo stosowana, to u dzieci, takie leczenie stosowane są dużo rzadziej. A nam zależy na tym, aby wiedza o możliwościach terapii celowanych, którą już mamy, była coraz szerzej wykorzystywana również w onkologii dziecięcej.

Są też markery, które pozwalają nam na oszacowanie predyspozycji do nowotworów. Dzięki nim możemy określić, na ile wystąpienie danego nowotworu wynika z obecności zmiany germinalnej (czyli takiej, która mogła być dziedziczona i może być przekazana w przyszłości w kolejnych pokoleniach). Identyfikacja takiego markera pozwala również określić ryzyko wystąpienia danego nowotworu u kolejnych członków rodziny. Osoby z wysokim ryzykiem możemy objąć opieką i odpowiednimi badaniami profilaktycznymi.

Badania molekularne pozwalają też monitorować leczenie. Dzięki nim zyskujemy wiedzę, czy dana terapia jest skuteczna, czy nie doszło do wznowy, czy należy wprowadzić jakieś zmiany w terapii, bo na przykład nastąpiła oporność na dany lek.

Brak systemowych rozwiązań to poważny problem

Korzyści dla pacjenta, wynikających z prowadzenia badań molekularnych jest bardzo dużo – zarówno w przypadku nowotworów występujących u dorosłych jak nowotworów wieku dziecięcego. Niestety brak systemowych rozwiązań dla pacjentów z nowotworami wieku dziecięcego skutkuje ograniczonym dostępem do tego typu badań.

Osoby, które zajmują się onkologią dziecięcą na co dzień wiedzą, że badania molekularne są kluczowe i mogą w istotny sposób zmienić wyniki leczenia małych pacjentów.

Nie tylko ja uważam, że prowadzenie badań molekularnych jest wbrew pozorom oszczędnością i docelowo obniży całkowite koszty leczenia onkologicznego. Wprowadzając je, dostosowujemy terapię do konkretnego pacjenta. Redukujemy w ten sposób koszty nieskutecznych, czyli niepotrzebnych terapii, jak również ich skutków ubocznych, które obciążają pacjenta.

Panel badań szyty na miarę

Nowotwory wieku dziecięcego wymagają innego podejścia również, jeśli chodzi o opracowywanie paneli badań molekularnych. Nie możemy tutaj zastosować, jak w przypadku dorosłych, schematów – określony nowotwór to określony panel kilku, kilkunastu istotnych dla niego markerów. Nowotwory wieku dziecięcego należą do chorób rzadkich, stąd każdy pacjent jest wyzwaniem. Dla każdego pacjenta dopasowujemy odpowiedni pakiet badań – „szyjemy na miarę” badania molekularne. Stąd tak istotne jest abyśmy mieli dowolność wyboru zestawu genów, metod ich identyfikacji, tak aby dedykowany panel, był adekwatny do potrzeb i odpowiadał na kluczowe dla nas pytania – z jakim nowotworem mamy do czynienia, czy możemy wspomóc podjęcie decyzji, jakie będzie właściwe postępowanie terapeutyczne i czy istnieje możliwość zastosowania terapii celowanej? Mamy nadzieję, że ta specyfika badań molekularnych w onkologii dziecięcej będzie uwzględniona w trakcie przygotowywania rozwiązań systemowych.

Przykład z życia wzięty

Dobrym przykładem na to, że badania molekularne mogą wpływać realnie na prowadzoną terapię jak również

na jej skutki uboczne, jest rdzeniak zarodkowy (*medulloblastoma*) – najczęstszy, złośliwy nowotwór ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. Jest on też najlepiej poznanym nowotworem wieku dziecięcego pod względem molekularnym. Wyniki przeprowadzonych badań umożliwiły wyłonienie specyficznych podgrup molekularnych, w tym grupy WNT, która związana jest z lepszym rokowaniem. U pacjentów z nowotworem należącym do grupy WNT rozważana jest redukcja dawki napromieniania, czego skutkiem jest zmniejszenie odległych następstw prowadzonej terapii.

Przyszłość badań molekularnych

Obserwujemy bardzo duży postęp w badaniach molekularnych stosowanych w onkogenetyce. Pojawia się coraz więcej markerów, celów terapeutycznych i nowych metod diagnostycznych. Przykładem może być zastosowanie płynnej biopsji i badanie ctDNA/cfRNA, które jest w stanie dostarczyć wiarygodnych danych, dotyczących stanu, w jakim znajduje się nowotwór, umożliwić monitorowanie postępu leczenia, a w niektórych przypadkach postawić diagnozę. Dodatkowo w przypadku niektórych zespołów genetycznych takich jak np. zespół DICER, które związane są z występowaniem szerokiego spektrum nowotworów, co znacznie utrudnia prowadzenie badań profilaktycznych, płynna biopsja pozwala na wykrycie nowotworu, szybciej i w nieważny sposób w stosunku do badań obrazowych.

Na razie nie jest to rutynowe badanie, sama metoda wymaga jeszcze walidacji i opracowania standardów stosowania, ale na pewno jest to przyszłość w onkogenetyce – kierunek, w którym powinniśmy podążać.

O czym marzę?

Największym moim marzeniem jest to, żeby każde dziecko w Polsce miało dostęp do badań molekularnych. Utworzenie ośrodków, dedykowanych badaniami molekularnym nowotworów wieku dziecięcego byłoby jego spełnieniem. Dzięki temu nasze dzieci nie musiałyby wyjeżdżać za granicę, bo my naprawdę wiemy, jak wykonywać te badania, często też robimy je po dużo niższych kosztach niż ośrodki zagraniczne.

KAMPANIA ŻŁOTEJ WSTĄŻKI



W tym roku już po raz trzeci rusza ogólnopolska kampania Żłotej Wstążki, by zwrócić uwagę na potrzeby i wyzwania onkologii pediatrycznej. Na całym świecie wrzesień jest miesiącem świadomości nowotworów u dzieci, a złota wstążka jest ich symbolem.

Żłota wstążka ma swój rodowód w Stanach Zjednoczonych. Do jej popularyzacji przyczyniły się dwie ważne organizacje: Międzynarodowe Stowarzyszenie Onkologii Dziecięcej SIOP, zrzeszające głównie personel medyczny oraz Childhood Cancer International, skupiający organizacje pozarządowe, głównie pacjenckie, działające w obszarze onkologii dziecięcej. Obie z nich mają prężnie działające filie europejskie SIOPE oraz CCI Europe. Ustanowienie września miesiącem świadomości nowotworów dziecięcych, których symbolem jest złota wstążka, ma służyć szerzeniu świadomości, jak wiele jest wyzwań w onkologii dziecięcej, których rozwiązanie wymaga współpracy, różnorodności perspektyw i współfinansowania w imię poprawy jakości leczenia i zdrowia dzieci z chorobą nowotworową.

Nie bez znaczenia jest wiedza i edukacja. Z jednej strony kampanie Żłotej Wstążki służą uświadamianiu wyzwań, z jakimi mierzy się onkologia dziecięca, pozwalają zrozumieć, co można zrobić na rzecz chorych dzieci, ale też wzbudzają tak istotną wrażliwość onkologiczną wśród rodziców i lekarzy pediatrów. Może ona wpłynąć na wcześniejszą diagnozę nowotworu, a tym samym zwiększyć szansę na skuteczność terapii. Dlatego we wrześniu na całym świecie przypina się do ubrań złote wstążeczki, ale też rozświetla na złoto budynki użyteczności publicznej, czy biurowce. W tym roku zabłysną również w Polsce, gdzie co roku diagnozuje się nowotwór u około 1200 dzieci.

Diagnoza zmienia wszystko

Zdanie, które nie chce usłyszeć żaden rodzic: Państwa dziecko ma nowotwór. Kiedy pada, zmienia życie całej rodziny na bardzo wiele lat. Rozpoznaniu towarzyszy szok i niedowierzanie. Z pierwszej konsultacji medycznej najczęściej

rodzice nie pamiętają nic. Społeczny odbiór związany z chorobą nowotworową kojarzy się ze śmiercią dziecka. Jeszcze sześćdziesiąt lat temu udawało się uratować życie jednego na dziesięcioro dzieci. Dziś nowotwór jest wyleczalny niemal w 80 procentach. Medycyna bardzo poszła do przodu. Dostępne są chociażby terapie indywidualne, badania genetyczne, a wszystko to zwiększa szanse na przeżycie. Warto jednak pamiętać, że przez dziecięcy organizm nowotwór idzie jak burza, rozwija się tak szybko, że liczy się każda chwila. Dlatego kluczowa jest wrażliwość onkologiczna rodziców, ich czujność, aby nie bali się skonfrontować z diagnozą, bo im szybciej dziecko podejmie leczenie, tym większą ma szansę. Rodzice jednak różnie reagują na chorobę dziecka. Jedni wypierają tę wiadomość, szukając innych specjalistów, którzy zanegowaliby diagnozę, inni nie pozwalają na jakąkolwiek komunikację, nie chcą rozmawiać o chorobie. Dlatego tak ważna jest obecność psychologa podczas diagnozy, omówienia przebiegu leczenia. Duży wpływ na reakcje rodziców ma też to, jaką wcześniej byli rodziną, wspierającą, kochającą się, czy raczej mierzącą się z problemami w relacjach. W tym drugim przypadku choroba nowotworowa dziecka katalizuje konflikt między rodzicami, a finalnie prowadzi do ich rozstania.

Każda z rodzin w chorobie nowotworowej dziecka doświadczy wielu wyzwań emocjonalnych, mentalnych, społecznych i finansowych. Dla większości z nich wczesne wsparcie psychospołeczne wystarczy, aby stanęły na nogi i przeszły przez lata choroby bez kryzysów w relacji. Są jednak i takie rodziny, które będą potrzebowały wsparcia psychologicznego od momentu diagnozy, aż do zakończenia leczenia.

Gdy choruje dziecko, choruje cała rodzina

Najczęściej uwaga całej rodziny skoncentrowana jest na chorym dziecku. Jednak nowotwór zmienia wszystkie role w rodzinie, cały jej system musi nauczyć się żyć w nowych okolicznościach. Nie jest to łatwe. Zazwyczaj jeden z rodziców rezygnuje z pracy, często na wiele lat, aby towarzyszyć choremu dziecku w szpitalu. Hospitalizacje potrafią trwać miesiącami. W tym czasie w domu pozostaje drugi rodzic, ale też rodzeństwo chorego dziecka. Dla nich również rzeczywistość nie będzie taka, jak do tej pory. Brat lub siostra odczuwają smutek i lęk na skutek nieobecności jednego z rodziców, żal, ale też złość i frustrację z powodu choroby rodzeństwa. W jednej chwili znika z domu jeden z opiekunów, najczęściej mama, a one mają poczucie, jakby doświadczały rozpadu rodziny. Z bliskości fizycznej, emocjonalnej z jednym z rodziców pozostaje im pustka. Dawnej obecności nie da się zastąpić telefonem albo wideorozmową. Część z nich opuszcza się w nauce, inne wagarują, jeszcze inne życzą sobie przewlekłej choroby, aby odzyskać utraconą uwagę rodziców. A to tylko jeden ze scenariuszy, ponieważ zdarza się, że rodzice ukrywają przed rodzeństwem, że ich brat lub siostra jest chora. Jeśli dojdzie do pogorszenia stanu zdrowia lub przejścia do opieki paliatywnej, to jest dla tych dzieci dodatkowa trauma. Dla obu stron.

To jednak nie wszystkie wyzwania rodziny. Rezygnacja z pracy jednego z nich oznacza obniżenie statusu materialnego. Niejednokrotnie to sytuacja generująca dodatkowe obciążenie, a nawet kryzys. A przecież zdarza się, że dzieci mają tylko jednego z rodziców, a w domu brata lub siostrę. W tej sytuacji nieoceniona jest rola dziadków.

Zrozumienie – obecność i działanie

Nie ma jednej recepty na każdą rodzinę. Jest tak wiele specyficznych rodzinnych przypadków i historii. To, co ważne, to świadomość, że rodzina nie musi tych trudów podejmować samodzielnie. Oczywiście zdarza się, że bliźsi i dalsi krewni lub znajomi odsuwają się od rodziny dziecka z chorobą nowotworową. Dzieje się tak, ponieważ nie wiedzą, co powiedzieć, albo co zrobić. Najprostsze w tej sytuacji jest pytanie: co mogę dla ciebie zrobić? Może nie każda rodzina będzie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie od razu. Z czasem przyjdą jednak potrzeby – odprawienie zdrowego dziecka do szkoły, ugotowanie obiadu. To tak wydawałoby się nieznaczające gesty wobec tragedii rodziny, ale z tych konkretnych działań, stabilizujących rodzinę w jej funkcjonowaniu, przychodzi wsparcie.

Rola organizacji pozarządowych

Niemal przy każdej klinice onkologii i hematologii dziecięcej działają Fundacje i stowarzyszenia, które na co dzień zajmują się wsparciem rodziny. Finansują działalność psychologów, psychoonkologów, pedagogów i terapeutów, ale też dietetyków i logopedów – wszystkich tych specjalizacji, które interdyscyplinarnie wspierają proces leczenia. Ich rolą jest nie tylko uatrakcyjnienie pobytu w szpitalu, ale przede wszystkim wsparcie psychospołeczne rodziny, zapewnienie dostępu do finansowania nier refundowanych leków, rehabilitacji, niezbędnego sprzętu medycznego.

Nieocenione wsparcie niosą też wolontariusze. To dzięki ich zaangażowaniu rodzice, przebywający z dzieckiem na oddziale, będą mieli choć trochę wytchnienia.

Biegasz, jeździsz, pomagasz!

We wrześniu rusza ogólnopolskie wyzwanie RakReaton, do którego może dołączyć każdy, kto chce wesprzeć dzieci chore na nowotwór i ich bliskich. Wystarczy pobrać aplikację Activy i dołączyć do wyzwania RakReaton, a potem spacerować, biegać, jeździć na rowerze, rolkach.

Za uzbierany w przeciągu miesiąca 1 mln kilometrów partnerzy wyzwania – Grupa Impel oraz Fundacja LOTTO im. Haliny Konopackiej – prześlą 120 tys. na programy wsparcia psychospołecznego dzieci z chorobą nowotworową oraz ich rodzin, realizowane przez organizacje pozarządowe, działające w obszarze onkologii dziecięcej.

Więcej o Kampanii Złotej Wstążki można dowiedzieć się na: www.zlotawstazka.pl

Honorowe dawstwo krwi a dawstwo szpiku – czy są do siebie podobne?



Co łączy krwiodawcę i dawcę szpiku? Przede wszystkim bezinteresowna chęć podzielenia się częścią siebie, by ratować życie drugiego człowieka. Ale dawców łączy także sposób, w jaki to robią! Nie każdy ma świadomość, że krwiotwórcze komórki macierzyste od dawcy szpiku pobiera się najczęściej z krwi obwodowej, za pomocą tzw. aferezy, która bardzo podobna jest do donacji krwi. Fundacja DKMS wyjaśnia, na czym polegają podobieństwa i różnice pomiędzy oddawaniem szpiku a krwi.

Statystycznie co minutę ktoś potrzebuje krwi, a co 40 minut diagnozuje się nowotwór układu krwiotwórczego. Każdego roku w Polsce wykonywanych jest ok. 1,7 mln transfuzji krwi, których potrzebują m.in. ofiary wypadków, pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym, kobiety w trakcie porodu, a także osoby walczące z nowotworami krwi. Co roku liczba dawców krwi rośnie o około 3,6 proc. – w tym samym czasie zapotrzebowanie na krew wzrasta o blisko 9 proc. (<https://ckikmswia.pl/ciekawostki/>)

Jedna jednostka krwi = 450ml

W organizmie dorosłego człowieka płynie 5-6 litrów krwi, czyli około 10 jednostek. Podczas donacji krwi pełnej od dawcy pobiera się jedną jednostkę krwi pełnej, czyli 450 ml,

która następnie jest rozdzielana na koncentrat krwinek czerwonych, płytkowych i osocze. Dzięki temu jeden dawca może uratować życie nawet trzem pacjentom!

- 1 na 10 osób leczonych w szpitalu potrzebuje krwi;
- Około 6 jednostek krwi zużywa się podczas operacji serca oraz operacji pacjentów, którzy ucierpieli w wypadkach komunikacyjnych;
- Około 20 jednostek krwi potrzebnych jest przy przeszczepieniu wątroby oraz w przypadku ciężkich poparzeń.

Afereza, czyli pobranie z krwi obwodowej

Jedną z dwóch metod, służących do pobrania materiału przeszczepowego od dawcy szpiku, jest afereza. Obecnie stosuje się ją aż w 85 proc. przypadków – pozostałe 15 proc. to donacje

z talerza kości biodrowej. O metodzie pobrania, którą zastosuje się w przypadku konkretnego dawcy, decyduje lekarz prowadzący pacjenta, wybierając tę, która będzie miała najlepszy wpływ na wynik przeszczepienia.

Zanim dawca przystąpi do oddania krwiotwórczych komórek macierzystych, na 4 dni przed pobraniem oraz w dniu donacji przyjmuje tzw. czynnik wzrostu. Liczba krwiotwórczych komórek macierzystych we krwi jest w normalnej sytuacji bardzo niska, dlatego by przeprowadzić pobranie, konieczne jest zwiększenie ich liczby – i właśnie temu służy czynnik wzrostu, podawany jest poprzez zastrzyki podskórne. To bardzo proste i praktycznie bezbolesne – większość dawców aplikuje je sobie samodzielnie. Warto podkreślić, że czynnik wzrostu występuje naturalnie również w organizmie człowieka np. w trakcie infekcji.


Metoda pobrania krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej przypomina procedurę oddawania płytek krwi czy osocza w stacjach krwiodawstwa. Dawca szpiku siedzi w wygodnym fotelu, a w obu przedramionach zostają mu założone dwa dożylnie dojsćcia (wenflony). Z jednego krew wypływa, trafia do specjalnej maszyny, która odseparowuje krwiotwórcze komórki macierzyste, a następnie krew wraca do organizmu dawcy drugim dojsćciem. Taki zabieg trwa ok. 4-5 godzin, po których dawca od razu może wrócić do domu. – *Podczas aferezy cała objętość krwi przechodzi przez aparat, zwany separatorem komórkowym. Ten proces jest powtarzany 2-3 krotnie, a przepływ krwi w aparacie musi być na tyle wolny, aby separator na bieżąco mógł odseparować z krwi te komórki, które są potrzebne do transplantacji, czyli krwiotwórcze komórki macierzyste. Dlatego ta procedura trwa znacznie dłużej niż pobranie pełnej krwi od dawcy krwi.* – tłumaczy dr Tigran Torosian, hematolog, dyrektor medyczny Fundacji DKMS.

– *Podczas procedury aferezy dawca ma założone 2 dojsćcia (wenflony) do żył obwodowych w obu przedramionach, aby zapewnić jednostajny przepływ krwi od dawcy do separatora, a następnie z separatora do dawcy. Dawca jest monitorowany pod względem parametrów układu krążenia (ciśnienie, tętno itd.) i cały czas znajduje się pod opieką specjalistyczną. Trzeba podkreślić, że od dawcy pobrany zostaje wyłącznie nadmiar krwiotwórczych komórek macierzystych, które przedostały się do krwi dzięki czynnikowi wzrostu.* – dodaje dr Tigran Torosian.

– *Ostatecznie pobiera się tylko część komórek białych, wśród których są także komórki krwiotwórcze, a które to tymczasowo przeniosły się ze szpiku do krwiobiegu. W gotowym preparacie przeszczepowym znajduje się nieznaczna domieszka krwinek czerwonych. Większość komórek białych czy krwiotwórczych pozostaje w organizmie dawcy i dalej spełnia swoje funkcje lub wraca do szpiku po zakończonej procedurze.* – podsumowuje dr Tigran Torosian.

















Jak zostać dawcą szpiku lub krwi?

Żeby zostać potencjalnym dawcą szpiku, wystarczy wejść na stronę: www.dkms.pl i zamówić bezpłatny pakiet rejestracyjny do samodzielnego pobrania wymazu z wewnętrznej strony policzka. Po otrzymaniu przesyłki należy wypełnić formularz, pobrać wymaz i umieścić w kopercie zwrotnej,



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

DAWSTWO KRWI A DAWSTWO SZPIKU PODOBIEŃSTWA I RÓŻNICE

 <p>ODDAWANIE KRWI</p>	 <p>ODDAWANIE KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI OBWODOWEJ</p>
METODA POBRANIA	
 <p>Krew pobierana jest z jednej żyły przedramienia.</p>	 <p>Krwiotwórcze komórki macierzyste pobiera się z żył obu przedramion.</p>
 <p>Oddanie krwi trwa średnio 5-8 minut.</p>	 <p>Oddanie krwiotwórczych komórek macierzystych trwa ok. 4-5 h.</p>
 <p>Przed donacją dawca krwi nie przyjmuje czynnika wzrostu.</p>	 <p>Przed donacją dawca przyjmuje czynnik wzrostu.</p>
REGENERACJA ORGANIZMU	
 <p>Powrót do stanu sprzed oddania trwa ok. 3-4 dni. Po donacji dawca wraca do domu.</p>	 <p>Powrót do stanu sprzed oddania trwa ok. 14 dni. Po donacji dawca wraca do domu.</p>
WIEK DAWCÓW	
 <p>Krew lub jej składniki może oddać każda zdrowa osoba pomiędzy 18. a 65 rokiem życia.</p>	 <p>Szpick lub krwiotwórcze komórki macierzyste może oddać każda ogólnie zdrowa osoba pomiędzy 18. a 60. rokiem życia.</p>
NAJWAŻNIEJSZE PODOBIEŃSTWA!	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oddając krew lub krwiotwórcze komórki macierzyste niczego nie tracimy, a ratujemy zdrowie i życie pacjentom! ✓ Krwi i krwiotwórczych komórek macierzystych nie da się wyprodukować w warunkach laboratoryjnych! 	
DAWCY SZPIKU ORAZ KRWI MAJĄ PRZYWILEJE!	
 <p>Przywileje krwiodawców:</p>  <p>https://www.gov.pl/web/nck/uprawnienia-krwiodawcow</p>	 <p>Przywileje dawców szpiku:</p>  <p>https://www.dkms.pl/o-pobranie/po-pobranie/jakie-przywileje-ma-dawca-przeszczepu-szpiku</p>

dołączonej do pakietu, a następnie odesłać na adres fundacji.

Potencjalnym dawcą szpiku może zostać każda ogólnie zdrowa osoba pomiędzy 18. a 55. rokiem życia, która nie zmagają się ze znaczną nadwagą.

By zostać krwiodawcą, należy udać się do najbliższego Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK). Na miejscu zostaniemy poproszeni o wypełnienie formularza, przejdziemy krótkie badanie i jeśli nie będzie żadnych przeciwwskazań – oddamy krew.

Lista RCKiK znajduje się na stronie:

<https://krwiodawcy.org/gdzie-mozna-oddac-krew>

Dawcą krwi może zostać każda ogólnie zdrowa osoba pomiędzy 18. a 65. rokiem życia, która waży co najmniej 50 kg.

oraz

- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miała wykonanej akupunktury, tatuażu, przekłucia uszu lub innych części ciała,
- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miała wykonanych żadnych zabiegów operacyjnych, endoskopowych i innych diagnostycznych badań (np. gastrokopii, panendoskopii, artroskopii, laparoskopii),
- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie była leczona krwią i preparatami krwiopochodnymi.

(<https://www.gov.pl/web/nck/kto-moze-zostac-dawca-krwi>)

Więcej informacji o Fundacji DKMS na stronie: www.dkms.pl/dotacja-fundacji-dkms

BEZPIECZNA KREW – BEZPIECZNY PACJENT

Pacjent poddawany transfuzji ma nadzieję, że procedura przyczyni się do poprawy jakości jego życia i zakłada, że otrzymywane składniki krwi są w pełni bezpieczne. Tymczasem, pomimo przestrzegania rygorystycznych zasad sanitarnych oraz najwyższej dbałości po stronie centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a także lekarza i placówki ochrony zdrowia, w koncentratkach krwinek płytkowych mogą znajdować się biologiczne czynniki chorobotwórcze (np. bakterie, wirusy) oraz leukocyty których nie powinno tam być. Aby mieć pewność, że przetaczana krew pozbawiona będzie takich czynników, które mogą doprowadzić do wystąpienia zakażenia czy też innej reakcji poprzetoczeniowej w organizmie biorcy, od wielu lat stosuje się dodatkowe środki kontroli ryzyka w celu zwiększenia bezpieczeństwa zdrowia i samopoczucia pacjenta.

Dobrze udokumentowane dane naukowe wskazują, że ryzyko otrzymania przez pacjenta zakażony bakteriami koncentrat krwinek płytkowych wynosi ok. 1:900 (dla zlewanych koncentratów krwinek płytkowych KKP, jedna z metod wytwarzania tego składnika krwi w RCKiK) do 1:4.300 (dla koncentratów krwinek płytkowych uzyskiwanych z aferezy – innej z metod wytwarzania tego składnika krwi w RCKiK). Należy jednak pamiętać, że rzadko w ramach pojedynczego cyklu terapii wykonuje się zaledwie jedną transfuzję pacjentowi. A z każdą kolejną prawdopodobieństwo, że tym razem krew będzie zawierała „niechciane” czynniki zakaźne sukcesywnie wzrasta.

„Rekordzistami” pod tym względem są osoby z chorobami hematoonkologicznymi, które potrzebują średnio ok. 6-9 transfuzji płytek krwi, a wiadomo, że w 20-30% przypadków potrzebują aż do 30 preparatów płytkowych. Jak zatem łatwo policzyć – tylko dla tej grupy, która i tak już boryka się ze znacznymi niedoborami odporności, ryzyko otrzymania zakażonej bakteriami jednostki KKP wzrasta do co najmniej 1:250 pacjentów. Wydaje się zatem, że ta grupa – we wszelkich działaniach – powinna być traktowana w sposób priorytetowy. **Jakie są zatem zagrożenia związane z transfuzją płytek krwi i co możemy zrobić, aby skutecznie złagodzić te zagrożenia dla biorców transfuzji?**

Jakie zagrożenia czyhają we krwi? I co możemy z tym zrobić?

Do najczęściej występujących, znanych czynników zakaźnych należą przede wszystkim bakterie oraz wirusy, a także inne patogeny, w tym m.in. pierwotniaki. Podstawowe badania przesiewowe składników krwi prowadzi się tylko w kierunku dobrze znanych, przenoszonych przez transfuzję czynników zakaźnych HIV, HCV, HBV i kiły. Badania przesiewowe w oparciu o diagnostykę mikrobiologiczną dot. hodowli bakteryjnych w płytkach krwi mogą być wykonywane, ale dzięki nim wykrywa się tylko 31,1% skażonych jednostek krwi. Co z innymi znanymi, przenoszonymi przez krew wirusami takimi

jak CMV, wirusy Chikungunya, Dengi, Zika, Zachodniego Nilu, czy wirus żółtej febry? Musimy także pamiętać, że na świecie istnieją także **czynniki zakaźne – nieznane jeszcze współczesnej medycynie**, a tym samym niewychwytywane przez instrumenty kontroli bezpieczeństwa krwi. Często o posiadaniu ich w swoim krwioobiegu nie wie nawet osoba oddająca krew, gdyż nie występują u niej z tego powodu żadne niepokojące objawy. Jednak w momencie przedostania się do organizmu biorcy – często osoby cierpiącej na inne schorzenia z osłabionym układem odpornościowym – mogą one doprowadzić do niezwykle poważnych, nieprzewidywalnych konsekwencji zdrowotnych. Wśród przyczyn zakażeń potransfuzyjnych literatura wymienia ponadto ryzyko tzw. „okienka diagnostycznego” w przypadku screeningu podstawowych czynników zakaźnych. Jest to okres pomiędzy zakażeniem dawcy a wykrywalnością diagnostyczną we krwi dawcy. Składniki krwi zakażone krwią od dawców w okresie „okienka diagnostycznego” są często zaraźliwe (może to wystąpić m.in. w przypadku HCV, HIV itp.). Wreszcie nie wolno także zapominać także o ryzyku sepsy poprzetoczeniowej, która może przekształcić się w poważną lub zagrażającą życiu reakcję niepożądaną. 25–43% jednostek koncentratów płytek krwi zakażonych bakteryjnie spowoduje sepsę poprzetoczeniową. W przypadku pozostałych wystąpić mogą natomiast opóźnione reakcje poprzetoczeniowe. Dlatego też świat medycyny, świadomy zarówno znanych i nieznanymi zagrożeń, od wielu lat podejmuje zintensyfikowane działania na rzecz podnoszenia poziomu bezpieczeństwa krwi składającego się z dwóch zasadniczych elementów:

- Pierwszy to **system czuwania nad bezpieczeństwem krwi** tzw. **hemovigilance**, czyli **systematyczne zgłaszanie i śledzenie zdarzeń niepożądanych związanych z transfuzją**, co pozwala na rzetelną analizę sytuacji, identyfikację kluczowych problemów i na tej podstawie wdrożenie odpowiednich działań zapobiegawczych. Obserwowane znaczne rozbieżności pomiędzy raportami polskimi a raportami innych krajów europejskich wyraźnie wskazują, że Polska znacząco odbiegamy od międzynarodowych wysokich standardów w tym zakresie.

- Drugim elementem jest **promocja stosowania dodatkowych instrumentów zwiększania bezpieczeństwa krwi** – takich jak karencjonowanie składników krwi, dodatkowe badania przesiewowe (które jednak mogą nie wykryć obecności czynników nieznanymi!) oraz inaktywacja biologicznych czynników chorobotwórczych w składnikach krwi – tak zwane technologie inaktywacji patogenów. Niestety, obecnie pod tym względem również jesteśmy w szarym ognie Europy.

Ograniczona dodatkowa kontrola

Statystyki są nieubłagane – w latach 2019 i 2020 tylko 12% przetoczonych koncentratów płytek krwi w Polsce zostało poddanych technologii inaktywacji patogenów w celu uzyskania najwyższego możliwego poziomu bezpieczeństwa. Tymczasem około 2/3 przetoczonych koncentratów krwinek płytkowych (KKP) w Unii Europejskiej poddaje się dodatkowym środkom bezpieczeństwa w celu zmniejszenia stopnia zanieczyszczenia bakteryjnego: skrócony czas przechowywania składnika, mikrobiologiczne badania przesiewowe lub inaktywacja biologicznych czynników chorobotwórczych. Około 25% przetaczanych KKP w Europie jest poddawana procedurze inaktywacji. Są jednak kraje, które wykorzystują inaktywację biologicznych czynników chorobotwórczych jako standard opieki wytwarzanych koncentratów krwinek płytkowych (ponad 50% wytwarzanych KKP) – np. Słowenia, Austria, Belgia, Francja, Szwajcaria (ostatnie 100%). Czy nie powinniśmy dążyć do szerszego wykorzystania dostępnych środków bezpieczeństwa?

Wynik jest tym bardziej szokujący, że właściwie na terenie całego kraju dysponujemy aparaturą do inaktywacji czynników chorobotwórczych, która jednak – z wielu powodów – nie jest wykorzystywana w wystarczającym stopniu. Tymczasem inaktywacja – jak podkreślają eksperci z zakresu transfuzjologii – to jedna z najskuteczniejszych metod zwiększenia bezpieczeństwa przetaczonej krwi, a tym samym bezpieczeństwa pacjentów. Polega ona na selektywnym uszkodzeniu materiału genetycznego, zapobiegając replikacji DNA i RNA, niezbędnej biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (patogonom) do przenoszenia infekcji.

Co ważne, „neutralizacja” wirusów, bakterii, pasożytów, czy też potencjalnie szkodliwych krwinek białych, nie ma zasadniczego wpływu na efekt terapeutyczny składników krwi (zależnie od metodologii inaktywacji).

Ochrona przed pandemią

Poza zwiększeniem bezpieczeństwa konkretnego chorego poddawanego transfuzji, inaktywacja może też mieć niebagatelny skutek o charakterze populacyjnym. Pandemia HIV spowodowała tysiące infekcji i zgonów poprzez transfuzję krwi i produkty krwiopochodne do czasu opracowania odpowiednich testów przesiewowych. A co jeśli kolejna pandemia przenoszona będzie drogą krwi? Wypracowanie odpowiednich zasad i standardów już teraz, a następnie sukcesywne podnoszenie jakości systemu bezpieczeństwa krwi, pozwoli odpowiednio przygotować się na globalne wyzwania zdrowotne w przyszłości.

Należy podkreślić, że mamy już pewne doświadczenie i sukcesy na tym polu. Podczas pandemii COVID-19 (wirus SARS-CoV-2 nie jest przenoszony przez krew) osocze ozdrowieńców było poddawane działaniu systemów inaktywacji patogenów, a następnie stosowane w leczeniu pacjentów z COVID-19. W przypadku rutynowego stosowania metod inaktywacji patogenów moglibyśmy wykorzystywać redukcję czynników chorobotwórczych znacznie szerzej, zwłaszcza w przypadku inaktywacji koncentratów krwinek płytkowych. Nasza aktualna krajowa gotowość na kolejną pandemię, zwłaszcza przenoszona potencjalnie przez krew, jest bardzo ograniczona (12% inaktywowanego osocza i KKP wg danych z 2020 r.) Nie możemy opierać się wyłącznie na działaniach *ad hoc* podejmowanych w momencie wystąpienia kryzysu. Musimy dążyć do tego, aby dodatkowe instrumenty podnoszenia bezpieczeństwa krwi stały się standardem opieki zdrowotnej. Do tego jednak potrzebne jest – obok środków finansowych – stałe budowanie świadomości na temat gotowości na następną pandemię jak również świadomości posiadania odpowiednich narzędzi, które mogą zwiększać bezpieczeństwo wytwarzanych składników krwi oraz szerszego, bardziej konsekwentnego wykorzystania systemu czuwania nad bezpieczeństwem krwi tzw. *hemovigilance*.

Blżej pacjenta, czyli wsparcie w chorobie

II edycja kampanii „NIE MIEJ TEGO GDZIEŚ – WSZYSTKO O RAKU JELITA GRUBEGO”



W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach ruszyła kampania „Nie Miej Tego Gdzieś. Wszystko na temat raka jelita grubego.”, organizowana przez Fundację EuropaColon Polska, której celem jest podnoszenie świadomości Polaków na temat tego nowotworu.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii to trzeci ośrodek w Polsce, który przystąpił do ogólnopolskiej kampanii „Nie Miej tego Gdzieś.” promującej również kompleksowe leczenie raka jelita grubego w ramach tzw. **Colorectal Cancer Unit**.

– W trakcie tej edycji towarzyszymy pacjentowi z rakiem jelita grubego i wspieramy go w kolejnych etapach choroby. Kontynuujemy też edukację na temat zapobiegania rakowi jelita grubego poprzez podnoszenie świadomości na temat czynników ryzyka i objawów, których nie należy ignorować. Zachęcamy do zgłaszania się na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego po 50. roku życia, ponieważ wczesne wykrycie daje szansę na całkowite wyleczenie. – wyjaśnia Iga Rawicka Prezes Fundacji EuropaColon Polska.

Rak jelita grubego to jedyny nowotwór układu pokarmowego, któremu można zapobiec. Łatwo się go diagnozuje, poddając się kolonoskopii lub wykonując test na krew utajoną w kale. Rak jelita grubego wczesnie wykryty daje niemal 90% pewność wyleczenia. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba chorych na raka jelita grubego wzrośnie do ok. 27 000. Rejestrujemy 19 000 nowych przypadków rocznie, w tym 12 000 zgonów, ponieważ w Polsce rak jelita grubego wykrywany jest zbyt późno – często w III lub IV stadium choroby, co stanowi ponad 65% nowo zdiagnozowanych przypadków.

Aktualnie funkcjonuje w Polsce 36 Centrów Kompetencji Raka Jelita Grubego, tzw. Colorectal Cancer Unitów. Każdy szpital musi spełnić wiele warunków, by móc podpisać kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Niezbędna jest np. odpowiednio wyposażona pracownia tomografii, rezonansu oraz pracownia endoskopowa. Szpital powinien wykazać się wymaganą liczbą badań endoskopowych i operacji raka jelita grubego, a w zespole multidyscyplinarnym mają znaleźć się m. in. onkolodzy, chirurdzy onkologiczni, radioterapeuta, patomorfolog, ale również psycholog, fizjoterapeuta, dietetyk i zespół pielęgniarek onkologicznych. Ale przede wszystkim nad kolejnymi krokami pacjenta od momentu przyjęcia go do szpitala, aż po kontrolę po leczeniu ma odpowiadać koordynator, którego rolą jest także ułatwienie przepływu informacji między lekarzem a pacjentem i nadzór nad kompleksowym planem leczenia.

Takie wymagania spełnia Świętokrzyskie Centrum Onkologii, z którym fundacja EuropaColon Polska rozpoczęła współpracę. Dlatego to właśnie w recepcji głównej ŚCO znajduje się specjalny wyświetlacz ledowy, na którym prezentowane są treści edukacyjne w ramach kampanii „Nie Miej Tego Gdzieś”, przeznaczone dla pacjentów z rakiem jelita grubego. Dzięki wykorzystaniu kodu QR można przenieść się na stronę internetową kampanii <http://niemiejtegodzies.pl/>, gdzie są umieszczone materiały, powstałe z myślą o pacjentach – w tym wiele interesujących nagrań wideo m.in. z udziałem członków świętokrzyskiego Colorectal Cancer Unitu.

Rzecznik prasowa Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Beata Szczepanek komentuje podejmowane działania edukacyjne: *Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z przyjętą strategią, ogromny nacisk kładzie właśnie na*

profilaktykę. A jednym z jej elementów jest rzetelna wiedza o chorobie, jej wczesnych objawach, a także możliwości zapobiegania i eliminacji czynników ryzyka. Dlatego cieszy mnie fakt, że w województwie świętokrzyskim, konkretnie w Świętokrzyskim Centrum Onkologii ruszyła kampania, której celem jest podniesienie świadomości nas wszystkich na temat nowotworu jelita grubego. Mam nadzieję, że dzięki niej zmniejszy się liczba zachorowań, a jeżeli już to tego dojdzie, to choroba zostanie wykryta na wczesnym etapie, kiedy rokowania są optymistyczne.

We wszystkich nowotworach ważna jest współpraca wielu specjalistów. Stworzenie zgranego, dysonującego najnowszej wiedzą i rozumiejącego się nawzajem zespołu pozwala na zastosowanie ukierunkowanego spersonalizowanego leczenia u pacjentów z rakiem jelita grubego. Leczymy nie nowotwór, ale pacjenta chorego na chorobę nowotworową. – mówi dr n.med. Agnieszka Radowicz-Chił, specjalista patomorfologii, koordynator Colorectal Cancer Unit Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

– Pacjent, który trafia na nasz Colorectal Cancer Unit jest objęty kompleksową opieką od samego początku czyli od momentu, kiedy zostaje postawione rozpoznanie histopatologiczne. Następnie pacjent przechodzi przez kolejne etapy, diagnostykę wstępną i diagnostykę pogłębioną, po której trafia na konsylium, podczas którego oceniany jest stan zdrowia pacjenta i planowana jest dalsza ścieżka leczenia indywidualnie dla każdego pacjenta. Koordynator umawia kolejne konsultacje, pobyty w szpitalu. Pacjent otrzymuje w formie pisemnej

informacje o tym jakie są poszczególne etapy leczenia oraz dane kontaktowe, jak numer telefonu do stałego kontaktu. Wszystkie etapy diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, porady żywieniowe, psychologa są dostępne w jednym miejscu. Jesteśmy w stanie zaproponować pacjentowi dogodne rozwiązania, które dadzą mu satysfakcję z całego procesu leczenia.

– dodaje koordynatorka planu leczenia pacjenta w Colorectal Cancer Unit Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

– Mimo pozytywnego wyniku na krew utajoną w kale, nie poszłam na kolonoskopię, bo zwyczajnie bałam się tego badania. Poza tym myślałam, że po prostu mam hemoroidy. Ponieważ rak nie boli, żyłam sobie w nieświadomości, czułam się bardzo dobrze, aż rok temu pojawiła się większą ilość krwi w stolcu i to mnie już zaniepokoiło. Po wykonaniu kolonoskopii okazało się, że na końcu jelita mam dużego guza. Na początku byłam wściekła, bo przecież tak bardzo dbałam o swoje zdrowie, ale niestety kolonoskopii na czas nie wykonałam i mój nowotwór jelita grubego okazał się złośliwy. Zwracam się do Państwa z apelem: wykonujcie kolonoskopię i gastrokopię, abyście nie musieli usłyszeć tej trudnej diagnozy. Rak nie daje żadnego znaku a badanie kolonoskopii nie boli i nie ma czego się bać. – komentuje swoją sytuację, pełna optymizmu, mimo diagnozy zaawansowanej choroby, p. Wanda Pietraszko, pacjentka Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Pani Grażyna Mołas, która również usłyszała diagnozę raka jelita grubego dodaje: Dzięki skierowaniu lekarza POZ na krew utajoną w kale, wykonałam dwa badania w pewnym odstępie czasu, ale oba były pozytywne, wówczas skierowano mnie na kolonoskopię, która wykazała guza w jelicie grubym. Nie ma co się bać kolonoskopii. Okazuje się, że wszystko jest do przejścia. Nie było żadnych negatywnych odczuć. Korzystajcie Państwo z badań profilaktycznych. A dzięki kompleksowej opiece dzisiaj rak to nie wyrok, trzeba podejść do leczenia onkologicznego pozytywnie.

W ramach kampanii „Nie miej tego gdzieś” powstały również materiały wideo z udziałem innych specjalistów ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, którzy opowiadają o ważnych zagadnieniach dla pacjenta z rakiem



jelita grubego: Katarzyna Zielińska i Damian Kopecki wyjaśniają na czym polega praca radiologa, a lek. Anna Huruk-Kuchinka, specjalista radioterapii onkologicznej wyjaśnia na czym polega sama radioterapia, kiedy jest stosowana, jak długo trwa i jak należy przygotować się do badania radiologicznego. Lek. Monika Janicka-Kulińska, onkolog kliniczny opowiada o nowoczesnych terapiach onkologicznych. O podstawowych metodach leczenia chirurgicznego raka jelita grubego opowiada lek. med. Krzysztof Kaczmarczyk – chirurg onkolog, zaś psycholog mgr Hanna Kołodziej-Zacharz wyjaśnia w czym może pomóc pacjentom i dlaczego warto z tej pomocy korzystać.

Więcej szczegółów na temat samej kampanii i materiały edukacyjne można również znaleźć na dedykowanej podstronie <https://europacolnypolska.pl/kampania-nie-miej-tego-gdzieś/> na stronie Fundacji EuropaColon Polska. Partnerem Kampanii jest firma Pierre Fabre Medicament. Patronat nad kampanią objęły: Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej. Patronat medialny udzieliły: Poradnik Zdrowia, Medexpress, Służba Zdrowia, Rynek Zdrowia, mZdrowie, Co w Zdrowiu, ISBZdrowie, MedKurier i Zwrotnik Raka.

Fundacja EuropaColon Polska została powołana w marcu 2017 roku. Jest członkiem wielu międzynarodowych organizacji pacjentów, w tym Digestive Cancers Europe.

Celem działań Fundacji jest przede wszystkim zwiększenie świadomości społecznej na temat nowotworów układu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem raka jelita grubego. Podstawowym celem Fundacji jest promowanie profilaktyki, wczesnego wykrywania i właściwego leczenia nowoczesnymi i skutecznymi metodami terapeutycznymi w celu poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych, a przede wszystkim pomoc w powrocie do zdrowia.

Więcej na stronie: <https://europacolnypolska.pl/>



W raku nerki zmieniło się w ostatnich latach bardzo wiele

Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii - Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej.

W „Studiu pod Jaskółkami” gościliśmy prof. dr hab. n. med. Macieja Krzakowskiego, który opowiedział nam o istotnych z punktu widzenia pacjenta zmianach, jakie zaszły w leczeniu tego nowotworu w ostatnich latach.

Nowotwór nerki występuje względnie często – rocznie odnotowujemy około 5000 zachorowań. Stanowi on duży i zróżnicowany problem terapeutyczny. U około 30% chorych rak nerki jest uogólniony w chwili rozpoznania, a u kolejnych 30% pojawiają się przerzuty w okresie obserwacji po pierwotnym leczeniu chirurgicznym. W zaawansowanym (uogólnionym) raku nerki mamy 3 grupy chorych – chorych o rokowaniu korzystnym, pośrednim i niekorzystnym.

W raku nerki zmieniło się w ostatnich latach naprawdę sporo. Między innymi inaczej zaczęliśmy postrzegać rolę nefrektomii w procesie leczenia zaawansowanej choroby z przerzutami. Kiedyś uważano, że nerkę bezwzględnie należy usunąć przed wdrożeniem leczenia systemowego (farmakologicznego). Obecnie wiemy już, że dla części chorych nie jest to konieczne, bo w ich przypadku nefrektomia częściowa lub całkowita nie wpływa na skuteczność leczenia farmakologicznego.

Znacznie poszerzyły się też możliwości leczenia chorych z zaawansowanym rakiem nerki bez względu na przynależność do grupy rokowniczej. Mamy bowiem leki, które możemy dobrać w zależności od tego, jak przebiega choroba u danego chorego (m. in. jak bardzo dynamicznie się rozwija i czy daje objawy, czy też przebiega powoli i nie daje objawów).

Mamy też możliwość sekwencyjnego stosowania leków, a to w raku nerki jest ważne. Ten nowotwór przebiega u części chorych powoli z długimi okresami remisji. Jest więc sporo chorych, którzy są kandydatami do leczenia II a nawet III linii i to leczenie zapewnia im obecny program lekowy.

We wczesnym raku nerki, po wykonaniu nefrektomii nie dysponowaliśmy żadnym leczeniem uzupełniającym adiuwantowym (pooperacyjnym).

Obecnie wiemy, że nowoczesna immunoterapia wykorzystująca inhibitory punktów kontrolnych może poprawić wyniki leczenia chorych pierwotnie operowanych. Wyniki badania jednego z takich leków immunologicznych – *pembrolizumabu* – dowodzą, że jego stosowanie przez rok po operacji usunięcia nerki znacząco poprawia rokowania chorych.

Ograniczony jest natomiast dostęp do schematów dwulekowych leczenia. Takie leczenie dwoma kojarzonymi lekami jest najbardziej korzystne dla pacjentów z grupy niekorzystnego rokowania. W ich przypadku uzasadnione jest użycie od samego początku wszystkich, w tym najbardziej efektywnych, metod leczenia. Ci chorzy nie odnoszą bowiem oczekiwanych korzyści z sekwencyjnego stosowania pojedynczych leków – dla nich kluczowy jest pierwszy efekt.

Rak nerki – kilka faktów

Rak nerkowokomórkowy (rak nerki) stanowi w Polsce 3% nowotworów złośliwych u kobiet i 5% u mężczyzn. Nowotwory złośliwe nerki dzielą się na pochodzące z kory nerki i nabłonka dróg moczowych. Najczęstszy jest rak nerkowokomórkowy (RCC), który stanowi około 80% wszystkich złośliwych nowotworów nerek u dorosłych. W przypadku dzieci najczęściej diagnozuje się guz Wilmsa.

Przyczyny występowania raka nerki nie są jeszcze poznane. Wiadomo natomiast, że około 2-3% nowotworów nerki może występować rodzinnie.

Podstawowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka nerki są: palenie tytoniu, otyłość oraz nadciśnienie tętnicze.

Rak nerki długo może rozwijać się bez żadnych objawów, co sprawia, że w wielu przypadkach diagnozowany jest w stadium zaawansowanym. Pierwszym sygnałem alarmowym może być krwiomocz. W przypadku jego wystąpienia konieczna jest dalsza diagnostyka: badanie ogólne moczu, USG jamy brzusznej i miednicy mniejszej, cystoskopia. Rak nerki jest najczęściej wykrywany przypadkowo podczas USG jamy brzusznej wykonanego z innych powodów. Tak, jak w przypadku innych nowotworów, w przypadku raka nerki wczesne wykrycie zwiększa szanse na skuteczną terapię.

ONKO-NEWS

CZERWIEC-WRZESIEŃ 2022

„Orły” Wprost dla osób związanych z systemem ochrony zdrowia

„Orły” Wprost to nagroda przyznawana wybitnym osobowościom świata gospodarki, polityki, zdrowia. Podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu nagrody zostały przyznane trzem osobom od lat związanych z systemem ochrony zdrowia.

Prof. Adam Maciejczyk jest dyrektorem Dolnośląskiego Centrum Onkologii, kierownikiem Kliniki Radioterapii Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Krystyna Wechmann, prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Diagnozę „zaawansowany rak piersi” usłyszała 31 lat temu. Jeszcze w trakcie leczenia założyła Klub Amazonek w Poznaniu. W 2000 roku została Prezesem powołanej w 1993 roku Federacji Stowarzyszeń Amazonki i jest nim do dzisiaj. Jest też Prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych – organizacji, która jest głosem pacjentów onkologicznych, ale też ogromną siłą, i opinio-twórczym środowiskiem, które dąży do poprawy sytuacji chorych na nowotwory w Polsce.



Krystyna Wechmann odbiera „Orła” z rąk ministra zdrowia.

Ks. Arkadiusz Nowak jest Przewodniczącym Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, członkiem Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich oraz Grupy Roboczej ds. Potrzeb Pacjentów przy Agencji Badań Medycznych.

Raport „Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta z COVID-19”

Z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej wraz z interdyscyplinarną grupą ekspertów został opracowany raport nt. „Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta

z COVID-19”, w którym odbyła się merytoryczna dyskusja na temat aktualnej i optymalnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta z COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych przewlekle, czyli osób z grupy wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.

W raporcie zaprezentowane zostały wnioski i rekomendacje dotyczące optymalnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta z COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych przewlekle, czyli osób z grupy wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby.

Wśród autorów raportu, którymi zostali wybitni eksperci, lekarze oraz organizacje pacjentów, znalazła się Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Wnioski z raportu:
<https://tiny.pl/w7xmxz>



23 czerwca – Dzień Świadomości Raka Prostaty

Rak prostaty jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn. Mimo postępów w diagnozowaniu i leczeniu przybywa także osób, które umierają z jego powodu. W roku 2014 stwierdzono 4,4 tys. takich zgonów, a w 2018 – prawie 5,6 tys. Rak prostaty rozwija się zazwyczaj u mężczyzn po 65. roku życia – mediana wynosi 68 lat, ale z niewiadomych powodów coraz częściej wykrywany jest u coraz młodszych pacjentów, przed 50. rokiem życia. Niestety dla części chorych z rakiem prostaty wciąż nie są dostępne nowoczesne terapie, a pacjenci ci są leczeni metodami z ubiegłego wieku.

Gdy lekarz stwierdzi, że pacjent ma raka prostaty, kluczowym jest zaplanowanie optymalnej terapii. – *Decyzję o wyborze leczenia powinien podejmować zespół wielospecjalistyczny, a istotną kwestią staje się wówczas możliwość sprawnego wykonania zabiegu operacyjnego przez doświadczony zespół chirurgów urologów z wykorzystaniem nowoczesnych technik zabiegowych lub radioterapii. Tam, gdzie leczenie miejscowe jest niezasadne, na znaczeniu zyskuje dostęp do nowoczesnych*

terapii systemowych – hormonalnych czy ukierunkowanych molekularnie, które w Polsce, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, są zarejestrowane, ale w naszym kraju nie zostały jeszcze objęte refundacją – mówi prof. Żołnierek. U pacjentów z rakiem prostaty wrażliwym na hormonoterapię celem leczenia jest podanie leków, które hamują wydzielanie testosteronu lub blokują receptor. Taka terapia przynosi efekty – jest skuteczna i bezpieczna – także w leczeniu pacjentów z rakiem prostaty wrażliwym na hormonoterapię, u których doszło już do przerzutów. W dużo lepszej sytuacji są pacjenci z rakiem prostaty opornym na kastrację. **Od marca tego roku nowoczesna terapia jest refundowana dla wszystkich mężczyzn z rakiem prostaty opornym na kastrację** – zarówno chorych bez przerzutów, jak i z przerzutami. Lekarze nie muszą zatem czekać z podaniem refundowanego leku, aż u pacjenta dojdzie do progresji choroby.

<https://tiny.pl/w7xg2>

Ruszyła Akademia Warsaw Genomics dla lekarzy



Tempo rozwoju badań genetycznych i wynikające z nich potencjalne korzyści zdrowotne powodują konieczność intensywnego uzupełniania wiedzy lekarzy. Celem rozpoczynającej działalność Akademii Warsaw Genomics jest zwiększenie świadomości lekarzy specjalistów w zakresie możliwości, jakie daje nowoczesna diagnostyka genetyczna.

Na cyklicznych, bezpłatnych webinarach Akademii Warsaw Genomics będzie omawiana najnowsza wiedza o kierunkach i metodach diagnostyki genetycznej i jej praktycznego zastosowania w wielu obszarach terapeutycznych, m.in. w onkologii, w chorobach rzadkich, w kardiologii, diabetologii i innych.

Pierwszy webinar zrealizowano 23 czerwca br. razem z Polskim Towarzystwem do Badań nad Rakiem Piersi oraz Pol-

ską Ligą Walki z Rakiem, był poświęcony problemowi zachowania płodności u pacjentek onkologicznych obciążonych mutacjami w genach BRCA oraz wpływowi wrodzonych mutacji na płodność. 23 czerwca br. zainaugurowało tym samym swoją działalność Akademia Warsaw Genomics, inicjatywa edukacyjna grupy ekspertów medycznych i naukowców – genetyków, skierowana do lekarzy różnych specjalności. Jej celem jest propagowanie wiedzy na temat praktycznego zastosowania najnowszych osiągnięć genetyki człowieka i możliwości jakie stwarzają one dla osiągnięcia konkretnych korzyści zdrowotnych w różnych obszarach terapeutycznych.

<https://tiny.pl/w7xg2>



Wspomnienie

Ze smutkiem i bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Anny Żyłowskiej, prezes Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca.

„Nie jestem typowym pacjentem. Jestem dość upartą kobietą, która żyje z rakiem i stara się nim nie przejmować” – o swojej chorobie i relacji z lekarzem tak mówiła jeszcze niedawno.

Wyniki badań klinicznych u pacjentów onkologicznych – czerwiec 2022

Czerwcowe doniesienia z zakresu badań klinicznych, w tym również zaprezentowanych na tegorocznym ASCO – Kongresie Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (*American Society of Clinical Oncology*) mówią o badaniach w grupie osób starszych chorych na zaawansowanego raka płuca, gdzie badano połączenie *niwolumabu* (przeciwciała PD1) z *ipilimumabem* (przeciwciała CTLA-4) w porównaniu do dwulekowej chemioterapii opartej na platynie. Wystąpił kliniczny sygnał skuteczności skojarzenia *niwolumabu* i *ipilimumabu* w porównaniu z chemioterapią u chorych w podeszłym wieku z zaawansowanym niepłaskonabłonkowym rakiem płuca. Przedstawiono także wyniki badań przeprowadzonych u pacjentek chorych na zaawansowanego raka piersi – badanym lekiem był *trastuzumab deruxtecán*

będący połączeniem (koniugatem) leku cytotoksycznego i przeciwciała anti-HER2. Wyniki tego badania zmieniają rekomendacje i wytyczne dla leczenia zaawansowanego raka piersi z niską ekspresją receptora HER2. Natomiast badanie u pacjentek leczonych z powodu wczesnego raka piersi o korzystnych czynnikach klinicznych wykazało, że wyniki wymagają dalszej analizy i obserwacji jednocześnie wskazując, że w populacji chorych na wczesnego raka piersi znajdują się pacjentki, którym można zaproponować mniej intensywne leczenie uzupełniające nie pogarszając wyników odległych terapii.

<https://tiny.pl/w7xtt>

Nowe opcje terapeutyczne w onkologii: rejestracje FDA i EMA – czerwiec 2022

Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) i Europejska Agencja Leków (EMA) wydała następujące decyzje o rejestracji leków w zakresie leczenia onkologicznego w czerwcu:

W chłoniaku grudkowym: FDA udzieliła przyspieszonej zgody na użycie leku *Tisagenlecleucel* u dorosłych chorych z rozpoznaniem nawrotowym lub opornym chłoniakiem grudkowym po dwóch lub więcej liniach leczenia (w tym przeciwciała anti-CD20 oraz leku alkilującego).

W guzach litych: FDA na podstawie wyników badań klinicznych przyspieszyło zgodę na zastosowanie *dabrafenibu* w połączeniu z *trametinibem* dla dorosłych chorych oraz

dzieci w wieku 6 roku życia i powyżej w terapii nieresekcyjnych i przerzutowych guzów litych z mutacją BRAFV600E, którzy sprogresowali na pierwszej linii terapii.

W raku piersi: EMA wydała pozytywną opinię do rozszerzenia wskazań rejestracyjnych leku *Olaparib*. Nowym wskazaniem jest leczenie uzupełniające dorosłych chorych z potwierdzoną mutacją germinálną w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2, u których rozpoznano wczesnego raka piersi HER2 ujemnego o wysokim ryzyku nawrotu poddanego chemioterapii przedoperacyjnej lub uzupełniającej.

<https://tiny.pl/w7xtc>

Oncofertility – zabezpieczyć płodność u pacjentek chorych na raka

Jednym z efektów ubocznych przebytego leczenia onkologicznego może być trwała bezpłodność. Dlatego każda pacjentka w wieku rozrodczym, mająca przystąpić do leczenia przeciwnowotworowego, powinna być informowana przez onkologa o możliwościach, jakie posiada w kwestii zabezpieczenia swojej płodności. **Pacjentka na konsultację do**

specjalisty medycyny rozrodu powinna trafić krótko po zaakceptowaniu planu leczenia onkologicznego, a wybrana procedura zachowania płodności musi zakończyć się w ciągu 2-3 tygodni.

Temu tematowi, czyli zabezpieczeniu płodności u pacjentek chorych na raka, poświęcono pierwszy webinar Akademii



Warsaw Genomics dla lekarzy, który odbył się 23 czerwca br. Oncofertility to nowy obszar medycyny łączący badania onkologiczne oraz reprodukcyjne. – *Temat zabezpieczenia płodności u pacjentek onkologicznych coraz częściej pojawia się w zaleceniach towarzystw klinicznych, coraz częściej interesują się nim przede wszystkim pacjentki, ale i lekarze. Mimo, to odnoszę wrażenie, że w praktyce problem ten wymaga od nas zdecydowanie większej uwagi, tak by zapewnić chorym*

dostęp do informacji i realnej pomocy – powiedziała dr hab. n. med. Anna Wójcicka, współzałożycielka Warsaw Genomics wyjaśniając, dlaczego akurat oncofertility zostało wybrane jako temat inauguracyjny działalności Akademii Warsaw Genomics dla lekarzy.

<https://tiny.pl/w7xt2>

Sekcja MDS Stowarzyszenia Polskiej Grupy Ds. Białaczek u Dorosłych (PALG) apeluje do MZ o refundację leku *luspatercept*

Sekcja MDS Stowarzyszenia Polskiej Grupy Ds. Białaczek u Dorosłych (PALG) w liście do Ministra Zdrowia Macieja Miłkowskiego zaapelowała w imieniu własnym oraz wszystkich ekspertów walczących codziennie o zdrowie i życie pacjentów o refundację *luspaterceptu* – jedynego zarejestrowanego leku w leczeniu zespołów mielodysplastycznych niższego ryzyka.

Luspatercept pozwala chorym na MDS niższego ryzyka ograniczyć regularne przetaczanie krwi, a nawet uniezależnić się od transfuzji, co znacznie poprawia jakość ich życia.

Chorzy na MDS w Polsce wciąż czekają na refundację tego leku. Obecnie nie jest on dostępny nawet w ramach RDTL. Obecnie w Polsce chory musi pozostać w szpitalu 24 h od przetoczenia KKCz, co prowadzi do przeciążenia oddziałów hematologicznych oraz internistycznych i zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej. Szansą dla chorych i w pewnym stopniu dla systemu jest właśnie terapia *luspaterceptem*.

<https://tiny.pl/w7xt1>

Projekt BUTTERFLY – nowa terapia w mięsaku Ewinga i guzach kości



Instytut Matki i Dziecka w Warszawie wraz z Agencją Badań Medycznych przystąpiło do projektu pn. „Ocena skuteczności i bezpieczeństwa zastosowania naksytamabu u pacjentów z opornym na leczenie mięsakiem Ewinga (BUTTERFLY)”. Badanie BUTTERFLY to pierwsza w Polsce immunoterapia w guzach

kości i pierwsza terapia anty-GD2 w mięsaku Ewinga. Mięsak Ewinga (ES) to wysoce agresywny nowotwór, którego częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem (mediana wieku 15-19 lat). Niestety niepowodzenie leczenia dotyczy około 20-30% pacjentów. 5-letnie przeżycie całkowite wynosi około 20-25% w przypadku nawrotu, a 2-letnie przeżycie mniej niż 5% u pacjentów, u których doszło do progresji w trakcie leczenia pierwszego rzutu.

Ponadto w ramach badania, planowane są dalsze działania, gdyby doszło do uzyskania poprawy wyników leczenia u pacjentów z ekspresją GD2. Projekt swoim zasięgiem ma objąć całą po-

pulację dzieci, młodzieży i młodych dorosłych od 2 r.ż. do ukończenia 21 r.ż. z progresją na leczeniu lub wznową mięsaka Ewinga.

Dodanie *naksytamabu* do chemioterapii może poprawić wyniki u pacjentów z opornym na leczenie/nawrotowym mięsakiem Ewinga. W oparciu o powyższe dane projekt zakłada ocenę bezpieczeństwa skojarzenia *naksytamabu* i standardowej co 3-tygodniowej chemioterapii (CHT) u pacjentów z opornym na leczenie mięsakiem Ewinga.

Więcej informacji:
<https://tiny.pl/w7x71>

Lipcowa lista leków refundowanych 2022

Na lipcowej liście leków refundowanych pojawiły się nowe programy lekowe w chorobach rzadkich, w tym w **hematoonkologii**. Znalazła się na niej długo wyczekiwana przez pacjentów, ich rodziny oraz lekarzy terapia stosowana w leczeniu mielofibrozy pierwotnej lub wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej, tj. *fedratynib*.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Sacha, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, który stosował *fedratynib* w ramach RDTL wskazuje na jego bardzo dużą wartość terapeutyczną w leczeniu pacjentów chorych na mielofibrozę,

u których *ruksolitynib* przestaje działać, a to niestety dotyczy sporej liczby chorych: – *Gdybyśmy nie mieli możliwości zastosowania fedratynibu, to badania mówią o tym, że średnie przeżycie takiego pacjenta niestety ograniczone jest do około 14 miesięcy. Fedratynib jest tu w stanie znakomicie to leczenie wydłużyć. Ten lek tę chorobę leczy* – podkreśla prof. Sacha. Wg prof. Tomasza Sachy mielofibroza jest najbardziej uciążliwą dla pacjentów i charakteryzującą się najgorszą jakością życia spośród chorób mieloproliferacyjnych.

<https://tiny.pl/w7xtz>

Terapia dla kobiet z rakiem piersi w ramach programu B.9 w Centrum ATTIS

Od lipca br. Zakład Onkologii Kobięcej Zdrowie Kobiety przy ul. Górczewskiej 89 dołączył do grona ośrodków onkologicznych prowadzących terapię w ramach programu lekowego B.9 „Leczenie chorych na raka piersi”. Program lekowy B.9 umożliwia zastosowanie u pacjentek z zaawansowaną postacią raka piersi terapii spersonalizowanej, ukierunkowanej na określony podtyp nowotworu. Personalizowana terapia nowymi środkami pozwala na osiąganie coraz lepszych wyników leczenia. W ramach programu Centrum ATTIS przyjmuje kobiety chore na raka piersi: z roz-

poznaniem HER2 dodatniego raka piersi, wymagające leczenia przed i po operacji jak również w przypadku pojawieniu się przerzutów; u których zaawansowany (z przerzutami) nowotwór nie wykazuje obecności HER2, ale ma receptory hormonalne.

Aby rozpocząć terapię w programie lekowym B.9, wystarczy umówić wizytę w recepcji Zdrowie Kobiety tel. 22 321 14 75.

<https://tiny.pl/w7xt3>

Wyjątkowy turnus w Rogowie z Fundacją „Krwinka”

Dzieci onkologicznie i hematologicznie chore będące w trakcie leczenia, wzięły udział w dziesięciodniowym turnusie rehabilitacyjno-wypoczynkowym, którego organizatorem była Fundacja „Krwinka”. Coroczne wyjazdy są wytchnieniem nie tylko dla małych-wielkich wojowników, ale także dla ich rodziców oraz rodzeństwa, którzy na co dzień razem zmagają się ze skutkami długotrwałej i intensywnej terapii.

Fundacja dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” już od siedemnastu lat organizuje turnusy rehabilitacyjno-wypoczynkowe, pozwalając zapomnieć o trudach codziennego leczenia i nawiązać nowe przyjaźnie wszystkim uczestnikom. Organizacja wyjazdów nie byłaby możliwa, gdyby nie wsparcie ludzi o dobrych sercach.

<https://tiny.pl/w7x7x>



Posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia

22 lipca 2022 r. odbyło się w Warszawie Posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia z udziałem Ministra Macieja Miłkowskiego, pani dyrektor Joanny Klikowskiej, Krystyny Wechmann i Piotra Fonroberta. Przewodniczący Rady ks. Arkadiusz Nowak zaprosił przedstawicielki stomików – Dorotę Kaniewską z Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko, Dorotę Mintę z Fundacji STOMAlife i Elę Żukowską ze Sto-

warzyszenia Osób z NTM "UroConti". Panie przedstawiły sytuację pacjentów ze stomią w Polsce oraz skutki przyjęcia Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie refundacji wyrobów medycznych licząc na zmiany niektórych niekorzystnych dla pacjentów zapisach. **Minister Piotr Bromber wręczył certyfikat Powołania do Rady Organizacji Pacjentów Piotrowi Fonrobertowi z Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.**



Podsumowanie badań przeprowadzonych u dzieci przez Fundację Globalworth i Fundację Ronalda McDonalda

3 miasta, 895 przebadanych małych pacjentów, 104 zalecone konsultacje – to bilans specjalnej edycji badań „NIE nowotworom u dzieci”, przeprowadzonych od kwietnia do czerwca br. przez Fundację Globalworth i Fundację Ronalda McDonalda. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły układu moczowego i rozrodczego.

Celem specjalnej edycji badań była dokładna ocena stanu narządów wewnętrznych oraz wykrycie ewentualnych odstępstw od normy, zmian nowotworowych oraz wrodzonych wad nerek i dróg moczowych. Bezpłatne, bezpieczne i bezbolesne badania były przeprowadzane przez doświadczonych radiologów dziecięcych na pokładzie Ambulansu, który odwiedził kolejno Warszawę, Wrocław i Kraków. Przebadano 895 dzieci w wieku od 9 miesięcy do 6 lat, 429 dziewczynek i 466 chłopców. W obrębie jamy brzusznej badane były głównie narządy mięsiste: wątroba, trzustka, śledziona, nerki i narządy zawierające płyn: woreczek żółciowy i pęcherz moczowy. U dziewcząt przy pełnym pęcherzu można było również ocenić stan narządów rozrodczych. U chłopców dodatkowo oceniano jądra, najądrza i kanały pachwinowe. – Liczba stwierdzonych nieprawidłowości wykrytych podczas badań dzieci dowodzi, jak ważne jest wykonywanie badań profilaktycznych. Dzięki nim dzieci zostały skierowane na dalsze konsultacje specjalistyczne, co pozwoli na działania zapobiegawcze i wdrożenie odpowiedniego sposobu leczenia. Jako fundacja wspieramy wszelkie działania mające



na celu podnoszenie jakości zdrowia – mówi Judyta Sawicka, członkini zarządu Fundacji Globalworth.

Badania zrealizowano według standardów medycznych określonych dla tej grupy wiekowej przez Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne. Partnerami badań byli również Dussmann Polska, Centrum Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i MAN Polska. Patronem medialnym programu było Mamo to ja.

<https://tiny.pl/w7x7g>

1 sierpnia 2022 – Światowy Dzień Raka Płuca



Rak płuca to jeden z najgroźniejszych i najczęściej występujących nowotworów, zarówno kobiet i mężczyzn. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na raka płuca w Polsce to ponad 22 tys. przypadków rocznie z tendencją wzrostową – do 2025 roku sięgnie już ponad 23,5 tys. Już w tej chwili rak płuca jest w Polsce najczęściej wykrywanym nowotworem u mężczyzn i drugim pod względem występowania u kobiet (po raku piersi). Jest też pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych – śmiertelność związana z rakiem płuca jest wyższa niż w przypadku raka piersi, prostaty i jelita grubego.

Lekarze podkreślają, że szybka diagnoza daje szansę na wdrożenie skutecznej terapii i pokonanie choroby. Jednak w Polsce rak płuca wciąż jest wykrywany zbyt późno, w zaawansowanym stadium. Tylko jeden na pięciu pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (który odpowiada za większość, bo aż 85 proc. zachorowań na ten nowotwór) jest diagnozowanych w momencie, kiedy rokowania są jeszcze optymistyczne. Sytuację mogłoby poprawić wprowadzenie w Polsce na szerszą skalę modelu opieki nad pacjentami z rakiem płuca w systemie Lung Cancer Unit. To placówki opieki koordynowanej, w ramach których współpracują ze sobą specjaliści różnych dziedzin.

Pierwszą w Polsce tego typu placówką jest utworzone w 2019 roku Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca, które powołały wspólnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny oraz Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. **Ważną informacją dla pacjentów, jest fakt, że rozwój nauki, w tym zwłaszcza badania molekularne i genetyczne raka płuca ujawniły, że jest on wysoce zróżnicowaną chorobą i że należy mówić o wielu, a nie o jednym schorzeniu.** Ten fakt stosunkowo niedawno radykalnie zmienił perspektywy dla części pacjentów, otwierając przed nimi szansę na dobór leczenia spersonalizowanego, dostosowanego do cech choroby, a tym samym dał szansę na znacznie dłuższe i dobrej jakości życie z chorobą.

<https://tiny.pl/w7x77>

„Kolonoskopia to nie kosmos!” – podsumowanie 4. edycji kampanii „Servier – wyłącz raka!”

W ramach tegorocznej edycji kampanii dla wszystkich zainteresowanych w całej Polsce uruchomiono Wirtualną Poradnię Profilaktyki Raka Jelita Grubego Servier, czyli specjalną platformę teleinformatyczną, dzięki której można było skorzystać z bezpłatnych badań laboratoryjnych oraz konsultacji medycznych w formie teleporady, czatu lub wideocztu. Patronat merytoryczny nad IV edycją kampanii profilaktyczno-edukacyjnej „Servier – wyłącz raka!” objęli: Konsultant Krajowy ds. Onkologii Klinicznej, Polska Unia Onkologii oraz Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Partnerami tegorocznej odsłony kampanii byli: Fundacja EuropaColon Polska, Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Alivia Onkofundacja oraz Fundacja Rak'n'Roll. Wygraj Życie!

Więcej informacji o kampanii na stronie: www.wylaczraka.pl oraz na profilu [facebook.com/wylaczraka](https://www.facebook.com/wylaczraka)

<https://tiny.pl/w7xts>



Nowe opcje terapeutyczne w onkologii: rejestracje FDA – sierpień 2022

W ostatnim czasie Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła nowy lek dla chorych z przerzutowym hormonowrażliwym rakiem prostaty.

W dniu 5 sierpnia 2022 r. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła doustny preparat *darolutamid* (nazwa handlowa – Nubeqa) w połączeniu z chemioterapią *docetakselem* dla dorosłych pacjentów z przerzutowym hormonowrażliwym rakiem prostaty (mHSPC).

Skuteczność *darolutamidu* oceniono w randomizowanym, wielośrodkiem kontrolowanym placebo badaniu klinicznym ARENS z udziałem 1306 chorych. Podstawowym miernikiem skuteczności prowadzonej terapii była ocena całko-

witego czasu przeżycia (OS). Progresa czasu do wystąpienia dolegliwości bólowych była dodatkową miarą skuteczności badanego preparatu. W ramieniu *darolutamid* z *docetakselem* uzyskano 48,9 miesiąca przeżycia oraz 44,4 miesiąca w ramieniu *docetaksel* w połączeniu z placebo. Mediana przeżycia całkowitego nie została osiągnięta. Leczenie *darolutamidem* i *docetakselem* spowodowało statystycznie istotne opóźnienie progresji czasu do wystąpienia bólu o 21% względem grupy kontrolnej.

<https://tiny.pl/w7x7n>

Wrześniowa lista leków refundowanych 2022

W Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia opublikowano Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2022 r.

Na najnowszej liście, która wejdzie w życie 1 września 2022 r., znalazło się nowe wskazanie dla grupy chorych na płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – *pembrolizumab* (B. 52) – objęcie refundacją w pierwszej linii terapii płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani substancji czynnej *pembrolizumab* w monoterapii lub terapii łączonej z chemioterapią u pacjentów z ekspresją CPS ≥ 1 .

Pojawiły się nowe leki dla chorych na ostrą białaczkę szpikową:

- **gilterytynib** (B.114) – leczenie *gilterytynibem* dorosłych chorych na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę szpikową FLT3+;

- **gemtuzumab ozogamycyny** (B.114) – leczenie *gemtuzumabem ozogamycyny* w skojarzeniu z *daunorubicyną* i *cytarabiną* chorych w wieku 15 lat i powyżej na nowo rozpoznaną ostrą białaczkę szpikową występującą *de novo*, kwalifikujących się do intensywnej chemioterapii indukującej;

- **wenetoklaks** (B.114) – leczenie *wenetoklaksem* w skojarzeniu z *azacytydyną* dorosłych chorych na nowo rozpoznaną ostrą białaczkę szpikową występującą *de novo* lub wtórną, niekwalifikujących się do intensywnej chemioterapii.

Wprowadzone nowe refundacje leków to dobra wiadomość dla pacjentów z ostrą białaczką szpikową, dla których zaakceptowano wnioski aż o trzy nowe leki. Tym samym ich ścieżka leczenia ulegnie zmianie.

<https://tiny.pl/w7x72>

Konferencja w Wielkopolskim Centrum Onkologii

Minister zdrowia Adam Niedzielski w czwartek, 4 sierpnia odwiedził Wielkopolskie Centrum Onkologii. Podczas konferencji prasowej, w której wzięła udział prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Krystyna Wechmann, szef resortu mówił przede wszystkim o wsparciu onkologii, ale również o działaniach rządu związanych z epidemią koronawirusa.

Minister wspominał też o projekcie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, który jest obecnie finalizowany. W życie wejdzie 1 stycznia 2023 roku. Ta ustawa to gwarancja, że leczenie onkologiczne w Polsce będzie priorytetem. Rozwiązania te będą obowiązywały w całym kraju. Ponadto minister przekazał czek na nowy sprzęt dla szpitala WCO, który trafi do oddziału w Pile.

ŁĄCZY NAS KOALICJA



RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ



NIC O NAS BEZ NAS

Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.

Nr konta: 36 1090 1883 0000 0001 3364 8170

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

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann

Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Członek Zarządu – Piotr Fonrobert

Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST

Członek Zarządu – Jan Salamonik

Członek Stowarzyszenia Chorych na Przewlekłą Białaczkę Szpikową

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański

Założyciel Stowarzyszenia Wspierającego Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Dorota Kaniewska

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Ryszard Lisek

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ



Romana Nawara

Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia Amazonki

Krzysztof Żbikowski

Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi w Zamościu

Poznaj naszą organizację na www.pkpo.pl

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

Oglądaj filmy edukacyjne na kanale YouTube PKPO.



facebook.com/KoalicjaPacjentow



www.instagram.com/onko_koalicja/



<https://twitter.com/GlosPacjenta>

Redaktorka Naczelna
Agnieszka Paculanka
agnieszka.paculanka@pkpo.pl

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



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt realizowany
ze środków PFRON



Głos Pacjenta Onkologicznego 3/22 wydano
dzięki dodatkowemu wsparciu firmy IPSEN.