

**GŁOS**

Nr 1/2019(35)

PACJENTA**ONKOLOGICZNEGO**

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkopo.pl

RAK WĄTROBOWOKOMÓRKOWY (HCC)

Najnowsze metody diagnostyki i leczenia



Pani Agnieszka Sęk-Izdebska, pacjentka z nowotworem wątroby, choć z wykształcenia mgr Zdrowia Publicznego i Promotor Zdrowia, przyznaje, że mimo posiadanej wiedzy w chorobie poruszała się, jak we mgle. Pomogło jej wsparcie innych ludzi.

Rak wątrobowokomórkowy (HCC) jest piątym najczęstszym nowotworem złośliwym i drugą najczęstszą przyczyną zgonów związanych z nowotworami na świecie. W latach 1990–2015 stwierdzono wzrost nowo zdiagnozowanych przypadków tego nowotworu o 75%, a liczba zgonów z jego powodu wzrosła o około 40% w latach 1990–2004, w przeciwieństwie do ogólnego wskaźnika zgonów z powodu raka, które zmniejszyły się o około 18% w tym samym czasie. W Polsce pacjenci z rakiem wątroby tego typu mają dostęp do nowoczesnych metod leczenia chirurgicznego, w tym zabiegów transplantacji wątroby wykonywanych na najwyższym światowym poziomie. W wyspecjalizowanych placówkach prowadzone jest leczenie z wykorzystaniem wewnątrznaczyniowych technik chemoembolizacji i radioembolizacji oraz zastosowaniem brachyterapii nowotworów pierwotnych i przerzutowych wątroby. Niestety nadal nie są dostępne dla pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym terapie celowane i antyangiogenne w II linii leczenia czy immunoterapia.

ONKOLOGIA 2018**red. Aleksandra Rudnicka****RAK WĄTROBOWOKOMÓRKOWY****prof. Jarosław B. Ćwikła****CZĄSTKA Z NAS ZOSTAJE****I ŻYJE W KIMŚ INNYM****prof. Krzysztof Zieniewicz****ONKOLOGIA KLINICZNA****W LECZENIU RAKA WĄTROBY****dr Agnieszka Kolasińska-Ćwikła****TERAPIA MIEJSCOWA****PACJENTÓW Z RAKIEM****WĄTROBOWOKOMÓRKOWYM****dr Mirosław Nowicki****BRACHYTERAPIA ZMIAN****NOWOTWOROWYCH WĄTROBY****dr Dariusz Kieszko****MOJA HISTORIA****Agnieszka Sęk-Izdebska****OBJAWY RAKA PŁUCA****lek. Michał Sutkowski****PROGRAM Wczesnego****WYKRYWANIA RAKA PŁUCA****DIETA W RAKU WĄTROBY****mgr Joanna Drygiel****BYĆ SENIOREM****Andrzej Piwowski****POLSKA PLATFORMA****BADAŃ KLINICZNYCH****W JAK WĄTROBA****dr Sybilla Berwid-Wójtowicz**

Onkologia 2018

– początek drogi zmian

10^{lat} Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych




Czy rok 2018 to początek zmian w polskiej onkologii?

Na to pytanie postaram się odpowiedzieć z perspektywy pacjentów, dla których ważne są zarówno zmiany systemowe w kompleksowej i skoordynowanej opiece onkologicznej, jak i dostęp do innowacyjnych terapii. Równie istotne jest określenie, jakie miejsce w tworzeniu nowego oblicza polskiej onkologii zajmują organizacje pacjentów, czy ich głos wreszcie zaczął być brany pod uwagę – Aleksandra Rudnicka, Rzecznik PKPO

KRAJOWA SIĘĆ SZPITALI ONKOLOGICZNYCH

Z pewnością najważniejszym wydarzeniem minionego roku z perspektywy pacjentów onkologicznych jest rozpoczęcie realizacji zapowiedzianego w exposé premiera Mateusza Morawieckiego projektu Narodowego Instytutu Onkologii. W czerwcu 2018 r. poznaliśmy wyniki pracy zespołu, powołanego przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego w celu stworzenia koncepcji projektu premiera dotyczącego onkologii. Przedstawiony dokument pt. „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” stał się przyczynkiem do szerokiej dyskusji na temat obecnego stanu polskiej onkologii i kierunku zmian. Wszyscy uczestnicy publicznej debaty i konsultacji zgadzali się co do jednego, że **trzeba stworzyć nowy model opieki nad polskim pacjentem onkologicznym**. Projektowi Krajowej Sieci Onkologicznej przeciwnicy postawili liczne krytyczne uwagi poczynając od tytułu, przez zaproponowane rozwiązania, do składu Narodowej Rady Onkologii.

W odpowiedzi na te zarzuty **autorzy koncepcji KSO i decydenci podkreślali, że projekt ma charakter otwarty, nie jest dokumentem ostatecznym** i przyjmują zgłaszane uwagi do dalszych prac nad projektem. Kolejną burzliwą dyskusję związaną z KSO wy-

wołały konsultacje dotyczące rozporządzenia pilotażu.

Większość organizacji pacjentów onkologicznych, w tym 45 na 47 współpracujących z Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych, poparła projekt Krajowej Sieci Onkologicznej. Przeprowadzone przez naszą organizację konsultacje i rozmowy z pacjentami podczas spotkań na Regionalnych Forach Pacjentów Onkologicznych w Polsce wskazują na konieczność jak najszybszych zmian. Pacjenci uznali za kluczowe i zgodne z ich oczekiwaniami takie elementy KSO jak: kompleksowość i koordynacja opieki onkologicznej, wprowadzenie leczenia wspomagającego terapię onkologiczną i szeroko pojętej rehabilitacji medycznej, psychicznej oraz socjalnej. Z poparciem pacjentów spotkało się też projektowane wzmocnienie sieci przez stworzenie wysokospecjalistycznych centrów doskonałości, centrów kompetencji, ośrodków współpracujących oraz satelitarnych. Uznano, że zakładana w koncepcji sieci możliwość osiągania coraz wyższych stopni referencyjności przez mniejsze szpitale nie jest wyznacznikiem sztywnej hierarchii, podporządkowania, ale daje możliwości rozwoju placówkom terenowym, pod patronatem ośrodków koordynujących. Ma też w przyszłości zapewnić lepszą i równą dostępność do ośrodków onkologicznych dla wszyst-

kich pacjentów bez względu na miejsce zamieszkania. **Z zadowoleniem przyjęto też fakt uwzględnienia w składzie Narodowej Rady Onkologii przedstawicieli organizacji pacjentów.**

Trzeba podkreślić, że w tworzeniu projektu koncepcji KSO mają także udział organizacje pacjentów współpracujące z PKPO, które przygotowały część dotyczącą profilaktyki chorób nowotworowych, postulując rozszerzenie i unowocześnienie programów przesiewowych, oraz proponując wskaźniki oceny satysfakcji pacjentów, a także nowy model polskiego wolontariatu onkologicznego zgodnego z aktualnymi potrzebami chorych.

Czy Krajowa Sieć Onkologiczna będzie pozytywnym rozwiązaniem problemów polskiej onkologii? Na to pytanie da po części odpowiedź rozpoczynający się właśnie pilotaż. Podobnie, jak z każdym rozwiązaniem systemowym trzeba bowiem czasu, aby je ocenić. Tak krytykowany pakiet onkologiczny zaczyna wreszcie, po 4 latach funkcjonowania i ulepszania dobrze działać. Francuzi pracowali nad swoim systemem onkologicznym, uważanym za najlepszy w Europie przez 15 lat. – *Czy mamy czas, żeby czekać na stworzenie perfekcyjnego systemu opieki onkologicznej? Czy w ogóle jest to możliwe, przy szybkim rozwoju współczesnej medycyny? Może zamiast tworzyć kolejne indeksy, raporty i bez końca dysku-*

tować, pora zacząć działać? – To były najczęściej zadawane przez pacjentów pytania podczas Forum w Łodzi, Krakowie, Tarnobrzegu i Poznaniu.

Odpowiedź na nie dał minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski, w swojej wypowiedzi dla Medexpressu, który zapewnił, że w 2019 r. priorytetem będą onkologia i kardiologia, a jego intencją jest, aby w 2020 r. Krajowa Sieć Onkologiczna obejmowała już cały kraj.

INNOWACYJNE TERAPIE

W zakresie farmakologii rok 2018 także przyniósł ważny dokument, jakim jest **Polityka lekowa**. Uwzględniono w nim kilka, istotnych także dla pacjentów onkologicznych mechanizmów, które wymagają pilnego wprowadzenia – jak *compassionate use* – czy nowelizacji, jak rozporządzenie dotyczące Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Pacjenci mają nadzieję, że w roku 2019 nastąpią w tym zakresie pozytywne zmiany.

Jeśli chodzi o dostępności do innowacyjnego leczenia, miniony rok przyniósł refundację kilku leków dla pacjentów z rakiem płuca, co znacznie zmieniło sytuację terapeutyczną i jakość życia tych chorych. Na ostatniej w tym roku liście refundacyjnej znalazł się długo oczekiwany lek dla pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową, opornych na leczenie II linii. Po kilkuletnich staraniach w minionym roku został także refundowany lek dla pacjentów z przewlekłą białaczką plazmocytową, co zapewniło części chorym na ten nowotwór potrzebne leczenie. W kolejce czekają dwa niezbędne leki.

Nasza polityka lekowa, opierająca się o tworzenie programów lekowych, jest nadal daleka od europejskich czy światowych standardów terapeutycznych. Programy te kończą się zwykle na II linii leczenia, gdy tymczasem współczesna farmakoterapia oferuje kolejne linie, przedłużające życie pacjentów, poprawiającego jego jakość. **Oszczędności, jakie ma przynieść wprowadzenie leków biopodobnych, powinny się przełożyć na większą dostępność innowacyjnych terapii, wprowadzanie kolejnych linii leczenia i poszerzenie**

programów lekowych o grupy pacjentów, które są z nich wykluczane z nie zawsze uzasadnionych medycznie powodów. Właściwe zagospodarowanie tych zaoszczędzonych kwot, powinno być wspólnym priorytetem organizacji pacjentów onkologicznych oraz Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

NOWE PROCEDURY I MODELE OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Koniec 2018 r. przyniósł też informację o zakończeniu prac na rozporządzeniem dotyczącym wprowadzenia do koszyka świadczeń szpitalnych **procedury profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów**. Pacjentki z BRCA1/2 czekają także na refundację w 2019 r. tzw. profilaktycznej mastektomii.

W ostatnim dniu roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt kompleksowego i skoordynowanego leczenia raka piersi, który po konsultacjach społecznych ma wejść w życie w październiku 2019 r. Prace nad stworzeniem polskiego modelu *Breast Unitów* trwały długo, co było m.in. związane z przedłużającymi się dyskusjami dotyczącymi dylematu, czy postawić na ilość czy jakość tych placówek. Polskie pacjentki z rakiem piersi liczą na to, że ośrodków kompleksowego leczenia raka piersi z czasem będzie coraz więcej, a ich jakość będzie dorównywała, tak jak to zakłada projekt, takim placówkom funkcjonującym od lat w Europie.

WSPÓLNIE DLA ZDROWIA

Zapowiedziana w grudniu 2017 r. przez premiera Mateusza Morawieckiego nowa polityka państwa, której jednym z priorytetów jest zdrowie, a przede wszystkim zmniejszenie umieralności Polaków z powodu chorób nowotworowych, w 2018 r. weszła w fazę realizacji. Opublikowanie projektu koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, rozpoczęty pilotaż KSO, przedstawienie do konsultacji publicznych modelu kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem piersi oraz wprowadzenie innowacyjnych terapii onkologicznych do programów lekowych, to wszystko wychodzi naprzeciw oczeki-

waniom chorych na nowotwory.

W toczącym się procesie zmian **ważną rolę odgrywają organizacje pacjentów**, których stanowisko jest brane pod uwagę przy podejmowaniu kluczowych decyzji. Podczas lutowej konferencji „Nic nowego o nas bez nas”, przedstawiciele organizacji pacjentów spotkali się w Belwederze z prezydentem Andrzejem Dudą. Krystyna Wechmann, prezes PKPO zgłosiła postulat środowiska pacjentów utworzenia Narodowej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia, która skupiałaby reprezentantów pacjentów oraz środowiska medycznego i działając ponad podziałami politycznymi uczestniczyłaby w tworzeniu strategii polityki zdrowotnej. **W odpowiedzi na ten postulat minister zdrowia Łukasz Szumowski rozpoczął cykl debat publicznych pod hasłem „Wspólnie dla Zdrowia – słuchamy, rozmawiamy, działamy”, którego celem jest stworzenie Społecznego Programu Zdrowia 2020+.**

DEKADA PACJENTÓW

Wzrastająca pozycja organizacji pacjentów onkologicznych jest wynikiem ich profesjonalizacji i niezależności.

*Możemy śmiało powiedzieć, że hasła: **Nic o Nas bez Nas** oraz **Razem możemy więcej**, które przyświecały powstaniu Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, przez te 10 lat zostały zrealizowane. Dekadę temu cztery organizacje pokazały, że warto działać razem. Dziś zrzeszamy 50 zgodnie współpracujących organizacji, których głos jest znaczący i ma wpływ na zmiany w polskiej onkologii. Wkraczając w dziesiąty – jubileuszowy rok, chcemy pokazać, że to była Dekada pacjentów onkologicznych, ich osiągnięć, doświadczeń, a przede wszystkim pełnej zaangażowania pracy na rzecz innych chorych – powiedziała prezes PKPO Krystyna Wechmann.*

Rak wątrobowokomórkowy

epidemiologia, etiologia, profilaktyka, diagnostyka



Dr hab. n. med. Jarosław B. Ćwikła, prof. UWM w Olsztynie, specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej i radiologii. Ekspert w dziedzinie diagnostyki i leczenia nowotworów neuroendokrynnych. Członek Komitetu Doradczego Europejskiego Towarzystwa Guzów Neuroendokrynnych (ENETS) oraz członek Polskiej Sieci Guzów Neuroendokrynnych. Autor i współautor ponad 120 publikacji naukowych. Stypendysta Fundacji „Stefana Batorego” oraz Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej.

Epidemiologia

Rak wątrobowokomórkowy (HCC – *hepatocellular carcinoma*) jest piątym najczęstszym nowotworem złośliwym i drugą najczęstszą przyczyną zgonów związanych z nowotworami na świecie. Dane epidemiologiczne mówią o 854 tys. nowych przypadkach i 810 tys. zgonach rocznie, co stanowi 7% zgonów z powodu chorób nowotworowych.

Rak wątrobowokomórkowy stanowi około 90% pierwotnych nowotworów wątroby i stanowi globalny problem zdrowotny. Częstość występowania raka wątroby wzrasta progresywnie wraz z wiekiem we wszystkich populacjach, osiągając szczyt w 70. roku życia. W populacji chińskiej i afrykańskiej średnia wieku chorych jest niższa. Z kolei w Japonii częstość występowania tego nowotworu jest najwyższa w grupie mężczyzn w wieku od 70 do 79 lat. Rak wątroby częściej spotykany jest u mężczyzn w stosunku do kobiet 2–2,5:1,8.

Występowanie raka wątrobowokomórkowego wykazuje zależność geograficzną, z najwyższą zapadalnością w Azji Wschodniej (ponad 50% przypadków występujących w Chinach) i w krajach Afryki Subsaharyjskiej, razem stanowią około 85% wszystkich przypadków raka wątroby. W Europie częstość występowania tego nowo-

tworu jest niższa, z wyjątkiem krajów basenu morza Śródziemnego, gdzie zapadalność wynosi 10,5 przypadków na 100 000 mieszkańców rocznie. W Europie roczna zapadalność na raka wątroby w ostatnich latach kształtuje się na poziomie 65 tys., a śmiertelność 60 tys. osób. W Polsce w 2016 r. zachorowało na raka wątroby 895 mężczyzn i 588 kobiet, a zmarło 1145 mężczyzn i 879 kobiet.

Częstość występowania raka wątroby rośnie w skali globalnej. W latach 1990–2015 stwierdzono wzrost nowo zdiagnozowane przypadków HCC o 75%, głównie ze względu na zmieniające się struktury wiekowe i wzrost liczby ludności. Liczba zgonów z powodu nowotworu wątroby wzrosła o około 40% w latach 1990–2004, w przeciwieństwie do ogólnego wskaźnika zgonów z powodu raka, które zmniejszyły się o około 18% w tym samym okresie obserwacji.

Etiologia i czynniki ryzyka

Około 90% przypadków raka wątroby wiąże się ze znaną etiologią tej choroby związaną z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby (WZW) typu B (WZW B, ang. *hepatitis B virus*, HBV) i typu C (WZW C, ang. *hepatitis C virus*, HCV), spożyciem alkoholu oraz aflatoksy-

nami (grzyby występujące na fistaszkach, zbożu, migdałach w wilgotnych rejonach tropikalnych). W Afryce i w Azji Wschodniej, zdecydowanie najczęściej rozwój tego nowotworu spowodowany jest zapaleniem wątroby typu B (60%), podczas gdy w świecie zachodnim tylko 20% przypadków jest związane z wirusowym zapaleniem wątroby typu B, dominującą przyczyną jest WZW typu C.

Uwzględniając dane światowe, około 54% przypadków raka wątroby związane jest z zakażeniem wirusem HBV (które dotyka 400 milionów ludzi), podczas gdy 31% związane jest z zakażeniem wirusem HCV (które dotyka 170 milionów ludzi), pozostałe 15% przypadków związanych jest z innymi przyczynami. Te szacunkowe obliczenia nie odzwierciedlają współistniejących chorób i prawdopodobnie nie docenią wpływu niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NALFD) czy zespołu metabolicznego.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka stymulującym rozwój raka wątroby jest obecność marskości. Proces ten może być spowodowany przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby, nadużywaniem alkoholu oraz dziedzicznymi chorobami metabolicznymi, takimi jak niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby

(NALFD) czy hemochromatoza genetyczna (nadmierne gromadzenie się żelaza w organizmie) lub w niektórych przypadkach niedobór alfa-1-antytrypsyny.

Wszystkie postaci marskości mogą stanowić przyczynę rozwoju raka wątroby, ale ryzyko nowotworu jest wyższe u pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby. **U jednej trzeciej chorych z marskością wątroby rozwinię się nowotwór wątroby w trakcie swojego życia. Ogólnie marskość wątroby przebiegająca z ciężką niewydolnością (niska liczba płytek krwi, wynosząca $< 100 \times 10^9/l$, obecność żylaków przełyku), starszy wiek chorego oraz płeć męska korelują z szybszym rozwojem nowotworu wątroby.** U pacjentów z alkoholową marskością wątroby zwiększone ryzyko rozwoju raka wątroby odnotowano szczególnie we Francji, Hiszpanii oraz we Włoszech, co może mieć związek z ilością spożywanego czerwonego wina.

Ostatnie badania wykazały, że **częstość występowania raka wątrobowokomórkowego wzrasta równolegle do wzrostu ciśnienia w układzie wrotnym**, co jest powiązane z utratą elastyczności wątroby badanej w ocenie elastografii. Podobnie, ostatnio metaanalizy twierdzą, że **ryzyko rozwoju raka wątroby jest zwiększone u pacjentów z genotypem 1b29 HCV lub genotypem 3.**

Rak wątroby odnotowywany jest u 45% pacjentów z hemochromatozą, prawie wyłącznie w III etapie zaawansowania marskości. Występuje też częściej u **pacjentów z ostrą porfirią wątrobową i porfirią cutanea tarda**, jak również u chorych z niedoborem alfa-1-antytrypsyny i rozwojem marskości na tym podłożu

Coraz więcej dowodów z retrospektywnych badań sugeruje **zwiększoną częstość występowania raka wątroby u pacjentów z niealkoholowym stłuszczeniowym zapaleniem wątroby powiązanym z zespołem metabolicznym, cukrzycą i otyłością.** Ponadto zespół metaboliczny zwiększa ryzyko zachorowania na ten nowotwór u pacjentów z przewlekłym

wirusowym zapaleniem wątroby. **Obecnie uważa się, że niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby jest istotną przyczyną rozwoju nowotworu wątroby w krajach rozwiniętych.** W przypadku niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby występowanie raka wątroby jest bardzo niejednorodne i wynosi od 0,25% do 7,6%. Ponadto marskość na podłożu niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby i zespołu metabolicznego mogą nakładać się na rozwój marskości związanej ze spożyciem alkoholu. Wymaga to uwzględnienia w przyszłych badaniach rzeczywistego wpływu tych czynników na rozwój marskości i w dalszej kolejności na rozwój raka wątroby.

Epidemiologiczne dowody na powiązanie między paleniem tytoniu i występowaniem raka wątroby wcześniej nie było raportowane. Ostatnie badania potwierdzają jednak, że **palenie jest znaczącym współczynnikiem rozwoju nowotworu wątroby.** Także **infekcja HIV wydaje się być dodatkowym czynnikiem, zwiększającym ryzyko raka wątroby**, zwłaszcza u pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby.

Prewencja

Pierwotną prewencję raka wątroby można osiągnąć za pomocą szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Jest ono zalecane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla wszystkich noworodków i grup wysokiego ryzyka.

Pierwszą dawkę szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B należy podać dziecku tak szybko, jak to możliwe po urodzeniu, nawet w krajach o niskim występowaniu wirusa zapalenia wątroby typu B, $< 2\%$.

Szczepienie jest również zalecane w kohortach specyficznych dla wieku (młodzi dorośli) i osób z czynnikami ryzyka zakażeniem **wirusowym zapaleniem wątroby typu B**, tj. pracownicy służby zdrowia, osoby podróżujące do obszarów, w których infekcja tym typem wirusa ma częsty charakter, czy u osób zażywających narkotyki w postaci dożylniej, a także u partnerów

seksualnymi osób zarażonych HBV.

Leczenie przeciwwirusowe u pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C powinno być zgodne z zaleceniami i rekomendacjami przygotowanymi przez Europejskie Stowarzyszenie do Badania Wątroby (EASL – *European Association for the Study of the Liver*). Długoterminowe dane, co do potwierdzenia skuteczności w przeciwdziałaniu rozwojowi raka wątroby są dostępne dla *interferonu alfa, lamiwudyny, entekawiru, fumaranu dizoproksylu tenofowiru*. Po pierwszych pięciu latach stosowania *entekawiru* lub *fumaranu dizoproksylu tenofowiru* najnowsze dane sugerują, że zapadalność na raka wątroby uległa zmniejszeniu, szczególnie u chorych, u których wyjściowo stwierdzono marskość. Metaanalizy terapii przeciwwirusowych opartych na interferonie wykazały ponad 70% zmniejszenie częstości występowania tego nowotworu, niezależnie od stopnia marskości. Konieczne jest jednak utrzymanie nadzoru nad chorymi z marskością po otrzymaniu odpowiedzi na leczenie przeciwwirusowe.

Wprowadzenie nowych leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA) było wielkim przełomem z powodu ich wysokiej skuteczność i korzystnego profilu bezpieczeństwa. Umożliwiło to stosowanie ich u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością wątroby, u których schematy oparte o interferon nie były zalecane.

Oczekuje się, że eradykacja (całkowite zwalczenie) wirusa wątroby typu C za pomocą leków nowej generacji o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym przełoży się na zmniejszenie częstości występowania raka wątroby u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C.

Niestety, niektóre badania wykazały, że ryzyko rozwoju raka wątroby może być wyższe u pacjentów po terapii o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym niż po leczeniu interferonem, co może być związane z potencjalnie bardziej agresywnym nowotworem. Należy też podkreślić,

że pacjenci z cukrzycą i marskością wątroby związaną z rakiem wątroby w leczeniu systemowym utrzymują wysoki odsetek wznowy nawet po kolejnej terapii o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym. U tych pacjentów zalecany jest ścisły nadzór (profilaktyka trzeciorzędowa), a korzyść płynąca z leczenia przeciwwirusowego musi być rozważona w odniesieniu do możliwej szybkiej wznowy raka wątroby.

Na podstawie wielu badań udowodniono zależność wysokiej konsumpcji kawy i zmniejszenia częstości występowania raka wątroby oraz zmniejszenia śmiertelności z powodu innych przewlekłych chorób tego narządu. W tej chwili nie można jednak podać zalecanej dawki kawy mającej określony efekt.

Populacja docelowa testów przesiewowych

Czynniki wpływające na definicję populacji docelowej muszą brać pod uwagę częstość występowania raka wątroby w określonej grupie pacjentów i prawdopodobieństwo, że istnieją w tej grupie optymalne metody leczenia radykalnego. W przypadku raka wątroby częstość występowania tego nowotworu jest wyższa w bardziej zaawansowanej marskości wątroby, ale prawdopodobieństwo leczenia radykalnego chirurgicznego z intencją wyleczenia (ITT), jest niższe przy wyższym stopniu zaawansowania procesu chorobowego.

Badania opłacalności wskazują, że częstość występowania marskości u chorych na raka wątroby, uzasadniałaby nadzór nad tą grupą pacjentów, niezależnie od jej etiologii. Jednak zaawansowana marskość wątroby przebiegająca z jej niewydolnością lub dekompenzacją czynności wątroby uniemożliwia stosowanie skutecznych terapii przeciwnowotworowych łącznie z przeszczepem. W związku z tym nadzór nad wystąpieniem raka wątroby u tych pacjentów nie jest opłacalny, natomiast chorzy nadal mogą pozostawać na liście osób do przeszczepu wątroby.

Dodatkowo nadzór może nie być opłacalny powyżej pewnego wieku, ale brak jest granicy odcięcia wieku chorego, dlatego podstawowym zadaniem jest ocena długości przeżycia pacjenta przy odpowiednim postępowaniu, a nie jego wiek.

Badania przesiewowe w kierunku raka wątroby zaleca się wykonywać u dorosłych z marskością wątroby w stopniu A i B oraz u pacjentów z marskością w stopniu C, oczekujących na przeszczep wątroby, a także u chorych bez marskości wątroby, ale zakażonych wirusem typu B z pośrednim lub wysokim ryzykiem rozwoju raka wątroby. U pacjentów bez marskości wątroby F3, niezależnie od etiologii, można rozważyć nadzór w oparciu o indywidualną ocenę ryzyka rozwoju raka wątroby.

Badania obrazowe w screeningu raka wątroby

Najczęściej stosowana metoda w przypadku badań przesiewowych w wykryciu raka wątroby to USG jamy brzusznej. Badanie to ma akceptowalną dokładność diagnostyczną, gdy jest stosowane jako test przesiewowy (czułość w zakresie od 58 do 89%; specyficzność większa niż 90%). Badanie USG jest mniej skuteczne w wykryciu raka wątroby we wczesnym stadium zaawansowania (czułość 63%). Powszechna popularność USG polega również na jego bezinwazyjnym charakterze, dostępności, doskonałej tolerancji przez chorych i relatywnie niskich kosztach. Dodatkowo podkreśla się możliwość wykrycia innych chorób towarzyszących rakowi wątroby, jak marskość, jej nasilenie oraz obecności naczyń krążenia obocznego czy zakrzepicy żyły wrotnej, które to stany mogą wymagać interwencji.

Wykrycie raka wątroby w marskiej wątrobie za pomocą USG jest często bardzo trudnym zadaniem w przypadku początkowego rozwoju tego nowotworu widocznym w zmianach guzkowych, które mogą być guzkami regeneracyjnymi, ale mogą być też guzkami nowotworowymi. Z tego powodu wykrycie w badaniu USG raka

wątroby we wczesnym stadium jest uzależnione od wiedzy i doświadczenia lekarza oraz jakości sprzętu, jakim on dysponuje. Dlatego zalecane jest odpowiednie szkolenie wykonujących to badanie oraz użycie odpowiednich środków kontrastujących podanych dożylnie, poprawiających skuteczności USG w wykryciu drobnych zmian nowotworowych.

Badanie tomografii komputerowej z użyciem obecnie powszechnie stosowanych systemów wielorządowych CT (MDCT) oraz dynamiczne obrazowanie po podaniu dożylnym środka kontrastującego w badaniu rezonansu magnetycznego (DCE MRI), nie są opłacalne w badaniach przesiewowych ze względu na koszt oraz zbyt wysoki odsetek wyników fałszywie dodatnich. Dodatkowo są to badania inwazyjne z uwagi na podawanie dożylnie środków kontrastujących. Techniki te należy rozważyć w przypadku otyłości, obecności gazów jelitowych, deformacji klatki piersiowej oraz innych czynników mających wpływ na wykonanie badania USG, a nie mających wpływu na badanie tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego.

Testy serologiczne

Obecnie w badaniach przesiewowych raka wątroby są wykorzystywane testy serologiczne, które zostały zbadane lub są w trakcie badania. Dotyczą one wczesnego rozpoznania raka wątroby z wykorzystaniem alfa-fetoproteiny (AFP). Wiadomo, że stale podwyższone poziomy alfa-fetoproteiny są czynnikiem ryzyka rozwoju raka wątroby i marker ten można wykorzystać do określenia zagrożonej populacji. Jednak został on głównie przetestowany w trybie diagnostycznym, a nie jako serologiczny test przesiewowy. Jest to istotne, ponieważ jego znaczenie jako testu diagnostycznego nie może być ekstrapolowane do wartości testu przesiewowego. Wykorzystanie tego testu może być stosowane w populacjach, w których utrudniony jest dostęp do badania USG. Test AFO w połączeniu z USG są w stanie poprawić

wykrywalność w kierunku raka wątroby w 6-8% przypadków wcześniej nierozstrzygniętych w badaniu USG. Powody dla suboptymalnego użycia alfa-fetoproteiny jako serologicznego testu przesiewowego są następujące: częsta fluktuacja poziomów tego markera u pacjentów z marskością może odzwierciedlać zaostrzenia zakażenia wirusem typu B lub C w przewlekłym zapaleniu wątroby lub rozwoju raka wątroby. **Kolejnym zagadnieniem jest zbyt mała czułość testu AFP w wczesnym stadium zaawansowania nowotworu wątroby, wynosząca tylko od 10 do 20%.**

Badania przesiewowe – ramy czasowe

Idealny przedział nadzoru dla raka wątroby powinien być podyktowany przez dwie główne cechy: tempo wzrostu guza aż do jego granicy wykrywalności i zapadalność na nowotwór w populacji docelowej. Na podstawie dostępnej wiedzy na temat średniego podwojenia objętości guza wątroby, okres czasu wynoszący pół roku wydaje się najbardziej optymalny. **W świetle dostępnej wiedzy, zalecane jest sześciomiesięczne planowe, powtarzalne badanie USG jamy brzusznej.**

Rekomendacje towarzystw naukowych do badań przesiewowych z wykorzystaniem USG jamy brzusznej oraz oceny markerów u chorych z grup ryzyka zalecają wykonywanie USG w okresie od 4 do 12 miesięcy, a testu AFP co 6 do 12 miesięcy. Najbardziej rozszerzony program japoński zaleca u osób z wysokim ryzykiem raka wątroby wykonywanie co 6 miesięcy USG jamy brzusznej i testów AFP/DCP/AFP-L3, a u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem raka wątroby, badanie USG co 3–4 miesiące + testy AFP/DCP/AFP-L3 + badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego co 6–12 miesięcy.

Diagnoza raka wątroby

Rozpoznanie raka wątroby u pacjentów z marskością wątroby powinno być oparte o kryteria badań

obrazowych lub obrazowych i testu AFP lub w oparciu o rozpoznanie patologiczne. U pacjentów bez marskości, należy postawić diagnozę raka wątroby potwierdzoną badaniem patologicznym materiału operacyjnego/biopsyjnego.

Ocena patologiczna raka wątroby powinna opierać się na zaleceniach międzynarodowego konsensusu z wykorzystaniem wymaganej analizy histologicznej i immunohistologicznej.

Nieinwazyjne kryteria rozpoznania raka wątroby mogą być stosowane tylko w przypadku marskości pacjentów obejmującej guzki o wymiarze ≥ 1 cm, przy założeniu wysokiego prawdopodobieństwa dodatniego testu w kierunku raka wątroby. Są one oparte głównie na technikach obrazowania tomograficznego z wykorzystaniem wielofazowego badania tomografii komputerowej (CT) oraz rezonansu magnetycznego (MRI) po podaniu dożylnie środka kontrastującego (DCE MRI). Alternatywnie można wykonać badanie USG z podaniem dożylnie środka kontrastującego (CEUS). Diagnoza raka wątroby w badaniach obrazowych opiera się na identyfikacji typowych cech charakterystycznych dla tego nowotworu, które różnią się w zależności od techniki obrazowania lub użytego środka kontrastującego. **Pozytonowa tomografia emisyjna (FDG PET-scan) nie jest zalecana do wczesnej diagnostyki raka wątroby z powodu wysokiego odsetka badań fałszywie ujemnych.**

Diagnostyka obrazowa w rozpoznaniu raka wątroby

Obrazowanie jest bardzo istotną częścią postawienia prawidłowej diagnozy raka wątroby wraz z oceną stadium zaawansowania procesu chorobowego, w szczególności na podstawie obrazowania strukturalnego tomograficznego jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Kryteria diagnostyki obrazowej raka wątroby oparte są na wysoce charakterystycznych obrazach radiologicznych po podaniu dożylnie środka kontrastującego. Należy dodać, że w diagnostyce różnicowanej na podłożu marskości należy wykluczyć

wewnątrzwątrobowego raka z dróg żółciowych (CCC – *cholangiocarcinoma*) oraz mieszaną postać nowotworu tego rodzaju z rakiem wątrobowokomórkowym (HCC).

Opracowane zalecenia przygotowane wspólnie przez EASL i EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) wskazują na wykonanie jednego z dwóch badań – tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, ale w ośrodkach specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu raka wątroby, szczególnie w guzach małych o wielkości 1–2 cm, a w przypadku wątpliwości użycia algorytmu sekwencyjnego.

Na podstawie ostatnich danych **rezonans magnetyczny wykazuje wyższą czułość i swoistość, mieszcząc się w zakresie od 85 do 100%.** Czułość i swoistość zależne są od wielkości zmiany. W grupie małych raków wątroby rezonans magnetyczny jest lepszy niż tomografia komputerowa – czułość odpowiednio 62% i 48%. W guzach większych o wymiarze w przedziale 10–20 mm czułość rezonansu wynosi 95%, a tomografii 92%. W przypadku zmian większych różnic w czułości pomiędzy tymi dwoma metodami nie ma.

Powyższe wyniki nie sugerują rutynowego stosowania tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego w zmianach poniżej 10 mm do rozpoznania raka wątroby. Szereg innych elementów opisowych w tych badaniach badaniu może sugerować obecność raka wątroby, a nie obecność guzków regeneracyjnych lub guzków z małą lub średnią dysplazją.

W wielu badaniach porównano skuteczność diagnostyczną wielofazowego badania tomografii komputerowej z rezonansem magnetycznym z użyciem nowej generacji wewnątrzkomórkowych środków kontrastujących (hepatotropowych). Tego typu środki kontrastowe gromadzą się w komórkach wątrobowych i wydzielają się poprzez drogi żółciowe w ok. 50% oraz przez nerki, nie gromadzą się w komórkach raka, poprzez co uży-

skuje się lepszy kontrast w obrazowaniu drobnych zmian ogniskowych. Daje to poprawę czułości szczególnie w diagnostyce drobnych ognisk raka wątroby. Mimo iż brakuje dużych wieloośrodkowych prospektywnych badań na ten temat, można powiedzieć, że hepatotropowe środki kontrastujące poprawiły czułość rezonansu magnetycznego w diagnostyce drobnych raków wątroby oraz guzków dysplastycznych o wysokiej atypii, będących prekursorem tego nowotworu.

Badanie USG

Wykorzystanie badania USG w diagnostyce raka wątroby po podaniu dożylnie środka kontrastującego (CEUS) zostało zakwestionowane w poprzednich wytycznych EASL. W niedawno opublikowanym prospektywnym badaniu wieloośrodkowym zmian o wielkości powyżej 2 cm, badanie USG charakteryzowało się swoistością 92,9% w porównaniu do 76,8% dla tomografii i 83,2% dla rezonansu. Jednak trudnością jest brak obrazu całej wątroby w trakcie badania dynamicznego w fazie tętniczej. **Technika ta może być wykorzystywana w identyfikacji zmian w marskości, ale w wybranych segmentach wątroby.** Dodatkowo metoda nie jest powtarzalna oraz trudna do interpretacji poza badaczem wykonującym badanie, co czyni tę technikę zależną od wykonującego badanie. Poza tym technika USG jest daleka od obiektywnej i rzeczywistej oceny stadium zaawansowania procesu nowotworowego o typie wątrobowokomórkowym o położeniu pozawątrobowym. Oczywiście jest techniką wysoce przydatną, w przypadku nierozstrzygującego badania tomograficznego lub rezonansu magnetycznego w rozpoznaniu raka wątroby.

Znaczenie rozmiaru zmiany pierwotnej

Charakterystyczne cechy radiologiczne raka wątroby występują w niższym odsetku przypadków u chorych z małymi guzami, tymi poniżej 2 cm, niezależnie od tego czy wykorzysta-

jemy tomografię czy rezonans. W takich przypadkach braku typowego wypełnienia środkiem kontrastującym w fazie tętniczej oraz wczesne wypłukiwanie (*wash-out*) w fazie żylna-wrotnej nie można uznać za mniej agresywnego raka wątroby niż ten z klasycznym obrazem. Dlatego odkładanie definitywnego rozstrzygnięcia, co do natury zmiany i jej dalsza obserwacja w okresie sześciomiesięcznym jest przeciwwskazana, nawet w bardzo małych zmianach.

Opóźnione ostateczne rozpoznanie raka wątroby na podstawie zmian przekraczających 2 cm może wiązać się z niepowodzeniem leczenia radykalnego i/ lub wczesnej wznowy, niezależnie czy zmiana będzie wycięta czy usunięta lokalnie z uwagi na rozwój guzków satelitarnych oraz mikroskopową inwazję naczyń poza obszar guza. Dlatego w raku wątroby bardzo ważne jest postawienie właściwej diagnozy przy rozmiarze zmiany o wielkości mniejszej niż 2 cm.

W przypadku drobnych guzków <10 mm oraz współistnienia większych zmian >10 mm, należy je identyfikować i oceniać pod kątem charakterystyki przepływu środka kontrastującego jak w raku wątroby. W przypadku obecności tego typu drobnych zmian i braku charakterystyki przepływu, nie można ich zignorować w przypadku resekcji chirurgicznej lub ablacji miejscowej. Optymalne postępowanie dla guzków <1 cm wykazujących typowy wzór przepływu jak w raku wątroby, nie zostało jeszcze opracowane przez LI-RADS (międzynarodowy system

raportowania obrazowania wątroby i system danych), którego zadaniem jest standaryzacja i raportowanie z gromadzenia danych różnych technik obrazowania.

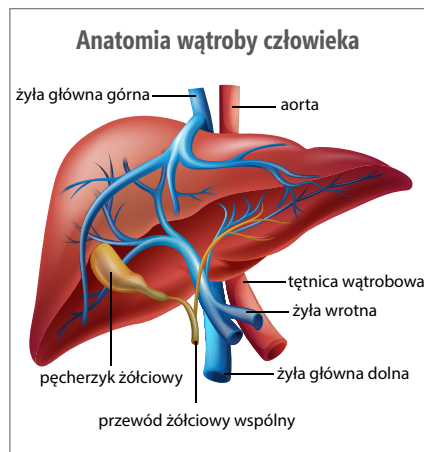
W przypadku wątpliwości w rozpoznaniu na podstawie diagnostyki obrazowej badaniem rozstrzygającym jest biopsja, która powinna być wykonywana jeśli jest to możliwe technicznie, przynajmniej w zmianie dominującej, podejrzanej o raka wątroby.

Charakterystyka zakrzepicy żyły wrotnej

Inwazja nowotworowa makro-naczyniowa (najczęściej obserwowana w żyłę wrotną) jest jednym z głównych czynników prognostyczny często występujących w dużych rakach wątroby. U pacjentów z marskością wątroby często występuje zakrzepica żyły wrotnej, co zwykle komplikuje diagnozę marskości wątroby z rozwojem raka tego narządu. Powoduje to pilną diagnostykę różnicową zakrzepicy żyły wrotnej od inwazji nowotworowej. **Stosowane techniki strukturalnego obrazowania z podaniem dożylnie środka kontrastującego mogą różnicować zakrzepicę żyły wrotnej oraz od inwazji nowotworowej żyły wrotnej.**

Rozpoznanie raka wątroby u chorych bez marskości wątroby

Obrazowanie raka wątroby rozwijającego się u chorych bez marskości wątroby nie różni się od obrazów tego nowotworu przebiegających w marskości. Jednak **guzy w przypadkach bez marskości są większe, ponieważ pacjenci później zgłaszają się na badania kontrolne, nie będąc objętymi programem badań przesiewowych, tak jak chorzy z marskością.** W przypadku nie potwierdzonej marskości wymagana jest diagnostyka różnicowa w kierunku wykluczenia potwierdzenia innych zmian takich jak: hiperwaskularne przerzuty nowotworowe, czy gruczolak wątrobowokomórkowy. W każdym przypadku wymagane jest potwierdzenie patologiczne materiału bioptycznego/operacyjnego.



Cząstka z nas zostaje i żyje w kimś innym



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz, chirurg, transplantolog kliniczny, onkolog. Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wiodącego ośrodka transplantacji wątroby w Polsce i w Europie. Członek zespołu, który wykonał pierwsze w Polsce udane przeszczepienie wątroby u dorosłego oraz ostatnio – pierwsze jednoczasowe przeszczepienie serca i wątroby. Z prof. Krzysztofem Zieniewiczem rozmawiamy o transplantologii i przeszczepach wątroby u pacjentów z nowotworem tego narządu.

Transplantologia, to stosunkowo nowa dziedzina medycyny w Polsce i na świecie. Jakie były jej początki?

Historia transplantologii to lata pięćdziesiąte XX wieku, dokładnie 1954 r., kiedy w Stanach przeszczepiono po raz pierwszy nerkę. Natomiast w Polsce po raz pierwszy przeszczepiono nerkę w 1966 roku. Niedawno, 26 stycznia, była kolejna rocznica tego wydarzenia. Profesor Jan Nielubowicz z profesorem Tadeusz Orłowskim dokonali pierwszego przeszczepienia nerki i to był właściwie początek transplantologii w Polsce.

Kiedy wykonano po raz pierwszy przeszczepy wątroby?

Pierwszą udaną transplantację wątroby na świecie wykonano z sukcesem w 1967 r. w Stanach Zjednoczonych. W Polsce dokonali tego koledzy z Centrum Zdrowia Dziecka u małego pacjenta 1 marca 1990 r. Pierwszą wątrobę u dorosłego przeszczepiliśmy 30 grudnia 1994 roku, także niedługo będzie okrągła, 25 rocznica. Przeszczep wykonaliśmy u nas w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby, bo tak się nazywała wówczas klinika w Szpitalu na Banacha w Warszawie. W skład zespołu, któremu udało się po raz pierwszy przeszczepić z sukcesem wątrobę pacjentce – która zresztą żyje do dzisiaj – wchodził profesor Bogdan Michałowicz, profesor Jacek Pawlak, ja, profesor Piotr Małkowski, profesor Paweł

Nyckowski, dr Ireneusz Grzelak i jeszcze kilkoro osób.

Panie profesorze, w przypadku przeszczepień allogenicznych (od osób niespokrewnionych) u pacjentów hematologicznych, bardzo ważną rolę odgrywa tzw. zgodność tkankowa, która musi być bardzo wysoka. Jak jest w przypadku transplantacji narządów, np. wątroby?

W przypadku przeszczepienia wątroby nie musi być aż tak wysoka zgodność tkankowa. Wątroba jest dosyć mało wymagającym, w sensie immunologicznym, organem. To wyjątkowa właściwość wątroby. Zgodność grupy krwi w grupach głównych, czyli A, B, 0 decyduje o kwalifikacji do transplantacji. Oczywiście konieczna jest jeszcze ocena stanu klinicznego, wielkości narządu i kilku innych czynników. Ale w sensie immunologicznym jest to najłagodniejsza opcja. Przy nerce jest dużo trudniej, w trzustce jest jeszcze trudniej, płuca i serce są dużo bardziej kłopotliwe w prowadzeniu immunosupresyjnym. Ta łatwość – oczywiście w cudzysłowie – w porównaniu z innymi narządami w prowadzeniu chorych po przeszczepieniu wątroby, jest w pewnym sensie nagrodą dla transplantologów wątroby, bowiem sam zabieg przeszczepienia jest najbardziej czasochłonny. Dlatego czasami wątroby przeszczepia się – zwłaszcza przy przeszczepieniach jelit – jako tyl-

ko formę ochrony immunologicznej. A przy przeszczepieniach wielonarządowych, jak się okazuje, leczenie immunosupresyjne w przypadku dwóch narządów jest mniej intensywne niż w stosunku do tylko pojedynczego serca. Potwierdziło się to w przypadku jednoczasowego przeszczepienia serca i wątroby, które ostatnio dwukrotnie wykonaliśmy razem z kolegami z Instytutu Kardiologii w Aninie. Były to pierwsze takie operacje w Polsce.

W przypadku pacjentów onkologicznych przeszczepia się tylko niektóre narządy, np. wątrobę, ale trzustki już nie, od czego to zależy?

Trzeba od razu powiedzieć, że generalnie rzecz biorąc pacjenci onkologiczni z reguły nie są kandydatami do transplantacji, co wynika z konieczności prowadzenia immunosupresji po przeszczepieniu narządu. Wszelkie sytuacje ograniczenia kontroli immunologicznej doprowadzają nowotwory do bardzo dynamicznej wznowy, rozwoju i właściwie niweczy się cały wkład i wysiłek włożony w sam proces przeszczepienia. Aczkolwiek istnieją pewne wyjątki, a zwłaszcza jeśli chodzi o wątrobę, gdzie liczba wskazań czy częstość wskazań do transplantacji u chorych z nowotworami istnieje i po troszeczkę, krok po kroku wraz z nabywaniem sprawności i poszerzaniem naszej wiedzy na temat i nowotworów i immunosupresji, możliwość przeszczepienia

ulega pewnemu stopniowemu poszerzeniu.

Jakie są kryteria kwalifikacji do transplantacji wątroby u chorych na nowotwory?

Nowotwór wątroby jest to pojęcie bardzo szerokie. Właściwie usankcjonowanym wskazaniem do przeszczepienia wątroby, bardzo ograniczonym i w restrykcyjnych granicach, jest transplantacja w przebiegu pierwotnego raka wątrobowokomórkowego o określonych kryteriach wielkości i liczbie zmian oraz przy braku zmian pozawątrobowych. Ponieważ tego typu nowotwory tworzą się na podłożu wątroby pierwotnie uszkodzonej, marskiej z powodu m.in. wirusowego zapalenia wątroby typu B czy typu C oraz choroby tłuszczeniowej wątroby, to niestety liczba pacjentów ze wskazaniem do przeszczepienia stale rośnie. Natomiast dobre wyniki otrzymujemy tylko wtedy, kiedy rygorystycznie trzymamy się pewnych ograniczeń dotyczących wielkości i liczby zmian, obowiązują tutaj tzw. kryteria mediolańskie. Kryteria te mówią, że do przeszczepienia kwalifikują się osoby, u których istnieje pojedyncze ognisko raka wątrobowokomórkowego o średnicy równej lub niższej niż 5 cm lub nie więcej niż 3 zmiany o średnicy równej lub niższej niż 3 cm każda. Kryteria te są najbardziej, najczęściej uznawanymi wskazaniami. W tej chwili trwają badania, podejmowane są próby rozszerzenia tych wskazań. Drugą grupą wskazań do przeszczepienia wątroby jest nowotwór, który się nazywa *hemangioendothelioma* – śródbłoniak, jest to nowotwór zazwyczaj ograniczony tylko do wątroby i to jest też dobre wskazanie. Jest to bardzo rzadki nowotwór, stąd i liczba przeszczepień z tego powodu jest niewielka. Trzecim uznanym wskazaniem są przerzuty do wątroby nowotworów neuroendokrynnych, ale pod warunkiem usunięcia ogniska pierwotnego, które może być w wielu miejscach, od jelit poprzez płuca, jelito grube, wyrstek robaczkowy, trzustkę i inne narządy.

Co jest przeciwwskazaniem do transplantacji wątroby u pacjentów z nowotworem tego narządu?

W przypadku chorych z nowotworem wątroby, na pewno podstawowym przeciwwskazaniem do transplantacji jest wysoki stopień zaawansowania nowotworu, chodzi przede wszystkim o jego aktywność, agresywność biologiczną, a także obecność zmian pozawątrobowych. Czyli sytuacja, w której nowotwór jest nie tylko w wątrobie, ale również w jej sąsiedztwie czy w węzłach chłonnych, czy w sąsiadujących narządach. To są zdecydowane przeciwwskazania.

Pacjent zostaje zakwalifikowany i jaka jest dalej procedura. Gdzie powinien się zarejestrować, jak przygotować do zabiegu?

Procedura kwalifikacji jest bardzo transparentna, precyzyjnie usankcjonowana prawnie i nie ma tutaj mowy o jakiegokolwiek przypadkowości. Procedura ta jest przeprowadzana w określonych ośrodkach transplantacyjnych wątroby. W Polsce sześć ośrodków wykonuje takie przeszczepienia (dwa w Warszawie i po jednym w Szczecinie, Katowicach i Wrocławiu, ostatnio w Gdańsku). Przeszczepienia dla biorców pediatrycznych, dokonuje Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów Instytutu Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka. Tak więc, każdy ośrodek sam sobie przygotowuje i kwalifikuje chorych do przeszczepienia. Później ci pacjenci po przejściu hospitalizacji i po pozytywnej decyzji wielospecjalistycznego kolegium kwalifikacyjnego, w skład którego wchodzi: chirurg, hepatolog, onkolog, psychiatra, anestezjolog oraz inni specjaliści, są zgłaszani do Krajowej Listy Oczekujących, którą prowadzi Poltransplant. W przypadku pojawienia się wątroby, ośrodek jest informowany przez Poltransplant. Wątrobę sprawdza się według określonego klucza/algotymu i wówczas alokuje się tę wątrobę dla konkretnego biorcy. Oczywiście poza zgodnością w sensie immunologicznym bardzo istotne znaczenie ma stan wydolności wątroby pacjenta, ponieważ jak wia-

domo nie ma do tej pory skutecznego leczenia niewydolności wątroby. Tak, jak w przypadku nerek jest to dializa, a serce - do pewnego stopnia mogą zastąpić sztuczne komory - czy inne sposoby zastąpienia jego czynności, tak w przypadku wątroby, niestety nie ma takiej możliwości. Przynajmniej nie jest to skuteczne do tej pory klinicznie. W tej sytuacji priorytet oczywiście mają chorzy z ciężką niewydolnością wątroby, przy uwzględnieniu wszystkich przeciwwskazań wynikających z uszkodzeń.

Czyli pacjenci mają być spakowani i czekać?

Czasami pacjenci leżą w szpitalu i czekają, ponieważ nie bardzo można ze względu na ogólny stan zdrowia wypisać chorego.

Jak długo czeka się obecnie w Polsce na transplantację wątroby?

To jest pochodna pewnej aktywności zgłaszania dawców, co jest immanentną cechą społeczną. Polska jest w dolnej strefie stanów średnich, jeśli chodzi o osiągnięcia w Europie. Natomiast mała liczba ośrodków transplantacyjnych wątroby w Polsce z kolei warunkuje ten przeciętny okres oczekiwania. Jest on rzędu kilku miesięcy. O okresie oczekiwania decyduje – ciągle powtarzam – stan kliniczny i pilność przeszczepienia pacjenta. W Stanach Zjednoczonych, w Europie Zachodniej i w niektórych krajach te okresy oczekiwania sięgają roku i nawet dwóch. Jest to trochę sztucznie wykreowana sytuacja, że ten okres oczekiwania jest w Polsce krótszy. Wynika to pewnie z małej liczby ośrodków transplantacyjnych i z ograniczonej dostępności do ośrodka transplantacyjnego. Z badań epidemiologicznych, szacunków hepatologów, gastroenterologów wiadomo dokładnie, że pokrywamy zapotrzebowanie na transplantację wątroby w Polsce na pewno nie więcej niż w 50%. W Polsce wykonuje się w granicach od 360 do 380 transplantacji wątroby rocznie. Tak to wynika ze statystyk. Połowa, czy niemal połowa tych transplantacji wykonywana jest w naszej Klinice.

Przejdźmy teraz do operacji, dlaczego ona jest taka długa i skomplikowana? Z czego to wynika?

Wynika to z trzech przesłanek. Po pierwsze wątroba musi być przeszczepiona dokładnie w tym miejscu, z którego została usunięta wątroba własna chorego. Czyli, żeby zrobić miejsce dla nowej wątroby do wszczepienia musimy usunąć starą wątrobę pacjenta. Umieszczenie nowej wątroby gdzie indziej, wiąże się z niepowodzeniem absolutnym. Jest to inaczej niż w przypadku nerki, czy w przypadku trzustki, gdzie wszczepia się te narządy w innym niż anatomiczne miejsce. Druga rzecz w sensie trudności polega na tym, że niewydolność wątroby powoduje zaburzenia czynności czy ograniczenia sprawności funkcjonowania innych narządów: nerek, płuc, centralnego układu nerwowego, serca itd., w związku z tym, to jest jeszcze dodatkowa trudność. Trzecia przeszkoda, to zaburzenia układu krzepnięcia, które są typowe dla niewydolności wątroby i też czynią tę operację bardzo żmudną, czasochłonną, ponieważ trzeba zminimalizować krwawienie śródoperacyjne, żeby można było przygotować miejsce dla wszczepienia nowej wątroby. To są trzy podstawowe powody, dla których ta operacja potrafi czasami, w ekstremalnych warunkach, trwać kilkanaście godzin.

Jaki duży zespół wykonujący transplantację wątroby?

Jest to zazwyczaj zespół trzech, czterech chirurgów zależnie od przyjętego systemu pracy, czasami oni ulegają pewnej rotacji podczas operacji. Jest kilku anestezjologów i anestetyczek, zespół instrumentariuszek. Słowem, operacja przeszczepienia wątroby to duże logistyczne przedsięwzięcie. Do każdego przeszczepienia jest angażowanych około 20 kilka osób, jeśli liczyć zespół chirurgiczny, zespół pobierający, plus zespół zajmujący się biorcą.

Jakie zdarzają się powikłania po operacji, zwłaszcza u pacjentów onkologicznych?

Najczęstszym powikłaniem wczesnym pooperacyjnym są oczywiście powikła-

nia krwotoczne, czy żółciowe. Natomiast u pacjentów onkologicznych dramatem i najczęstszym późnym powikłaniem jest nawrót choroby nowotworowej. Tak jak mówiłem immunosupresja, czyli osłabienie sił immunologicznych, odpornościowych narządu działa również na te krążące, czy ukryte gdzieś w organizmie komórki raka, które doprowadzają do wznowy procesu nowotworowego. Nie zawsze dzieje się to w wątrobie, czasami w innym narządzie, ponieważ komórki nowotworowe mogą gdzieś tam się osadzić, np. w kościach, płucach, choć oczywiście część z nich osadza się też w przeszczepionej wątrobie. To jest najczęstsza przyczyna niepowodzeń transplantacji wątroby u pacjentów onkologicznych.

W związku z tym, jakie są rokowania pacjentów onkologicznych, jeśli chodzi o przeszczepienie wątroby? Czy nasze wyniki różnią się od tych osiąganych w innych krajach?

Jeżeli uznaje się (takie zresztą jest założenie i takie są kryteria etyczne-go podejścia do tej grupy chorych), że wskazania w grupie biorców z powodu chorób nowotworowych mogą dać wyniki podobne niż z innych wskazań, to trzeba tę metodę leczenia – wykonanie transplantacji narządu – zastosować. Chodzi o to, żeby wskazania onkologiczne nie były dominujące kosztem innych wskazań do przeszczepienia wątroby, ponieważ w cudzysłowie, możemy zmarnować najcenniejsze dobro, jakim jest narząd pobrany do przeszczepienia. Pięcioletnie przeżycia u chorych przy starannie uznanych kryteriach są rzędu 70–75%, a więc takie, jak w innych krajach europejskich czy Stanach Zjednoczonych.

W transplantologii odnotowujemy ciągły rozwój, wykonuje się coraz bardziej skomplikowane zabiegi. W zeszłym roku dwa zespoły, w tym jeden pod przewodnictwem Pana profesora, wykonały pierwszy w Polsce zabieg jednoczesnego przeszczepu serca i wątroby, jakie są perspektywy rozwoju transplantologii?

W przypadku przeszczepień wielonarządowych warunkiem powodzenia

jest przede wszystkim podejście do tego wyzwania przez zespoły, które są wybitnie wyspecjalizowane w każdym narzędzie i do tego jeszcze perfekcyjnie zgrane. I to jest tajemnica sukcesu. Bez tego nikt dzisiaj nie przeszczepi serca i wątroby jednocześnie. Możliwość wykonania takiej operacji daje nam wysoka specjalizacja w tej określonej, bardzo specyficznej dziedzinie chirurgii oraz doświadczenie wynikające z przeszczepień ponad 2200 narządów w tej klinice. W związku z tym, pewien zasób doświadczenia procentuje na kolejne pokolenie transplantologów i chirurgów transplantacyjnych. Natomiast nie jestem pewien, czy przyszłość transplantologii to jest tylko doskonałość techniczna. Myślę, że przyszłość transplantologii to nie perfekcja techniczna, ponieważ w tym zakresie niewiele już można poprawić, tak jak w logistyce, narzędziach, sprzęcie. Chyba przyszłość transplantologii należy bardziej upatrywać w aspekcie genetyki, immunologii, łatwiejszej dostępności narządów, hodowli narządów z własnych komórek macierzystych, czy któreś ich postaci, po to żeby można było później taki narząd wykorzystać. Tu bym upatrywał raczej źródła w postępie niż w czysto chirurgicznych dokonaniach.

Chirurdzy onkologiczni uważają, że procedury, które wykonują są bardzo nisko wycenione. Jak jest w przypadku transplantologii?

Transplantologia jest w dosyć korzystnej sytuacji w stosunku do innych dziedzin medycyny. To znaczy, sposób finansowania jest finansowaniem na dobrą sprawę centralnym, z udziałem finansowania od NFZ. Ten system finansowania i te przeliczenia w przypadku niepowikłanych przeszczepień, zapewnia dostęp do wszystkich oczekiwanych leków immunosupresyjnych, procedur, sprzętu, możliwości kontroli. To, co czasami spędza sen z powiek, to nie bardzo racjonalne, a przynajmniej niezrozumiałe decyzje Ministerstwa Zdrowia dotyczące refundacji leków immunosupresyjnych, które każdy chory musi brać do końca życia. Przerwa w ich przyjmowaniu zagraża życiu pacjenta. Czasem leki te są nagle

wycofane z refundacji i wprowadzone są inne. Takie posunięcia, utrudnienia w dostępie do leków, brak stabilności zdecydowanie jest na niekorzyść pacjenta i całego programu transplantacji.

Jakie mają Państwo możliwości szkolenia kadr? Czy ta specjalizacja jest popularna?

Specjalizacja ta jest dosyć popularna, natomiast jest to, nie ukrywam, praca dla entuzjastów i naprawdę dla wielbicieli, dlatego że w naszym systemie opieki zdrowotnej nie zapewnia żadnych kokosów, natomiast zmusza do gotowości 24 godziny na dobę. Nigdy nie wiadomo, kiedy pojawi się informacja o dawcy, nigdy nie wiadomo, kiedy będzie trzeba przyjechać do szpitala, w dzień czy w nocy, aby chorego operować, przeszczepiać. Później nie wiadomo, czy to przeszczepienie nie będzie wymagało reoperacji z powodu krwawienia albo innych powikłań. Jest to zdecydowanie ciężka specjalizacja, zwłaszcza w aspekcie leczenia chirurgicznego. Natomiast z drugiej strony jest to fascynująca i bardzo atrakcyjna praca, ponieważ daje szansę na osiągnięcie jak rzadko w innych dziedzinach, satysfakcji zawodowej i takiej ludzkiej, życiowej.

Ile zespołów transplantacji pracuje w Klinice?

W naszej Klinice wykonujemy około 150 przeszczepień rocznie, a czasami, zależnie od roku więcej. Faktycznie co drugi dzień, a statystycznie, co 2 i pół dnia dokonujemy transplantacji. W związku z czym mamy kilka zespołów, które na dobrą sprawę się wymieniają i jesteśmy w stanie wykonywać dwa czy trzy przeszczepienia jednocześnie. Problemem jest dostęp do sal operacyjnych. Musimy o dostęp do nich walczyć z innymi grupami chirurgów, ponieważ nie jest tak słodko, że mamy je do dyspozycji w każdej chwili. Robimy wszystko, żeby czas wynikający z konieczności zachowania jak najkrótszego okresu tzw. zimnego niedokrwienia narządu, czyli czasu od momentu pobrania do momentu wszczepienia i powrotu krążenia krwi w przeszczepionym narządzie, był jak najkrótszy.

Im dłuższy czas, tym bardziej rośnie zagrożenie powikłaniami, głównie o charakterze immunopresyjnym, czyli odrzucenia przeszczepu. Taki optymalny czas w przypadkach korzystnych jest rzędu 6-8 godzin. Ale jeżeli pobieramy wątrobę w Rzeszowie czy w Turoszowie, to dobre 4 godziny trzeba jechać, a gdzie cała reszta? Tak więc czasami czas zimnego niedokrwienia sięga 10-12 godzin, a ta granica już wiąże się ze zwiększonym odsetkiem kłopotów i powikłań pooperacyjnych.

Transplantologia to także problemy etyczne i prawne. Jakiego rodzaju?

Trzeba powiedzieć, że z prawnego punktu widzenia transplantologia w Polsce jest bardzo dobrze uwarunkowana. Pierwsza ustawa transplantacyjna z 1995 roku, a szczególnie nowelizacja, która teraz została dokonana, pasuje nas w tej dobrej sytuacji. Ustawodawca widocznie wysłuchiwał głosów i propozycji środowiska transplantologów, dzięki czemu mamy dobrą, prawnie ustabilizowaną i usytuowaną, nowoczesną ustawę dotyczącą transplantacji. W kwestii etyki transplantacja jest bardzo transparentna. To znaczy, procedura zgłoszenia dawcy, akceptacji przez ośrodek przeszczepiający, dane kliniczne biorcy - wszystko to jest absolutnie transparentne. Jeśli chodzi o wybory ludzkie, to zawsze jest to dylemat. Naszym priorytetem jest dobro pacjenta, korzyść jaką może odnieść dzięki transplantacji w stosunku do potencjalnego ryzyka. W związku z tym, jeżeli mamy dwóch pacjentów porównywalnych, a jeden narząd, to wybierzemy taką opcję, która zapewni największą korzyść konkretnemu choremu. Oczywiście są kryteria, nawet liczbowe klasyfikacje, wzory matematyczne, logarytmiczne, które ustawiają na liście rankingowej pilności przeszczepienia pacjentów. Natomiast zdarzają się sytuacje, które każą wziąć pod uwagę różne niuanse, chociażby takie, że dostajemy wątrobę dużą, od dużego dawcy, a najbardziej chory biorca jest małą osobą. Takiemu pacjentowi nie da się przeszczepić dużej wątroby, większej od jego narządu.

Trzeba wtedy wybierać takiego chorego, którego parametry są adekwatne do wielkości wątroby.

Kiedy przeszczepia się fragment wątroby od osoby żyjącej?

Technika przeszczepienia fragmentu wątroby od żyjących, spokrewnionych dawców dotyczy w Polsce prawie wyłącznie transplantacji u dzieci i jest procedurą prawnie usankcjonowaną. W naszej klinice prowadzimy od 20 lat wspólny program z kolegami z Centrum Zdrowia Dziecka. My pobieramy fragmenty narządów od rodziców, rodzeństwa, a lekarze z CZD te fragmenty wątroby przeszczepiają dzieciom, wtedy kiedy istnieje konieczność. Na dobrą sprawę dzięki tej współpracy, plus jeszcze dużej aktywności pediatrycznego ośrodka transplantacyjnego, mamy prawie w 100% pokryte zapotrzebowania na przeszczepianie wątroby u dzieci w Polsce, co nas bardzo cieszy. Dzięki temu śmiertelność na liście małych pacjentów oczekujących na przeszczep wątroby, jest minimalna, jeżeli w ogóle występuje.

Dziękując za rozmowę, poproszę Pana profesora o apel do społeczeństwa.

Kwestia dostępności narządów, czyli zwiększenia akceptacji społecznej oddawania narządów do przeszczepienia po śmierci jest niezmiernie ważna. Oddawanie narządów po śmierci jest trwałym elementem wkładu własnego w rozwój zdrowia społecznego. Jak się je zabierze, to już nikomu się więcej nie przydadzą, a tak to cząstka z nas zostaje i żyje w kimś innym.

Należy zaszczyć w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów – pisał papież Jan Paweł II. Zamiast apelu za cytuję przesłanie:

*Nie zabieraj swoich narządów do nieba,
Tam wiedzą, że one potrzebne
są tutaj...*

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**

Leczenie systemowe raka wątrobowokomórkowego



Dr n. med. Agnieszka Kolasińska-Ćwikła z Kliniki Onkologii i Radioterapii COI w Warszawie przedstawia, jak wygląda leczenie pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym w Polsce, jaki jest dostęp do leków, na jakie terapie czekamy i jaki jest kierunek badań nad nowymi lekami w tym rodzaju nowotworu.

I linia leczenia

Rak wątrobowokomórkowy jest uznawany za jeden z najbardziej chemioopornych nowotworów. Do 2007 roku brak było skutecznej terapii dla pacjentów w zaawansowanym stadium tej choroby. Wprowadzenie leków ukierunkowanych na cele molekularne poszerzyło możliwości systemowego leczenia przeciwnowotworowego raka wątroby. Molekularna terapia celowana to strategia ukierunkowana na swoiste struktury komórek patologicznych związane z procesami proliferacyjnymi, czyli namnażania komórek nowotworowych.

Pierwszym i dotychczas jedynym lekiem dostępnym w Polsce w ramach Programu Lekowego, o udowodnionym, korzystnym działaniu w leczeniu systemowym zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego jest sorafenib.

Na poziomie komórkowym *sorafenib*, który jest lekiem doustnym, blokuje kilka szlaków kinaz tyrozynowych. Lek ten według badania rejestracyjnego SHARP wydłuża przeżycie chorych średnio o 2,8 miesiąca. Wyniki badania SHARP zostały potwierdzone także w innych badaniach z medianą czasu przeżycia około 10–12 miesięcy.

Sorafenib jest aktualnie rekomendowany w Polsce, jako leczenie I rzutu

u chorych w dobrym stanie ogólnym, u których brak jest możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego lub w przypadku braku skuteczności leczenia lokoregionalnego, w stadium C zaawansowania raka wątrobowokomórkowego, u chorych z czynnością wyrównaną marskością wątroby, z nieobecnością przerzutów poza wątrobą. Lek ten jest stosunkowo dobrze tolerowany przez chorych. Zgodnie z badaniami obserwacyjnymi istotne działania niepożądane występują u ok. 10% leczonych, głównie pod postacią uporczywej biegunki, tzw. zespołu „ręka stopa” (zapalenie skóry w obrębie dłoni i stóp), zmęczenia, aftowego zapalenia jamy ustnej oraz wzrostu ciśnienia tętniczego. U około 35% chorych z powodów toksyczności leczenia konieczna jest redukcja dawki. Jednak ok. 15% osób nie toleruje sorafenibu i wymaga odstawienia leku. Spektrum odpowiedzi guza na leczenie sorafenibem w ocenie radiologicznej jest zróżnicowane. U większości chorych uzyskuje się częściową odpowiedź na leczenie. W oparciu o wyniki metaanalizy badań klinicznych, uważa się, że lepsze rezultaty leczenia sorafenibem uzyskuje się u chorych z rakiem wątroby na podłożu marskości wywołanej zakażeniem HCV w porównaniu z innymi czynnikami etiologicznymi. Oszacowano, że tylko połowa pacjentów w zaawansowanym stadium choroby może być kwalifiko-

wana do tego leczenia, ze względu na wymagane kryteria wydolności wątroby.

Do niedawna *sorafenib* był jedynym lekiem, który wykazywał skuteczność w hamowaniu wzrostu raka wątrobowokomórkowego, pomimo prowadzonych licznych badań poszukujących nowych aktywnych cząstek. Od 2017 roku innym doustnym inhibitorem wielokinazowym w I linii leczenia oprócz *sorafenibu* jest *lenvatinib*. Lek ten został porównany z *sorafenibem* w otwartym badaniu III fazy. Badanie spełniło swoje pierwotne założenie i osiągnięto medianę całkowitego przeżycia (mOS) chorych leczonych *lenvatinibem* podobną do otrzymanej w grupie z *sorafenibem* (*lenvatinib* mOS – 13,6 miesiąca w porównaniu do *sorafenibu* – 12,3 miesiąca). Wtórne punkty końcowe, takie jak: przeżycie wolne od progresji (PFS), czas do progresji i odsetek odpowiedzi obiektywnych (ORR) ocenianych radiologicznie były znacznie lepsze w przypadku *lenvatinibu*. Najczęściej występujące istotne działania niepożądane związane z *lenvatinibem* w porównaniu z *sorafenibem* były następujące: nadciśnienie (42% vs 30%), biegunka (39% vs 45%) i reakcja skórna rąk i stóp (27% vs 52%). Czas do pogorszenia jakości życia był podobny w obydwu grupach leczenia. Według zaleceń wielu Światowych Towarzystw Naukowych *lenvatinib* jest opcją terapeutyczną

w leczeniu systemowym I linii raka wątrobowokomórkowego, z wyłączeniem chorych z zajęciem żyły głównej przez nowotwór, z inwazją przewodów żółciowych i zajęciem $\geq 50\%$ objętości wątroby przez chorobę. Jednak ta opcja nie jest dostępna dla polskich chorych, ze względu na brak refundacji. Należy jednak podkreślić, iż brak jest badania porównującego oba leki w aspekcie ekonomicznym.

II linia leczenia raka wątroby

W przypadku chorych, którzy dobrze tolerowali leczenie I linii, ale doszło do postępu choroby (progresji), na świecie istnieją opcje leczenia II linii. Niestety żadna z tych opcji obecnie nie jest refundowana w Polsce.

Do leków stosowanych w II linii należą:

Regorafenib, który stanowi standard postępowania u pacjentów z zaawansowanym rakiem wątroby w II linii po progresji na *sorafenibie*, z dobrze zachowaną czynnością wątroby i dobrym stanem ogólnym. Zalecenia opierają się o wyniki badania III fazy porównującego *regorafenib* (także doustny inhibitor wielokinazowy) z *placebo* u pacjentów z postępującą chorobą, pomimo stosowania i dobrej tolerancji *sorafenibu*. U chorych otrzymujących aktywne leczenie uzyskano korzyść pod postacią wydłużenia mediany przeżycia o 2,8 miesiąca. Leczenie poprawiło przeżycie we wszystkich podgrupach pacjentów, w tym także u chorych z rozsiewem choroby poza wątrobę. Średni czas leczenia wyniósł 3,5 miesiąca. Nasilone działania niepożądane doprowadziły do konieczności redukcji dawki u 51% chorych, a u 10% do przerwania leczenia.

Cabozantinib – kolejny doustny lek molekularnie celowany, znacząco poprawiający wyniki u chorych z postępującą chorobą po jednej lub dwóch terapiach systemowych, u pacjentów z dobrze zachowaną czynnością wątroby i w dobrym stanie ogólnym. Dane pochodzą z badania III fazy CELESTIAL z udziałem 707 chorych na raka wątrobowokomórkowego, u których doszło do postępu choroby po jednej lub dwóch liniach

terapii systemowej, lub którzy nie tolerowali *sorafenibu*. Warto zaznaczyć, że w badaniu tym 78% chorych miało przerzuty odległe pozawątrobowe. Mediana przeżycia całkowitego była dłuższa o 2,2 miesiąca u pacjentów leczonych *cabozantinibem* w porównaniu do tych, którzy nie otrzymywali aktywnego leczenia systemowego. W badaniu tym uzyskano 56% redukcję ryzyka progresji lub zgonu u chorych leczonych *cabozantinibem*. Najczęstszymi istotnymi działaniami niepożądanymi w grupie leczonej *cabozantinibem* w porównaniu z *placebo* były: zapalenie skóry w obrębie dłoni i stóp (17% vs 0%), nadciśnienie (16% vs 2%), zwiększona aktywność aminotransferazy asparaginianowej (AST) (12% vs 7%), zmęczenie (10% vs 4%) i biegunki (10% vs 2%). Nasilone działania niepożądane spowodowały konieczność redukcji dawki leku u 62% chorych, a u 16% przerwano leczenie. Lek ten obecnie stanowi standard postępowania według licznych towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO).

Leki w trakcie rejestracji

Kolejną opcją terapeutyczną, która w chwili obecnej jest w trakcie rejestracji przez Europejską Agencję Medyczną, jest ***ramucirumab***. Lek dożylny, o odmiennym mechanizmie działania, niż wymienione powyżej. Jest to monoklonalne przeciwciało ludzkiej immunoglobuliny G1 (IgG1), które hamuje aktywację receptora 2 dla czynnika wzrostu śródbłonnka naczyniowego VEGF (ang. *Vascular Endothelial Growth Factor*, VEGF), który odpowiedzialny jest za rozwój patologicznego unaczynienia guza. *Ramucirumab* można rozważyć u pacjentów leczonych w drugim rzucie z wyjściowym poziomem alfa-fetoproteiny (AFP) ≥ 400 ng/ml, z dobrze zachowaną czynnością wątroby i dobrym stanem ogólnym. W badaniu III fazy REACH z *ramucirumabem* nie zauważono w ogólnej populacji poprawy w zakresie mediany przeżycia chorych aktywnie leczonych. Jednak analiza podgrup wykazała istotne wydłużenie mediany przeżycia u chorych z wyj-

ściowym poziomem alfa-fetoproteiny ≥ 400 ng/ml. Na podstawie tych danych, kolejne badanie III fazy REACH-2 analizowało skuteczność *ramucirumabu* u pacjentów z podwyższonym wyjściowym poziomem alfa-fetoproteiny (AFP) po leczeniu *sorafenibem*. Leczenie znacznie poprawiło medianę przeżycia całkowitego z 7,3 do 8,5 miesiąca i medianę przeżycia wolnego od progresji z 1,6 miesiąca do 2,8 miesięcy w porównaniu z *placebo*. Profil bezpieczeństwa zaobserwowany w badaniu REACH-2 był zgodny z tym, co obserwowano we wcześniejszym badaniu, a jedynymi istotnymi zdarzeniami niepożądanymi, które wystąpiły z częstością $\geq 5\%$ w ramieniu z *ramucirumabem* były nadciśnienie (12,2% w porównaniu z 5,3%) i hiponatremia, czyli niedobór sodu we krwi (5,6% vs 0%).

Immunoterapia

Warto wspomnieć także o lekach, które odgrywają coraz istotniejszą rolę we współczesnej medycynie, czyli immunoterapii nowotworów. Jest to strategia leczenia onkologicznego polegająca na aktywacji układu immunologicznego, który posiada naturalne mechanizmy obronności przeciwnowotworowej. Rozwój wielu chorób nowotworowych uwarunkowany jest tym, że nowotwór ucieka spod kontroli układu immunologicznego, oszukując mechanizmy immunologiczne i staje się nierozpoznawalny dla układu odpornościowego.

Rak wątrobowokomórkowy jest typem nowotworu rozwijającym się w środowisku przewlekłego stanu zapalnego, prowadzącego do zaburzeń metabolicznych. Wcześniejsze dane przedkliniczne wykazały, że mechanizmy immunologiczne odgrywają istotną rolę w rozwoju i progresji raka wątroby, oraz uniemożliwiają skuteczny nadzór nad układem odpornościowym.

Wykorzystanie leków immunologicznych, mających na celu od blokowanie hamulców układu odpornościowego, zaczęły przynosić rezultaty w leczeniu innych nowotworów. Dlatego też prowadzone są

badania z użyciem inhibitorów punktów kontrolnych *niwolumabem* i *pembrolizumabem* w leczeniu raka wątrobowokomórkowego. **Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała we wrześniu 2017 roku w ramach przyspieszonej procedury *niwolumab* w leczeniu chorych na raka wątrobowokomórkowego, po wcześniejszej terapii *sorafenibem*, w oparciu o wyniki badania fazy I/II CheckMate-040. W badaniu tym uzyskano niespotykaną we wcześniejszych badaniach medianę całkowitego przeżycia 15,6 miesięcy.**

Na tej podstawie Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) przyznała przyspieszoną zgodę na stosowanie *niwolumabu* u pacjentów uprzednio leczonych *sorafenibem* pod warunkiem, że będą prowadzone dalsze badania weryfikujące korzyści

niwolumabu u pacjentów z rakiem wątroby. Oczekuje się także, że już wkrótce zostanie opublikowane pierwsze badanie kliniczne III fazy porównujące *sorafenib* z *niwolumabem*, CheckMate 459. Jeśli badanie będzie dodatnie, wówczas *niwolumab* stanie się opcją leczenia pierwszego rzutu. Działania niepożądane odnotowane w badaniu CheckMate-040 obejmowały: ból brzucha (34%), kaszel (23%), zmniejszenie apetytu (22%), biegunkę (27%), zmęczenie (38%), bóle mięśniowo-kostne (36%), świąd (27%) i wysypkę (26%). U 11% chorych działania niepożądane doprowadziły do przerwania leczenia. Co więcej, analiza wyników wskazuje, że zastosowanie inhibitora immunologicznego punktu kontrolnego *niwolumabu* przekłada się na uzyskanie odpowiedzi u chorych na zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego,

którzy nie uzyskali całkowitej odpowiedzi na *sorafenib* – niezależnie od zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) lub C (HCV).

W międzyczasie opublikowano wyniki badania II fazy z zastosowaniem innego inhibitora punktów kontrolnych – *pembrolizumabem* po progresji na *sorafenibie*. Wyniki badania KEY-NOTE224 były zgodne z wynikami obserwowanymi dla *niwolumabu*. Wymagane są dalsze badania potwierdzające skuteczność tego leku. W chwili obecnej zalecenia Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO) podkreślają konieczność dalszych badań, jednak umożliwiają rozważenie takiej opcji terapeutycznej u chorych, którzy nie tolerują *sorafenibu* lub u których doszło do postępu choroby na standardowych terapiach inhibitorami kinaz tyrozynowych.

WARSZTAT EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW HEMATOLOGICZNYCH I ICH BLISKICH

26 kwietnia 2019 r., godz. 11.00–15.00

Urząd Dzielnicy Wola, Sala Sesji (parter), Al. Solidarności 90, Warszawa

PROGRAM SPOTKANIA:

- | | |
|-------------|--|
| 11.00–11.15 | POWITANIE UCZESTNIKÓW – Aleksandra Rudnicka, rzecznik PKPO oraz przedstawiciel Urzędu Dzielnicy Wola m.st. Warszawy |
| 11.15–12.45 | NAJNOWSZE TERAPIE HEMATOONKOLOGICZNE – prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy ds. Hematologii, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie |
| 12.45–13.00 | PRZERWA KAWOWA |
| 13.00–14.00 | DIETA W CHOROBAH HEMATOONKOLOGICZNYCH – dr Joanna Krawczyk-Lipiec, dietetyk kliniczny |
| 14.00–14.30 | BADANIA KLINICZNE, CO WARTO O NICH WIEDZIEĆ – Aneta Sitarska-Chaber, Stowarzyszenie Dobrych Praktyk Klinicznych |
| 14.30–15.00 | LUNCH |

TOWARZYSZĄCE STOISKA INFORMACYJNE:

Jak zostać dawcą szpiku? – Fundacja DKMS

Jak założyć profil zaufany? – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Udział w spotkaniu jest bezpłatny. Zapisy pod nr tel. 22 428 36 31 lub mailowo: ewa@pkopo.pl

Zapraszamy do udziału pacjentów oraz ich bliskich z terenu województwa mazowieckiego i okolic. Kolejne spotkania odbędą się w Olsztynie, Rzeszowie, Łodzi oraz Gliwicach.

ORGANIZATORZY:

Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych

DKMS
POKONAJMY NOWOTWORY KRWI



Terapia miejscowa pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym



Dr n. med. Mirosław L. Nowicki, specjalista w zakresie radiodiagnostyki i radiologii zabiegowej. Pionier i ekspert w zakresie wewnątrznaczyniowych technik embolizacji i radioembolizacji nowotworów pierwotnych i przerzutowych wątroby. Posiada jako jedyna osoba w Polsce uprawnienia (SIRTEX Proctor) do nauczania i nadzorowania zabiegów radioembolizacji w państwach Europy, Azji i Afryki Północnej. Konsultant w zakresie radiologii zabiegowej w CSK MSWiA w Warszawie oraz w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie oddział w Gliwicach.

Rak wątroby rozwija się najczęściej na podłożu przewlekłej marskości (w tym poalkoholowej) lub wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C. Z innych przyczyn epidemiologicznych należy wymienić hemochromatozę (nadmierne gromadzenie się żelaza), niedobór alfa-1-antytrypsyny i działanie substancji toksycznych (np. aflatoksyny z pleśni).

Rak wątrobowokomórkowy może występować w postaci pojedynczego guza lub jako zmiana wieloogniskowa. Obserwuje się także jego postać naciekającą (rozlaną) manifestującą się obecnością źle odgraniczonych nacieków w mięszu wątroby z towarzyszącymi guzkami satelitarnymi.

Choroba może przez wiele lat przebiegać pod postacią bezobjawowego guza, a dolegliwości kliniczne mogą się wiązać ze współistniejącą marskością. Dopiero w stadium zaawansowanym może pojawić się powiększenie wątroby z wyczuwalnym palpacyjnie guzem, bólami w nadbrzuszu, gorączką lub wodobrzuszem. W badaniach laboratoryjnych obserwuje się m.in. wysokie stężenie alfa – fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi.

Podstawowym i praktycznie ogólnodostępnym badaniem w wykryciu i różnicowaniu raka jest wielofazowa tomografia komputerowa. **Tomografia komputerowa jest również podstawową metodą w planowaniu terapii miejscowej mającej za zadanie zniszczenie ognisk nowotworu.**

Metody przezskórnej destrukcji guzów wątroby

Jak wiadomo z wieloletniej praktyki leczenia raka wątroby, **najlepszą metodą jest chirurgiczne usunięcie guza.** Jednakże pełna resekcja nowotworu jest możliwa tylko u 5–10% chorych.

Większość pacjentów wymaga skojarzonego leczenia – zarówno ogólnoustrojowej chemioterapii, jak też terapii celowanej w obrębie samej wątroby.

W zależności od wielkości i ilości ognisk nowotworowych w wątrobie, a także od stanu klinicznego pacjenta i parametrów wydolności wątroby, możemy zastosować metody przezskórnej destrukcji guzów.

Termoablacja prądem o częstotliwości radiowej (RF) lub mikrofalowa, to metoda polegająca na nakłuciu (przezskórnym lub śródoperacyjnym) guza sondą połączoną z generatorem fal i doprowadzeniu do jego martwicy w następstwie działania wysokiej temperatury. Praktycznie ma ona zastosowanie w przypadku guzów o średnicy nie większej niż 4–5 cm, których jest nie więcej niż 5 w mięszu wątroby.

Brachyterapia pod kontrolą tomografii komputerowej (TK) to metoda radioterapii polegająca na umieszczeniu źródła promieniotwórczego w zmianie nowotworowej, co umożliwia zastosowanie bardzo dużej dawki promieniowania. Promieniowanie niszczy nowotwór, oszczędzając zdrowe tkanki

otaczające guz. Brachyterapię stosuje się jako metodę leczenia radykalnego lub paliatywnego w zależności od stadium zaawansowania choroby nowotworowej.

Przeznaczyniowa chemoembolizacja (TACE, Transarterial Chemoembolization) polega na wprowadzeniu cewnika do tętnicy wątrobowej poprzez nakłucie tętnicy (najczęściej udowej) i podaniu w obszar zajęty przez nowotwór mikrosfer lub Lipiodolu połączonych z chemioterapeutyką. Terapia ta może być powtarzana i ma mało objawów ubocznych, aczkolwiek samo podanie chemioterapeutyku do wątroby może być bolesne i wymaga odpowiedniego leczenia przeciwbólowego. Niewątpliwym przeciwskazaniem do zastosowania przeznaczyniowej chemoembolizacji jest obecność licznych ognisk nowotworu w obu płatach wątroby oraz guz o średnicy ≥ 10 cm. Leczenie to może wiązać się z wystąpieniem powikłań i działań niepożądanych (zespół poembolizacyjny u 60–80% pacjentów, śmiertelność 2,4%).

Mediana przeżycia po zabiegach chemoembolizacji wynosi od 14 do 47 miesięcy. Natomiast w przypadku zaawansowanych postaci raka wątrobowokomórkowego to 9,2 miesięcy. Dla porównania czas całkowitego przeżycia u pacjentów leczonych sorafenibem to 7,4 miesięcy.

U niektórych wybranych pacjentów przeznaczyniowa chemoembolizacja

może być zastosowana nawet w przypadku obecności zakrzepicy w obrębie układu wrotnego wątroby. Powikłania pojawiają się u około 18% pacjentów poddanych temu zabiegowi, w tym w 1% jest to niewydolność wątroby. Mediana całkowitego przeżycia u tych pacjentów wynosi 8 miesięcy.

Radioembolizacja (SIRT, *Selective Internal Radiation Therapy*) jest metodą leczenia celowanego u chorych z zajęciem wątroby przez proces nowotworowy. Metoda ta została zastosowana po raz pierwszy w Australii w latach 80. Od 2002 r. jest ona zaakceptowana przez organizacje mające uprawnienia do rejestracji procedur leczniczych w Europie oraz w USA. Do tej pory metodą tą leczonych było tysiące chorych na całym świecie. **Radioembolizację stosuje się u chorych z guzami wątroby, zarówno pierwotnymi oraz guzami pochodzącymi z innych narządów, dających przerzuty do wątroby (np. rak jelita grubego, melanoma gałki ocznej, rak piersi).** Leczenie to oparte jest na działaniu radioizotopu itru-90 (^{90}Y) połączonego z drobnymi granulami (mikrosfery), które docierają bezpośrednio do naczyń krwionośnych guza powodując tym samym napromieniowanie wysokoenergetycznymi elektronami promieniowania beta. Aktywność wprowadzonego drogą dotętniczą preparatu jest duża ze względu na to, iż jest on podawany bezpośrednio do wątroby. Ogranicza to toksyczność leku dla innych narządów i sąsiadujących tkanek.

Leczenie metodą radioembolizacji ma korzystny wpływ na wydłużenie przeżycia całkowitego, które wynosi 14 miesięcy, w porównaniu do pacjentów leczonych chemioterapią (sorafenib), u których mediana przeżycia wynosi 9 miesięcy. Czas do wystąpienia progresji choroby u pacjentów leczonych za pomocą radioembolizacji wynosi od 6 do 8,6 miesięcy.

Zabiegi te charakteryzują się obecnością niewielkich działań niepożądanych i powikłań, w porównaniu do chemioterapii, co ma odzwierciedlenie w jakości życia pacjentów.

Kwalifikacja do radioembolizacji

Do zabiegów radioembolizacji kwalifikowani są pacjenci, u których

choroba dotyczy tylko wątroby lub zmiany w wątrobie są dominujące.

Przed samym leczeniem każdy chory jest poddany badaniom kwalifikującym, określającym czynność wątroby (na podstawie oceny klinicznej oraz badań biochemicznych krwi). Dodatkowo u każdego pacjenta należy ocenić stopień zaawansowania choroby na podstawie badań obrazowych – tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego.

W przypadku kobiet w okresie rozrodczym wymagany jest ujemny test ciążowy, ponieważ nie mogą być one w ciąży lub nie mogą karmić piersią w momencie leczenia radioizotopem.

Całą procedurę wykonuje zespół lekarzy, w skład którego wchodzi: radiolog interwencyjny wykonujący zabieg radioembolizacji oraz lekarz medycyny nuklearnej, uczestniczący w przygotowaniu zabiegów oraz ustalający wielkość dawki radioizotopu (^{90}Y Spheres) i kontrolujący ich dystrybucję w badaniach poterapeutycznych.

Powikłania i działania niepożądane radioembolizacji

Ze względu, na to iż zabieg polega na przeskórnym wprowadzeniu mikrocewnika do naczyń wątroby możliwe jest powstanie następujących powikłań:

- krwiak w miejscu nakłucia - zwykle leczony zachowawczo bez dodatkowego specjalistycznego leczenia operacyjnego
- rozwarstwienie lub perforacja ściany naczynia, skutkująca dalszym leczeniem z użyciem metod radiologii interwencyjnej lub leczeniem operacyjnym
- zator w naczyniach trzewnych lub obwodowych
- niezamierzona embolizacja naczyń obwodowych lub trzewnych
- zakażenie w miejscu nakłucia – z dalszym leczeniem antybiotykami
- alergja lub wstrząs po podaniu jodowych środków cieniujących – obserwowane zwykle u osób uczulonych na te środki
- bóle brzucha (ok. 50% pacjentów) – mają charakter przejściowy związany z zabiegiem embolizacyjnym; zwykle ustępujące po podaniu środków

przeciwbólowych, rozkurczowych oraz sterydów z uwagi na tzw. zespół poembolizacyjny (proces zapalny związany z bezpośrednim podawaniem substancji)

- nudności (ok. 40%)
- uczucie zmęczenia (ok. 40%) - zwykle związane z rodzajem zabiegu (embolizacji oraz działaniem radioizotopu);
- gorączka (ok. 50%)
- poradiacyjne zapalenie żołądka lub dwunastnicy (5–10%), trzustki (1%), pęcherzyka żółciowego (1%), związane z przedostaniem się sfer radioizotopowych do innych narządów niż wątroba; zazwyczaj leczone zachowawczo za pomocą inhibitorów pompy protonowej lub leków zobojętniających kwaśną treść żołądka i hamujących wydzielanie soków żołądkowych mogących nasilać stan zapalny w obrębie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy; przypadki zapalenia poradiacyjnego pęcherzyka żółciowego mogą przy braku reakcji na standardowe leczenie objawowe skutkować zabiegiem operacyjnym z usunięciem pęcherzyka żółciowego; w przypadku poradiacyjnego zapalenia trzustki – postępowanie jak w przypadku ostrego zapalenia trzustki (spotykane niezwykle rzadko)
- poradiacyjne zapalenie wątroby (poniżej 1%) – związane z procesem zapalnym napromieniowania całej wątroby i jej niewydolności po zabiegu
- poradiacyjne zapalenie płuc (poniżej 1%)

Zabiegi radioembolizacji wątroby są refinansowane dla szpitali przez NFZ. Wykonywane są one jako procedury standardowe przez dr Mirosława Nowickiego w Pracowni Neuroradiologii Interwencyjnej i Radiologii Zabiegowej CSK MSWiA w Warszawie oraz w Pracowni Radiologii Zabiegowej i Interwencyjnej Centrum Onkologii – Instytut w Gliwicach. Ponadto w Warszawie wykonywane są w Pracowni Radiologii Zabiegowej Wojewódzkiego Instytutu Medycznego.

Brachyterapia zmian nowotworowych wątroby



Dr n. med. Dariusz Kieszko, kierownik Zakładu Brachyterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, wyjaśnia na czym polega brachyterapia – nowa metoda paliatywnego leczenia pacjentów z rakiem wątroby, będącą opcją dla chorych, u których wyczerpały się inne możliwości terapii, jak np. zabieg chirurgiczny czy chemioterapia.

Jedną z technik terapii lokalnej pierwotnych i przerzutowych guzów wątroby jest **brachyterapia**. Jest to metoda radioterapii, która polega na precyzyjnym umieszczeniu źródła promieniotwórczego w zmianie nowotworowej, co pozwala na zniszczenie nowotworu z jednoczesnym oszczędzeniem zdrowych tkanek wokół guza.

Najnowsza aparatura do brachyterapii metodą HDR (*High dose rate*), umożliwia wykonywanie zabiegu z dawkowaniem wysokich dawek promieniowania pod precyzyjną kontrolą tomografii komputerowej (TK). Jak wykazały dotychczasowe badania, jest to metoda bezpieczna i efektywna, umożliwiająca terapię guzów o średnicy większej niż 5 cm oraz zmian zlokalizowanych w okolicy wnęki wątroby, w pobliżu dużych naczyń oraz przewodów żółciowych, jak również innych struktur przyległych do wątroby, jak jelita czy żołądek.

Przeprowadzenie całej procedury jest możliwe dzięki umieszczeniu w sali operacyjnej, pełniącej jednocześnie rolę bunkra do brachyterapii, tomografu komputerowego z opcją fluoroskopii. Pierwiastkiem promieniotwórczym stosowanym w brachyterapii HDR jest Iryd-192.

Kwalifikacja chorych

Do zabiegu brachyterapii z powodu zmian nowotworowych kwalifikowani są pacjenci z:

- nowotworami pierwotnymi lub wtórnymi wątroby (głównie przerzuty raka jelita grubego oraz rak wątrobowokomórkowy),
- progresją po co najmniej drugim rzucie chemioterapii,
- brakiem możliwości resekcji zmiany,
- zmianami pojedynczymi lub zmianą dominującą wśród kilku mniejszych,
- zmianą, której położenie i wielkość umożliwiają założenie aplikatorów.

Zabieg brachyterapii

Przygotowanie: W dniu poprzedzającym zabieg brachyterapii pacjent otrzymuje płynny oraz inne leki wg wskazań anestezjologa, a także ma wykonaną morfologię, badania biochemiczne z oceną funkcji wątroby, nerek oraz poziomu elektrolitów, ponad to badanie układu krzepnięcia, a w razie braku, oznaczenie grupy krwi (w sytuacjach zwiększonego ryzyka krwawienia rezerwuje się grupę krwi). W dniu zabiegu pacjent pozostaje na czczo, otrzymuje premedykację do zabiegu oraz profilaktyczną antybiotykoterapię.

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub częściej przewodowym – blokadzie międzyżebrowej. Pozwala to na kontakt z pacjentem w trakcie zabiegu, ewentualnie wstrzymanie oddechu w trakcie aplikacji. Brachyterapia ognisk nowotworowych wątroby wykonywana jest pod kontrolą fluoroskopii z użyciem standardowego tomografu komputerowego wielorzę-

dowego wyposażonego w opcję do badań fluoroskopowych.

Urządzenie posiada oprogramowanie do skopii, umożliwiające uzyskanie ciągłego w czasie rzeczywistym podglądu, podczas całego czasu trwania zabiegu przez prowadzącego go lekarza radiologa. Nakłucie ognisk poddanych brachyterapii wykonywane jest w pozycji leżącej pacjenta standardową igłą biopsyjną lub plastikową igłą do brachyterapii pełniącą rolę aplikatora. W obszar guza wprowadzane są cewniki do brachyterapii, umieszczane w odstępach 1–2 cm. W zależności od wielkości guza w jego obręb wprowadzana jest odpowiednia ilość cewników, tak aby podczas zabiegu brachyterapii został napromieniowany cały guz. Kontrola położenia cewników wykonywana jest jednocześnie w obrazowaniu tomografii komputerowej po podaniu dożylnym standardowego niskokoncentrowanego środka cieniującego.

Celem bezpośrednim zabiegu jest widoczny w obrazie tomografii komputerowej guz po wzmocnieniu środkiem cieniującym. Do narządów krytycznych, pozostających w obszarze napromieniania należą: pozostały miąższ wątroby, żołądek, dwunastnica, jelito grube, rdzeń kręgowy oraz rozwidlenie dróg żółciowych.

Na podstawie obrazu tomografii komputerowej wykonywane jest planowanie dawki napromieniowania poszczególnych ognisk. Do tego celu

wykorzystywany jest system planowania 3D. Dawka promieniowania mie-
rzona jest w grejach (Gy). Jest to ilość
energii promieniowania (w dżulach)
pochłoniętej przez kilogram materii.
Dawka zależna jest od podtypu histo-
logicznego nowotworu, rozmiaru guza
oraz ograniczona jest dawkami tole-
rancji dla narządów sąsiednich. Daw-
ka napromieniowania ograniczona dla
pojedynczego ogniska przeciętnie wy-
nosi 15–25 Gy (max 20 Gy przy bezpo-
średnim sąsiedztwie wnęki wątroby).
Dawki tolerancji wynoszą:

- D 66 dla wątroby <5 Gy
- D max 1cm3 dla żołądka, dwunastni-
cy oraz jelita grubego <15 Gy
- D max 1cm3 pęcherzyka żółciowego
<20Gy
- D max 1cm3 dla rdzenia kręgowego
<8 Gy.

**Całkowity czas napromieniowania
ognisk wynosi przeciętnie 20–40 mi-
nut.** Dawkę modyfikuje się, kiedy cał-
kowity czas napromieniania przekracza
60 min.

**Podczas zabiegu pacjent jest mo-
nitorowany;** ma wykonywane EKG,
pozostaje pod kontrolą pulsoksymetru
sprawdzającego saturację krwi oraz ma
mierzone ciśnienie krwi tętniczej.



Po zabiegu aplikatory są usuwane.
Następnie wykonuje się tomogra-
fię z kontrastem celem wykluczenia
krwawienia z miększego wątroby. Całość
procedury trwa od 3 do 6 godzin. Po
zabiegu chory pozostaje pod opieką le-
karsko-pielęgniarską przez min. 12 go-
dzin. W następnym dniu po zabiegu
wykonuje się u pacjenta USG jamy
brzuszej. Jeżeli nie ma cech krwawie-
nia, chory wypisywany jest do domu.

Po leczeniu

Po 3 miesiącach od zakończenia le-
czenia u pacjenta wykonywana jest
tomografia komputerowa/rezonans
magnetyczny. Chory pozostaje w ob-
serwacji od 2 do 18 miesięcy.

**Brachyterapia jest dobrze tolero-
waną metodą terapii.** Po zakończeniu
leczenia u niektórych pacjentów wystę-
pują przejściowe nudności i wymioty,
ustępujące po lekach przeciwwymiot-
nych oraz średniego stopnia dolegli-
wości bólowe. Poważne powikłania po
usunięciu aplikatorów (krwawienia,
odma) występują u niewielkiego odset-
ka pacjentów. Sporadycznie stwierdzana
jest obecność krwiaka podtorebkowe-
go w kontrolnym badaniu tomografii
komputerowej.

Korzyści z brachyterapii

Warto zauważyć, że brachyterapia ze
względu na możliwość umiejscowienia
źródła promieniotwórczego bezpo-
średnio w guzie stwarza możliwość le-
czenia **guzów wnęki wątroby**, zwanej
inaczej wrotami wątroby, przez które
przechodzi tętnica wątrobową właści-
wa, żyła wrotna wątroby oraz przewód
żółciowy, dla którego charakterystycz-
ny jest rak dróg żółciowych (CCC).

Należy podkreślić, że **zwykle palia-
tywny charakter tego typu leczenia**,
może wydłużyć u pacjentów z rakiem
wątroby czas wolny do wystąpienia
progresji (PFS) oraz czas całkowitego
przeżycia (OS). Także jakość życia
chorych poddanych tej metodzie le-
czenia jest wysoka, a leczenie jest do-
brze tolerowane.

Brachyterapia, dzięki stałemu
umiejscowieniu w obrębie zmian no-
wotworowych wątroby aplikatorów
z radioizotopem – w przeciwieństwie

do radioterapii wykorzystującej do
leczenia zewnętrzne źródła promie-
niowania jonizującego – **to technika
niezależna od ruchów pacjenta oraz
jego fazy oddechowej.** Wykorzystanie
tomografii komputerowej do brachy-
terapii, pozwala na dokładne planowa-
nie rozkładu dawki promieniowania
w obrębie guza, co **ogranicza skutki
terapii w niezajętym chorobą obsza-
rze narządu.** Ograniczeniem efektyw-
ności zabiegu może być wielkość guza
powyżej 8 cm. W takich przypadkach,
aby uzyskać skuteczność leczenia, prze-
prowadza się dodatkowy zabieg.

Brachyterapia pod kontrolą tomogra-
fii komputerowej i inne techniki wyko-
rzystujące unaczynienie tętnicze guza
nie mają tak restrykcyjnych ograniczeń
w zastosowaniu, jak techniki termo-
ablacyjne.

**Brachyterapia może być użyta nie
tylko jako opcja leczenia paliatyw-
nego, ale może stanowić dodatko-
wą opcję terapeutyczną, tzw. terapię
pomostową do ponownego zabiegu
operacyjnego z zamiarem wylecze-
nia.** Tego typu postępowanie jest szcze-
gólnie zalecane u chorych, u których
stwierdzono znaczącą odpowiedź i re-
dukcję wymiarów guza/guzów umoż-
liwiające ponowną kwalifikację do
zabiegu operacyjnego.

Również pod względem kosztochłon-
ności, brachyterapia jest jedną z najtań-
szych metod leczenia raka wątroby.

Dostępność do brachyterapii w Polsce

**Zakład Brachyterapii Centrum On-
kologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana
z Dukli, jako jedyny w Polsce przepro-
wadza brachyterapię zmian pierwot-
nych i przerzutowych w wątrobie.** Do
tej pory Zakład Brachyterapii świadczy
usługi ambulatoryjne. Pacjenci leczeni
w Zakładzie są hospitalizowani w Od-
dziale Ginekologii Onkologicznej lub
Oddziałach Radioterapii COZL.

**Po rozbudowie szpitala, która ma
zakończyć się w 2019/20 roku część
pacjentów będzie mogła być leczona
w warunkach szpitalnych, dzięki po-
wstaniu oddzielnego Oddziału Bra-
chyterapii.**

UBEZPIECZENIA
DODATKOWE



Wracaj do zdrowia razem z PZU

Chcemy Cię wspierać w każdym, nawet najcięższym momencie Twojego życia. Dlatego stworzyliśmy ubezpieczenie **PZU Z miłości do zdrowia**. Dzięki niemu zapewnimy Ci kompleksową opiekę lekarską i diagnostyczną, rehabilitację, wsparcie psychologiczne oraz pomoc opiekuna, jeśli zachorujesz na raka lub będziesz miał zawał albo udar.

☎ 801 102 102 pzu.pl





Dużo dobra jest w ludziach

Agnieszka Sęk-Izdebska od kilku miesięcy zмага się nowotworem wątroby. Przeszła trudną drogę od niejednoznacznej diagnozy do ostatecznego rozpoznania, które nie jest dla niej najlepszą wiadomością, jednak uważa to doświadczenie choroby za dobry czas w swoim życiu i dzieli się nim z nami.

29 października 2018 roku, z powodu przewlekłych biegunk, wykonałam badanie USG. Przyznam szczerze, że obawiałam się ewentualnych zmian w obrębie trzustki, ale okazało się, że to w wątrobie znajdowało się ognisko o zmniejszonej echogeniczności. Natychmiast skierowano mnie na badanie tomografii komputerowej, które było niejednoznaczne. Mogło wskazywać na złośliwą zmianę o typie *peripheral cholangiocarcinoma*, ale nie wykluczono niegroźnego naczyniaka jamistego. Ja sama, poza biegunkami, nie miałam żadnych objawów: oznak zmęczenia, chudnięcia, bólu, ba, wszystkie parametry wydolności wątroby oraz markery nowotworowe były w normie. W związku z tym, tak naprawdę złościłam się, że zlecają mi kolejne badania, bo przecież ja, z całą pewnością byłam zdrowa.

Rezonans magnetyczny nie rozwiązał zagadki. Mijał kolejny miesiąc, a ja nadal nie wiedziałam, co właściwie dzieje się z moją wątrobą. Ponieważ miałam za sobą bardzo trudny rok, pełen przewlekłych stresów i przeżyć osobistych na granicy wytrzymałości psychicznej, zdecydowałam się pojechać do cudownego Ośrodka Terapii Simontonowskiej UNICORN w Krakowie. Myślałam sobie, że skoro ten, być może rak, zrodził się w wyniku stresu, to uleczenie emocji i myśli powinno mnie uzdrowić. Kilkundniowa terapia przyniosła cudowne ukojenie. Uważam, że wszyscy pacjenci dotknięci chorobą nowotworową powinni mieć takie wsparcie psychologiczne.

Większość z nas załamuje się na wstępie tej trudnej walki, a przecież nasze nastawienie do choroby, to

często połowa sukcesu. Jak wykazały badania przeprowadzone w 1989 r. na uniwersytetach Stanforda i w Berkeley, psychoterapia, którą Simonton zaproponował pacjentkom z zaawansowanym rakiem piersi, statystycznie podwoiła długość ich życia w porównaniu z chorymi kobietami, które nie były objęte terapią.

Tak więc wzmocniona i nastawiona pozytywnie zaczęłam dalsze poszukiwania. Po pierwsze ośrodka, który podjąłby się usunięcia zmiany, ponieważ pierwsze informacje uzyskiwane na podstawie dostępnych wyników badań, niestety nie brzmiały optymistycznie. Guz miał być nieoperacyjny (ze względu na jego umiejscowienie). I tak trafiłam najpierw do Kliniki w Niemczech, z której w ciągu tygodnia od przesłania dokumentacji otrzymałam telefon, że mam przyjeżdżać na zabieg, odpłatny niestety, a chwilę później do prof. Zieniewicza, który w wyniku konsultacji, uznał, że zmiana wykazuje cechy łagodnej, w związku z czym, prawdopodobnie nie będzie wskazań do operacji. Na szczęście skierował mnie na kolejne, szczegółowe badania, które także okazały się niejednoznaczne. Ponieważ znaków zapytania wciąż było dużo, a kolejne badanie rezonansem magnetycznym ze specjalistycznym kontrastem mówiło wręcz o guzie złośliwym niepierwotnym, w związku z tym, prof. Zieniewicz zaproponował zabieg operacyjny.

Nie muszę mówić, ile stresu generowały te ciągłe zmiany ewentualnej diagnozy. A ja wciąż byłam dzielna i właściwie do końca nie wierzyłam, że to rak. Miałam wrażenie, że moi przy-

jacie i rodzina dużo gorzej radzili sobie z tym, że mogę być tak ciężko chora.

Statystyki dostępne w Internecie nie wróżyły mi długiego życia. Dlatego też przestrzegam przed ich czytaniem. Niczemu dobremu nie służą i naprawdę nie dają nam odpowiedzi, jak długo będziemy żyć. Oczywiście, jak to często bywa, nagle zaczęłam spotykać na swojej drodze ludzi, którzy doświadczali tej choroby, a nawet tego samego raka i żyli znacznie dłużej niż krzychał do mnie internet.

Ze względu na to, że cały proces diagnostyczny trwał 3,5 miesiąca, starałam się zmodyfikować swoją dietę. Jeść nieprzetworzoną żywność, wybierać ekologiczne produkty, głównie warzywa i zupełnie odstawiłam cukier, ponieważ zorientowałam się, że do badania PET, wykazującego wszelkie zmiany nowotworowe, wykorzystuje się glukozę, którą rak zwyczajnie się karmi. Nie mam pewności, czy to miało wpływ na fakt, że guz praktycznie nie rósł (co także generowało wątpliwości co do jego złośliwości), ale jednocześnie dało mi czas na przejście całej tej długiej drogi diagnostycznej.

Ostatecznie 14 lutego zostałam zoperowana. Badanie patomorfologiczne wykazało zmianę złośliwą. Raka gruczołowego o morfologii mogącej odpowiadać pierwotnemu rakowi wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

Te cztery miesiące, choć niezwykle trudne, to był dobry czas w moim życiu. Miałam okazję zobaczyć, jak wielu ludzi, często zupełnie obcych wyciąga rękę z pomocą, wspiera mnie emocjonalnie. Dużo dobra jest w ludziach, warto było przekonać się o tym, choćby za tak wysoką cenę.

Każdy z nas może wypalać 3-4 papierosy dziennie, nawet nie paląc!



Lek. Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodziny oraz rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce. Specjalista medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych. Z doktorem Michałem Sutkowskim rozmawiamy o czynnikach ryzyka, profilaktyce i pierwszych objawach raka płuca – na co powinien zwracać uwagę pacjent i jego lekarz.

Panie doktorze, wczesne objawy raka płuca są bardzo niecharakterystyczne, jak więc pacjent może się zorientować, że coś niewłaściwego się dzieje?

Pacjent zawsze powinien pamiętać o tym, że jeżeli ma jakiegokolwiek wątpliwości odnośnie swojego zdrowia, to powinien pójść do lekarza. Może udać się od razu do lekarza specjalisty, ale najlepiej jeśli zacznie od wizyty u lekarza specjalisty medycyny rodzinnej, który jest zwykle najbliżej jego miejsca zamieszkania. Lekarz rodzinny, sprawujący stałą opiekę nad pacjentem, wie najlepiej o jego stanie zdrowia i z pewnością zauważy niepokojące zmiany. Rzeczywiście nowotwór płuca przez wiele miesięcy praktycznie może nie dawać objawów, jednak uwagę pacjenta w pierwszej kolejności powinien zwrócić utrzymujący się dłużej kaszel. Jest on jest zawsze sygnałem, który towarzyszy albo stanom zapalnym, albo przewlekłym chorobom układu oddechowego lub może być właśnie pierwszym objawem nowotworu płuca, tchawicy czy krtani. Jeżeli ten kaszel trwa narastająco 3–4 tygodnie, przy czym nie jest związany z infekcją, a dodatkowo towarzyszy mu wykrztuszanie z odrobiną krwi – choć niekoniecznie – to bezwzględnie chory powinien udać się do lekarza. Jeżeli takiemu kaszlowi towarzyszą utrzymujące się stany podgorączkowe, które występują zwykle wieczorem oraz pojawia się duszność i inne obja-

wy paraneoplazmowe, np. osłabienie, ogólne złe samopoczucie, potężne zmęczenie, wtedy chory powinien bezzwłocznie zgłosić się do lekarza.

Czy szczególnie powinni zwrócić uwagę na takie objawy pacjenci palący?

Oczywiście, dlatego jak mówimy o profilaktyce, to trzeba sobie powiedzieć uczciwie – 85–90% nowotworów płuca to nowotwory tytoniowe. Tytoń jest czynnikiem ryzyka wielu nowotworów – płuca, krtani, tchawicy i nie tylko tych. W przypadku nowotworów płuca mówimy o paleniu, ale musimy także pamiętać o paleniu biernym, które też jest czynnikiem ryzyka.

A smog, czy to też zagrożenie dla naszych płuc?

W polskich warunkach, gdzie większość naszych dużych miast znajduje się w pierwszej setce tych z zanieczyszczeniami, a kilka nawet w ścisłej czołówce europejskiej, smog też jest zagrożeniem.

W przeciętnej sytuacji w sezonie grzewczym, każdy z nas może wypalać od 3 do 4 papierosów dziennie, nawet nie paląc! Trzeba też pamiętać o obciążeniu genetycznym, nowotworach w rodzinie, a zwłaszcza układu oddechowego czy głowy i szyi. Informacje o nowotworach w rodzinie należy zgłosić lekarzowi! Jeżeli pacjent pracował w złych warunkach, był narażony

na wdychanie pyłu azbestowego, jeżeli ma stwierdzone POChP, to powinien pamiętać, że jest szczególnie narażony.

Jeśli chory, który ma przez 3 tygodnie objawy, o których mówiliśmy, w końcu udaje się do swojego lekarza. Jakie działania powinien podjąć jego lekarz?

Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta bez badań obrazowych, lekarz rodzinny może nie postawić ostatecznego rozpoznania. Chorzy z zaawansowanym procesem nowotworowym z guzem litym, mogą nie mieć żadnych objawów słyszanych stetoskopem. A zatem podstawową rzeczą w takiej sytuacji jest RTG klatki piersiowej lub niskodawkowa tomografia komputerowa. I tu apel zarówno do pacjentów, jak i do kolegów lekarzy, aby takie badania wykonywali i zlecali. W zaawansowanym procesie nowotworowym poziom żelaza, hemoglobiny, OB i wyniki innych badań też są nieprawidłowe.

Uważa się, że badania rentgenowskie traktowane jako profilaktyczne nie sprawdzają się dlaczego?

Badania radiologiczne to nie jest profilaktyka. Program badań rentgenowskich wykonanych przed laty w Hiszpanii uratował jedynie pojedyncze osoby. Trudno mówić w tym przypadku o sensownej profilaktyce. Najważniejszym profilaktycznym działaniem w tym kierunku jest oczy-

wiecie walka z nikotynizmem. Natomiast z drugiej strony, jeżeli chory przychodzi z pierwszymi objawami wskazującymi na raka płuca, to *de facto* jest to już medycyna naprawcza. Naprawiać należy nasz organizm (tak jak samochód), kiedy usterka jest nieduża. RTG nie w pełni może nam odpowiedzieć, czy mamy do czynienia z nowotworem. Tomografia komputerowa, krótka obserwacja chorego i szybkie skierowanie na leczenie onkologiczne ma tu znaczenie podstawowe. Pamiętać należy także, iż nawracające zapalenie płuc to często maska nowotworu.

Obecnie dużo mówi się o badaniach przesiewowych z wykorzystaniem tomografii niskodawkowej. Jaka jest ich skuteczność we wczesnym wykrywaniu raka płuca?

Tomografia niskodawkowa na razie raczkuje w Polsce z uwagi na fakt chociażby jej ograniczonej dostępności. Jest to badanie, którego my lekarze rodzinni w ramach umowy z NFZ nie

możemy zlecić. W momencie, kiedy będzie kampania na ten temat i będą prowadzone programy profilaktyki raka płuca, to niskodawkowa tomografia będzie na pewno świetnym narzędziem. Jest to bowiem badanie, które w sposób najbardziej precyzyjny pokaże bardzo niewielkie zmiany.

Ostatnio w jednym z raportów przeczytałam, że czwartą przyczyną śmierci Polaków jest zapalenie płuc. Czy nieleczone lub niedoleczone zapalenie płuc może się rozwinąć w chorobę nowotworową?

To może za dużo powiedziane, ale bardzo często zapalenie płuc jest maską nowotworu. Jeżeli w krótkim czasie pacjent miał 2–3 razy zapalenie płuc, to jest to niezwykle symptomatyczne. W takiej sytuacji szybka diagnostyka musi być wykonana (np. w postaci tomografii niskoemisyjnej).

Z drugiej strony temat wysokiego śmiertelności Polaków z powodu zapalenia płuc jest zupełnie w debacie

publicznej nie poruszany. Infekcja sprawia zaostrzenie niewydolności krążeniowo-oddechowej. W karcie zgonu przy innych licznych czynnikach ryzyka; cukrzycy, nadciśnieniu, POChP – bywa pomijana. Zapalenia płuc co roku zbierają ogromne żniwo choćby z uwagi na fakt niestosowania się Polaków do profilaktyki zakażeń wirusowych. Tylko 3,7% Polaków w zeszłym roku zaszczepiło się przeciwko grypie, a personel medyczny – pielęgniarki w 12, lekarze w 10%. Infekcje wirusowe, a szczególnie grypa, powikłane wtórnym zakażeniem bakteryjnym u osób powyżej 65 r. ż. to zwykle zapalenie płuc. Pamiętajmy o tym.

Dziękuję za te ważne informacje i wskazówki dla pacjentów oraz lekarzy.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**

Drodzy Pacjenci,

Firma Pierre Fabre Dermo-Cosmetique jako producent produktów do pielęgnacji skóry chciałaby zaprosić Państwa do bliskiej współpracy, której celem byłoby tworzenie produktów spełniających Państwa oczekiwania. Oferując całą gamę produktów przeznaczonych dla wszystkich rodzajów skóry, chcielibyśmy usłyszeć Państwa opinię o ich jakości.

Każdy z pacjentów ze „skórą problematyczną”, taką jak na przykład skóra pacjenta onkologicznego, przy zakupie nowego produktu może doświadczyć niespodziewanej reakcji skórnej-alergicznnej lub podrażnienia, pomimo przebadania dermatologicznego wspomnianego dermokosmetyku i informacji o tym na jego opakowaniu. Wynika to z faktu, iż skóra pacjenta chorego na nowotwór na skutek stosowanych terapii a czasami z powodu samej choroby różni się od skóry zdrowego człowieka i w różny sposób może reagować na nowe substancje, jakie wykorzystuje się przy produkcji dermokosmetyków.

Taka sytuacja powoduje niepotrzebny stres, związany z niezadowoleniem z produktu jak również z konkretną stratą finansową, ponieważ tego typu produktów nie można zwrócić, ponadto istnieje ryzyko, iż pacjent na podstawie wspomnianego zdarzenia wyrobi sobie złą opinię o producencie, niesłusznie podejrzewając, iż problem dotyczy jakości produktu.

Pragnąc uniknąć tego typu sytuacji, we wrześniu br. otworzyliśmy w Warszawie pierwszy na świecie salon wystawowy Dermo Cosmo Shop, gdzie mogą Państwo bezpłatnie wypróbować każdy produkt firmy Pierre Fabre Dermo-Cosmetique, bez konieczności jego zakupu. W naszym salonie wykwalifikowany personel odpowie na wszystkie Państwa pytania, w najtrudniejszych przypadkach będziemy chcieli umożliwić Państwu konsultację z lekarzem dermatologiem. W salonie mogą Państwo bezpłatnie wykonać szereg badań kosmetycznych, umożliwiających dobór najbardziej odpowiedniego produktu dla Państwa skóry. Dla osób, które zdecydują się na zakup w naszym salonie czy sklepie internetowym, oferujemy 15% rabat w stosunku do obowiązujących cen, na podstawie kodu uzyskanego za pośrednictwem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Serdecznie zapraszamy do współpracy.

Dariusz Kłos

Dyrektor Medyczny

Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska Sp. z o.o.


Pierre Fabre



Ministerstwo Zdrowia

Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

W tym roku rusza ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia. Kwota przeznaczona na ten program to 20 mln zł.

Zalecenia włączania do Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

1. Osoby w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
2. Osoby w wieku 50–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza,
 - ekspozycja na radon,
 - indywidualna historia zachorowania na raka: przeżyty rak płuca (*lung cancer survivor*), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego,
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia,
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).
3. Osoba z grupy wysokiego ryzyka jest włączana do programu na podstawie decyzji podjętej wspólnie z wykwalifikowanym pracownikiem służby zdrowia (*shared decision making*), który przedstawia zasadę badania przesiewowego.

Zgłoszenia do Programu będzie można dokonać drogą osobistą/telefoniczną/mailową (nie będzie wymagane skierowanie od lekarza POZ).

Następnie odbędzie się tzw. wizyta kwalifikacyjna, przeprowadzona przez Koordynatora Programu lub osobę przeszkoloną w poradnictwie antytytoniowym, podczas której nastąpi objaśnienie zasad włączenia do programu oraz poinformowanie o ewentualnej konieczności badań inwazyjnych (biopsja) oraz zabiegu chirurgicznego. Wypełnione zostaną również ankiety dotyczące uzależnienia biologicznego od nikotyny, motywacji do rzucenia nałogu.

Kolejnym etapem będzie badanie NDTK (lekarz radiolog), którego wyniki zostaną omówione podczas następnego etapu: tzw. wizyty wynikowej, przeprowadzonej przez lekarza pulmonologa lub torakochi-

rurga. W trakcie wizyty nastąpi m.in. wyjaśnienie pacjentowi charakteru wykrytych zmian w płucach i zasad dalszego postępowania w zależności od wielkości i morfologii zmian oraz badań inwazyjnych, które mogą prowadzić do zabiegu operacyjnego. W przypadku wykrycia rozedmy, która stanowi komponentę POChP, osoba uczestnicząca w programie otrzyma konsultację pulmonologiczną i zalecenia dotyczące dalszego postępowania – dotyczy to pozostałych schorzeń układu oddechowego, które wykrywa się za pomocą NDTK (choroby śródmiąższowe płuc).

Po trzech wyżej wymienionych wizytach zaczyna się kolejny cykl badań przesiewowych, w zależności od wielkości guzka, według określonych standardów *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) i systemu kontroli jakości opracowanego w celu

standaryzacji badań przesiewowych i zaleceń dotyczących tomografii komputerowej w kierunku raka płuca, *LungRADS*.

Po 3, 6 lub 12 miesiącach w przypadku wykrycia guzka, który wymaga diagnostyki i zabiegu operacyjnego pacjent do badań przesiewowych nie wraca według powyższego schematu.

Zakłada się, że w ramach dostępnej alokacji wykonanych zostanie ok. 48,8 tys. badań. Biorąc pod uwagę coroczne powtarzanie badania, z populacji osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka płuca **programem może zostać objęte szacunkowo od 16 tys. do 26,6 tys. osób** (w całym okresie jego realizacji).

Warto podkreślić, że edukacja w zakresie szkodliwości palenia tytoniu oraz informowanie o dostępnym poradnictwie antynikotynowym będzie integralną częścią Programu.

AQUASTOP® RADIOTERAPIA

Wyrób medyczny przebadany dermatologicznie

Poprawia stan skóry
i komfort życia pacjentów



• Podrażniona skóra • Pękanie naskórka • Zaczerwienienie • Świąd

Łagodzący preparat **AQUASTOP® Radioterapia** ukoji skórę poddaną naświetlaniu, przeznaczony jest do ochrony skóry w trakcie trwania radioterapii i po jej zakończeniu. Ogranicza popromienne uszkodzenia skóry takie jak: oparzenia, suchość, zaczerwienienie, świąd, złuszczenie i pękanie naskórka. Preparat dzięki odpowiednio dobranej recepturze, przyspiesza procesy naprawcze i odnowę skóry. Natłuszcza ją i uelastycznia, pozostawiając na jej powierzchni delikatny film ochronny. Dobrze się wchłania i łatwo rozsmarowuje podnosząc komfort stosowania.

Preparat **nie zawiera** w swoim składzie:

- wody
- kompozycji zapachowych
- barwników

Dieta w raku wątroby

profilaktyka i właściwe żywienie podczas choroby



Mgr Joanna Drygiel, dietetyk kliniczny z Centrum Onkologii w Warszawie informuje, jak powinniśmy się odżywiać, aby zapobiec rakowi wątroby i na czym polega lekkostrawna dieta dla chorych na ten nowotwór oraz radzi, jak postępować, gdy pojawią się problemy związane z żywieniem i prowadzoną terapią.

W kolejnym numerze – tabela Dieta lekkostrawna – podstawa w trakcie terapii oraz u osób z dolegliwościami trawiennymi.

Profilaktyka raka wątroby

Zdrowy styl życia, którego elementem jest prawidłowa dieta ma bardzo duże znaczenie w profilaktyce niemal wszystkich nowotworów, a więc i raka wątroby. **Posiłki należy spożywać regularnie:** 4–5 x dziennie co ok. 3–4 h. Ostatni posiłek – nie później niż 2–3 godziny przed snem. Wartość kaloryczna posiłków powinna być dostosowana do indywidualnego zapotrzebowania i zależy od wieku, płci, wzrostu oraz aktywności fizycznej. Jest to niezwykle ważne w kontekście utrzymania właściwej masy ciała. Otyłość oraz choroby jej towarzyszące, np. cukrzyca typu II zwiększają ryzyko zachorowania na raka wątroby.

W każdym daniu powinny się znaleźć warzywa i owoce, węglowodany złożone (np. kasze, razowy ryż, razowe makarony, ziemniaki lub razowe pieczywo) **oraz produkty białkowe** (ryby, chude przetwory mleczne, chude mięso, jaja eko lub rośliny strączkowe).

Działanie ochronne przypisuje się kawie. Wypijanie kilku filiżanek tego lubianego napoju może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka wątroby nawet o kilkadziesiąt procent. Najlepiej pić kawę naturalną, mieloną, a nie rozpuszczalną oraz bez dodatku cukru.

Należy unikać przetworzonych produktów spożywczych oraz dań typu fast food, które obfitują w groźne dla zdrowia izomery trans kwasów tłuszczowych. Niekorzystnie na zdrowie wpływa także **nadmiar cukrów**, które zawarte są nie

tylko w słodyczach i napojach słodzonych, ale także w popularnych płatkach zbożowych, sokach i przetworach owocowych oraz wodach smakowych.

Nie należy spożywać produktów, na których pojawiła się pleśń: warzyw, orzechów i produktów zbożowych. Zawarte w niej aflatoksyny mają udowodnione działanie promujące wystąpienie nowotworu wątroby. Podobnie jak **alkohol**. Spożywany w nadmiarze, ale także w niewielkich ilościach, za to regularnie może doprowadzić do stłuszczenia tego narządu, marskości, a w konsekwencji raka.

Dieta dla chorych na nowotwór wątroby

Czy istnieje dieta lecząca nowotwór? Niestety nie. Może ona natomiast poprawić stan pacjenta, złagodzić dolegliwości występujące podczas leczenia i pośrednio wpłynąć na jego tolerancję oraz efekty. **Dieta powinna być dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta przez doświadczonego dietetyka klinicznego specjalizującego się w onkologii.** Specjalista przeprowadzi wywiad dotyczący stanu zdrowia i oprócz nowotworu weźmie także pod uwagę występujące u chorego dolegliwości oraz choroby towarzyszące, np. cukrzycę, nadciśnienie, choroby nerek itp.

Jeśli wystąpią nudności i wymioty

W pierwszej kolejności należy wprowadzić dietę lekkostrawną oraz zmo-

dyfikować ilość i objętość posiłków. Powinny być one spożywane częściej – co ok. 2 godziny i w mniejszej objętości. Temperatura posiłków nie powinna być ani zbyt wysoka, ani zbyt niska. **Najlepiej tolerowane są pokarmy letnie.** Posiłki należy spożywać w dobrze wentylowanym pomieszczeniu, z dala od zapachów kuchennych. Działanie przeciwwymiotne ma napój z imbiru. Pomóc może także picie naparów z melisy i rumianku oraz spożycie kilku sztuk obranych ze skórki migdałów.

Niezwykle istotne jest właściwe nawadnianie (woda lub woda i elektrolity – przy wymiotach). O nudnościach i wymiotach należy zawsze poinformować lekarza, który może przepisać skuteczne leki.

Gdy brak apetytu

Pogorszenie apetytu jest przyczyną zmniejszenia ilości przyjmowanego pokarmu i może prowadzić do niedożywienia. Dlatego też taki stan należy zgłaszać lekarzowi prowadzącemu. Zalecenia przy braku apetytu obejmują zmniejszenie porcji i rozłożenie na 6–8 posiłków spożywanych co ok. 2 godziny. Między posiłkami należy zachować odstęp bez jedzenia i picia kalorycznych napojów (np. słodzonej herbaty, kompotów, napojów owocowych, soków). Trzeba natomiast pić wodę.

Estetycznie podane i przyprawione zgodnie z preferencjami chorego posiłki mogą zachęcić do jedzenia.

Ważna jest także możliwość spożycia ich przy stole, a nie w łóżku oraz w towarzystwie bliskich osób, w miłej atmosferze.

Nie należy zmuszać pacjenta do jedzenia, ponieważ takie postępowanie może przynieść odwrotny od zamierzonego skutek. Danie lepiej podać na dużym talerzu, wówczas porcja wydaje się optycznie mniejsza i łatwiejsza do spożycia.

Gdy chory chudnie

Chudnięcie może być efektem osłabienia apetytu i niesie za sobą ryzyko niedożywienia, spadek odporności i pogorszenie samopoczucia. Aby uniknąć utraty masy ciała należy jeść regularnie i nie pomijać posiłków, które powinny być dobrze zbilansowane i bogatokaloryczne. Wzmocnienie energetyczne można osiągnąć dodając do posiłków, np. zup i sosów: masło, słodką śmietankę, żółtko jaja, mąkę pszenną, mleko lub mąkę kokosową oraz oliwę lub olej rzepakowy. Dodatkowo te to głównie tłuszcze, dlatego należy je wprowadzać stopniowo, sprawdzając tolerancję chorego.

Jeśli metody naturalnego wzmacniania pokarmów okażą się niewystarczające można zastosować odżywki dostępne w aptekach, ale za każdym razem należy skonsultować to wcześniej z dietetykiem klinicznym lub lekarzem, którzy pomogą dobrać odpowiedni do stanu pacjenta preparat.

Jeśli wystąpi biegunka

W przypadku wystąpienia biegunki należy zastosować dietę lekkostrawną i zapierającą, a jeśli to nie pomoże udać się na konsultację do lekarza – biegunka może być efektem zakażenia bakteryjnego, które należy leczyć farmakologicznie.

Dieta zapierająca polega na ograniczeniu błonnika pokarmowego do minimum, a więc należy wykluczyć z diety pełnoziarniste produkty zbożowe oraz większość warzyw i owoców, szczególnie tych surowych. Nie należy także spożywać słodczy, ani słodzić napojów i potraw (cukrem, miodem ani naturalnymi bądź syntetycznymi słodzikami).

Do momentu wygaszenia biegunki należy odstawić słodkie mleko oraz

znacznie ograniczyć jego przetwory (jogurty, kefiry, twarogi). Zamiast zupy mlecznej można podać choremu kleik ryżowy na wodzie. Do posiłku najlepiej podawać czerstwe białe pieczywo, wafle ryżowe, ryż biały lub ziemniaki z wody. Inne pokarmy o działaniu zapierającym to gotowana marchewka, mus jabłkowy, jagody, niezbyt dojrzałe banany i kisiele z tych owoców. Do picia należy podawać wodę, czarną herbatę lub napar z suszonych czarnych jagód.

W biegunce przewlekłej, która nie ustępuje na diecie lekkostrawnej i nie wynika z infekcji, niezbędne może się okazać okresowe zastosowanie diety składającej się z czterech najbardziej zapierających produktów spożywczych: ryżu, niezbyt dojrzałych bananów, pieczonych zmiksowanych jabłek i pieczywa pszennego. Taka dieta jest niedoborowa, dlatego może być stosowana krótkotrwale i tylko pod kontrolą dietetyka.

Jeśli wystąpi zaparcie

Zaparcie może być efektem długotrwałego stosowania diety ubogiej w błonnik pokarmowy, albo niewystarczającej objętości przyjmowanych płynów. Może być także wywołane przez niektóre leki przeciwbólowe stosowane w onkologii. Zalecenia obejmują zwiększenie ilości włókna pokarmowego (błonnika) w diecie, ale tylko wówczas jeśli nie ma innych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Pokarmy bogate w błonnik to pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce. Na zaparcie pomagają także fermentowane napoje mleczne (jogurty i kefiry naturalne) oraz suszone śliwki – należy wybierać te ekologiczne, niesiarkowane (kilka sztuk). Należy wykluczyć z diety pokarmy zapierające oraz zadbać o odpowiednią podaż płynów, najlepiej wody niegazowanej (2–3 l).

Osłabienie odporności

Osłabienie odporności zwiększa ryzyko infekcji. Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę na higienę osobistą (częste mycie rąk – szczególnie po wyjściu z toalety, po przyjeździe do domu, przed jedzeniem) i higienę przygotowywania posiłków (czystość desek

do krojenia, blatów, naczyń i sztućców). **Posiłki najlepiej jadać w domu i unikać dużych skupisk ludzkich.** Niewskazane jest także jadenie w restauracjach i barach, z uwagi na zwiększone ryzyko zatrucia pokarmowego. Jeśli nie ma innego wyjścia należy wybierać sprawdzone miejsca i zamawiać dania gotowane lub pieczone. **Najbardziej ryzykowne jest jedzenie potraw, które nie zostały przetworzone termicznie** (tatar, sushi, chłodniki, metki, owoce morza, niepasteryzowane mleko i jego przetwory, a także desery: kremy, lody).

Podczas zakupów należy sprawdzać datę przydatności do spożycia i kupować produkty w małych opakowaniach, które mogą być zużyte jednorazowo – wówczas mamy pewność, że są świeże. Przyniesione do domu zakupy należy przechowywać w odpowiednich warunkach – te łatwo psujące się w lodówce.

Niedokrwistość

W niedokrwistości należy zwiększyć udział w diecie produktów bogatych w żelazo, witaminę C, witaminę B12 i kwas foliowy, np. chude czerwone mięso (polędwica wołowa, polędwiczki wieprzowe, schab środkowy, cielęcina) i jaja. Jeśli nie ma przeciwwskazań w postaci zaburzeń trawiennych warto w diecie uwzględnić pełnoziarniste produkty zbożowe (razowe pieczywo, kasze), rośliny strączkowe, orzechy oraz bogate w witaminę C świeże owoce i warzywa. **Wchłanianie żelaza z diety można także zwiększyć podając choremu kwaskowy napój** (np. wodę z niewielką ilością soku z cytryny, naturalny sok owocowy rozcieńczony z wodą – np. wiśniowy, porzeczkowy).

Niewydolność wątroby

W rzadkich przypadkach skrajnej niewydolności wątroby zachodzi konieczność ograniczenia białka w diecie. Aby wyrównać niedobór tego składnika i jednocześnie nie spowodować pogorszenia stanu pacjenta suplementuje się aminokwasy rozgałęzione (BCAA) za pomocą preparatów medycznych dostępnych w aptekach. Takie zalecenie stosowane jest w ostrości i dopiero po decyzji lekarza. Nigdy na własną rękę.

POZNAJ SWOJE PRAWA

BYĆ SENIOREM



Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego POL-ILKO, mgr pedagogiki społeczno-opiekuńczej przedstawia ofertę socjalną skierowaną do seniorów.

Coraz więcej usług i potrzeb związanych z codziennym życiem, aktywnością, rehabilitacją, opieką czy wypoczynkiem skierowanych jest bezpośrednio do osób starszych. Daje to nowe miejsca pracy, tworząc prężnie rozwijający się sektor gospodarki skierowanej na bardzo różne potrzeby seniorów. Warto poznać kilka najważniejszych organizacji, pomagających realizować seniorom ich pasję, zainteresowania i aktywności. Dzięki nim seniorzy mogą pojechać na wycieczkę, wczasy, do sanatorium, spotkać się na wieczorkach, imprezach integracyjnych, kulturalnych czy skorzystać ze wsparcia innych osób oraz pomocy w formie rzeczowej.

Organizacje wspierające seniorów

Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW) – organizowane są przy wyższych uczelniach, ale też instytucjach kultury, najczęściej w formie stowarzyszenia. Działają też Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW. Ich celem jest popularyzacja wiedzy z różnych dziedzin nauki, ale przede wszystkim integracja seniorów, w tym międzypokoleniowa, oraz umożliwienie udziału w edukacji, kulturze, rekreacji. W chwili obecnej w Polsce działa około 400 UTW.

Koła Gospodyń Wiejskich (KGW) – to jedna z największych oddolnych inicjatyw działających w Polsce, mająca 150-letnią tradycję. Liczba KGW jest porównywalna do liczby jednostek Ochotniczej Straży Pożarnej. Szacowana liczba to około 20 tys. kół w Polsce,

po ostatnich nowelizacjach, zarejestrowało się 4,7 tys. stowarzyszeń. Głównym celem KGW jest dbałość o lokalną kulturę i tradycję, przekazywanie wiedzy na temat unikalnych wartości rzemiosła, rękodzieła, obyczajów, strojów, posiłków oraz kultywowanie małych ojczyzn.

Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (PZERI) – organizuje różne formy wsparcia, aktywności, rehabilitacji i wypoczynku dla seniorów. Posiada on 35 oddziałów okręgowych, kilkadziesiąt oddziałów rejonowych i kilkaset kół terenowych w całej Polsce. Główne cele organizacji to: poprawa warunków socjalno-bytowych oraz uczestniczenia w życiu społecznym emerytów, rencistów i inwalidów przez współdziałanie z instytucjami i innymi organizacjami, a także ich integracja i aktywizacja poprzez organizowanie różnych form życia kulturalnego, artystycznego, sportowego turystycznego. Reprezentowanie interesów seniorów wobec organów władzy i administracji publicznej, samorządowej oraz popularyzowanie ich problemów wśród społeczeństwa.

W ostatnich latach mamy szereg programów rządowych, których celem jest aktywizacja i wsparcie dla seniorów. Są to programy:

Senior+, którego celem jest tworzenie i wsparcie Dziennych Domów Seniora oraz Klubów Seniora. Placówki te umożliwiają dzienny pobyt dla seniorów z pełnym programem edukacji, rehabilitacji i aktywizacji dostosowanych do ich potrzeb i możliwości. W chwili

obecnej w Polsce działa 330 takich ośrodków, z których korzysta ponad 14 tys. uczestników.

ASOS 2014-2020 (Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych) – tu o realizację swoich projektów mogą aplikować organizacje pozarządowe, spółdzielnie socjalne i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego wspierające seniorów, nastawione na poprawę jakości oraz podniesienie ich poziomu życia. W poprzedniej edycji złożonych zostało w sumie 1330 wniosków. Do podziału na rok 2019 jest kwota 40 mln złotych.

Opieka 75+ to dodatkowe środki dla małych gmin, do 40 tys. mieszkańców na realizację usług opiekuńczych oraz usług specjalistycznych dla samotnych i starszych osób. Realizacją usług zajmują się ośrodki pomocy społecznej.

Leki 75+ to program, który pozwala na bezpłatny dostęp do niektórych leków. Realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Lista leków jest cały czas aktualizowana. W roku 2017 z programu skorzystało 2,2 mln seniorów. W roku 2019 na liście leków refundowanych dla seniorów jest 2017 pozycji.

Ulgi w komunikacji miejskiej i PKP – emeryci powyżej 60 roku życia do ukończenia 70 roku życia korzystają z 50% zniżki, a osoby powyżej 70 roku życia mogą bezpłatnie poruszać się transportem miejskim. W niektórych miastach mogą być odstępstwa od tych praw, ponieważ wysokość tych ulg ustalają Rady Miejskie, w gminach, które prowadzą własną komunikację miejską lub aglomeracyjną. Należy wtedy za-

poznać się z regulaminem uprawnień. **W PKP jest 30% zniżki na bilet dla seniora powyżej 60 roku życia.**

Ogólnopolska Karta Seniora to ulgi i zniżki z tytułu wieku (dla osób powyżej 60 roku życia) – turystyka, wypoczynek, gastronomia, transport, ubezpieczenia, zdrowie, usługi, kultura, rozrywka. W chwili obecnej jest to oferta około 1400 placówek w ca-

łym kraju oraz 100 samorządów. Aby otrzymać kartę należy skontaktować się z najbliższym UTW lub Klubem Seniora. Można też samodzielnie pobrać, wypełnić i odesłać formularz na adres:

Stowarzyszenie MANKO
ul. Słowackiego 46/30, Kraków
tel. 12 429-37-28
kartaseniora@manko.pl
www.glosseniora.pl

Strony internetowe
mpips.gov.pl
75plus.mz.gov.pl
senior.gov.pl
www.federacjaautw.pl
pzerii.org
glosseniora.pl

Pierwsza polska interaktywna platforma wyszukująca badania kliniczne



Bristol-Myers Squibb

Od niedawna pacjenci mogą korzystać z pierwszej w Polsce cyfrowej platformy zawierającej bazę aktualnych badań klinicznych. Poprzez stronę **www.bmsstudyconnect.com/pl** możliwe jest zarówno wyszukanie badań klinicznych, jak też zgłaszanie do nich potencjalnych pacjentów. Dodatkowo, pacjent może skorzystać z platformy w trakcie badania klinicznego, a także ma dostęp do informacji na temat chorób, ich diagnostyki, leczenia oraz roli badań klinicznych. Strona jest projektem Firmy Bristol-Myers Squibb.

Study Connect to **pierwsza polskojęzyczna platforma dla uczestników badań klinicznych oraz ich rodzin**. Dzięki niej pacjenci mogą wyszukiwać badania kliniczne pod kątem konkretnej choroby oraz swojej lokalizacji. Mają też dostęp do informacji związanych z uczestnictwem w badaniach klinicznych, w tym z perspektywy opiekuna, rodzica czy badacza. **Na stronie zamieszczone są informacje o chorobach, w związku z którymi BMS prowadzi badania kliniczne.** Przez stronę można uzyskać informację o kryteriach włączenia do konkretnych badań klinicznych i ośrodków, w których aktualnie są one prowadzone.

Platforma Study Connect posiada wiele funkcji odpowiadających na potrzeby zarówno pacjentów onkologicznych, jak i ośrodków, które prowadzą badania.

*Łatwa wyszukiwarka wskazuje nie tylko otwarte badania z bazy firmy Bristol-Myers Squibb, ale też dostępne na całym świecie badania publikowane na stronie **clinicaltrials.gov***

Platforma zawiera ogólne kryteria włączenia do badań klinicznych, pozwalające pacjentowi określić, czy ma szansę zakwalifikować się do badania klinicznego.

Kompendium wiedzy o badaniach klinicznych

Platforma Study Connect to nie tylko wyszukiwarka aktualnych badań, ale też kompendium wiedzy. **Pacjenci znajdują tu m.in. informacje na temat różnych chorób, badań klinicznych, co jest ich celem, jak się je prowadzi, czego należy się w ich trakcie spodziewać, dla-**

czego warto w nich uczestniczyć i co dzieje się po ich zakończeniu. Dodatkowo, na platformie umieszczone są filmy pacjentów, którzy dzielą się swoimi doświadczeniami.

Natomiast chorzy, którzy będą zainteresowani uczestnictwem w konkretnym badaniu klinicznym oprócz informacji o opcjach leczenia i kryteriach kwalifikacji do niego, będą mogli na bieżąco obserwować jego status i otrzymywać powiadomienia o aktualizacjach. **Dokładne dane adresowe ośrodków pomogą w szybkim kontakcie z daną placówką. Jednocześnie pacjenci otrzymają też dostęp do przewodnika po badaniu, który pomoże w rozmowie z lekarzem.**

Zapraszamy do zapoznania się z nową platformą wyszukującą badania kliniczne **bmsstudyconnect.com/pl**



W jak wątroba

Dr Sybilla Berwid-Wójtowicz, specjalistka ds. żywienia klinicznego zwraca uwagę na problemy funkcjonowania wątroby podczas leczenia onkologicznego. Należy pamiętać, że jest to jeden z organów, w którym najczęściej zdarzają się wtórne nowotwory, czyli przerzuty, dlatego warto wiedzieć, jak chronić ten narząd w tym trudnym czasie.

Fabryka i magazyn z funkcją oczyszczania

Jednym z naszych kluczowych organów jest wątroba, której prawidłowe funkcjonowanie jest niezbędne do życia. **Wątroba bierze udział nie tylko w procesach trawienia, jest także ważnym magazynem substancji odżywczych, wspomaga regulację krzepliwości krwi oraz detoksykację organizmu.**

Wątroba kryje się pod żebrami, z prawej strony klatki piersiowej. U przeciętnej dorosłej osoby waży ponad 1,5 kg i jest zbudowana z dwóch płatów. Funkcjonuje jak mała fabryka: produkuje, przetwarza i magazynuje, a także prowadzi własną oczyszczalnię. Podobnie jak w fabryce, kiedy dojdzie do uszkodzenia w jednym dziale, wpływa to na działanie pozostałych jednostek. **Zaburzenia funkcjonowania wątroby są łatwo zauważalne, do typowych objawów należą: obrzęki, żółtaczka oraz plamy wątrobowe.**

Przeważnie wątrobę kojarzymy z funkcją wspomagania trawienia tłuszczu oraz oczyszczania z toksyn, takich jak leki czy alkohol. Jest ona także odpowiedzialna za magazynowanie glukozy w postaci długich łańcuchów glikogenowych. W okresach głodzenia, kiedy spada poziom cukru, wątroba uwalnia glukozę do krwi. Magazynuje m.in. żelazo oraz witaminy rozpuszczalne w tłuszczach jak A, D i K, neutralizuje wszystkie toksyny, które docierają do niej wraz z krwią. Są wśród nich nie tylko składniki pokarmowe, ale także metabolity rozkładu, np. amoniak, który jest neutralizowany

w mocznik. Wątroba pomaga rozkładać zużyte krwinki i produkuje czynniki odpowiedzialne za krzepliwość krwi.

Wątroba pełni rolę żywiciela, bufora, regulatora i oczyszczalni, pogorszenie jej pracy, może uniemożliwiać leczenie onkologiczne.

Jak osłaniać wątrobę w chorobie

Wątroba świetnie się regeneruje, ale niestety po uszkodzeniu lekami czy w wyniku chorób, jej regeneracja może być mało efektywna. Od 2 tysięcy lat w medycynie naturalnej w celu wsparcia wątroby, sięgano po ostropest plamisty zawierający flawonolignany. Ich mieszanina o silnym potencjale przeciwutleniającym nazywana sylimaryną (w której około 1/3 stanowi sybilina), była badana jako wsparcie dla pacjentów dziecięcych z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) podczas chemioterapii m.in. *doksorubicyną, metotreksatem*. Badacze zaobserwowali osłonowy wpływ na funkcje wątroby i nerek dziennej dawki 420 mg sylimariny podawanej przez tydzień po chemii. Zaobserwowano również działanie kardioprotekcyjne. Badacze określili suplementację konkretnym związkiem, prowadzoną w okresach pomiędzy podawaniem chemioterapeutyków jako bezpieczną i nie wchodzącą w potencjalne interakcje z postępowaniem leczniczym. Ważnym elementem badania było zastosowanie sylimariny, a nie samego wyciągu z ostropestu czy zioła, które mogą zawierać różną jakość i ilość związków biologicznie aktywnych.

Brak jest badań, w których określono bezpieczeństwo i zasadność stosowania innych substancji niż sylimarina z ostropestu, powszechnie odnajdywanych w suplementach wspierających wątrobę. Warto o tym pamiętać, gdyż niektóre z dostępnych suplementów mogą zawierać dodatkowe składniki, często naturalnego pochodzenia, o niezbadanym potencjale wchodzenia w interakcje z chemioterapeutykami.

Znane są przesłanki, odradzające podawanie niektórych substancji powszechnie stosowanych, takich jak **L-ornityna**. Biologiczna funkcja ornityny, jako aminokwasu jest powszechnie znana w cyklu neutralizacji metabolitów białka oraz wspomaganie detoksykacji organizmu z trującego amoniaku. **W wielu chorobach nowotworowych obserwuje się podwyższony poziom ornityny**, a aktualny stan wiedzy pokazuje, że wchodzi w szlaki metaboliczne, które są silnie powiązane z rozwojem nowotworów.

Ornityna jest wykorzystywana w procesie powstawania kancerogennych poliamin (takich jak putrescyna, spermidina czy spermina), w które bogate są produkty surowo dojrzewające (m.in. kiełbasy długodojrzewające, ryby suszone i sery).

Od dawna podkreśla się silny związek pomiędzy podwyższonym poziomem

poliamin, a toczącym się procesem zapalnym w patogenezie chorób nowotworowych. Dlatego zanim w trakcie leczenia onkologicznego sięgniesz po „preparat osłonowy na wątrobę”, koniecznie skonsultuj jego stosowanie z lekarzem prowadzącym. Pamiętaj o ograniczaniu produktów dojrzewających, szczególnie tzw. suchych kiełbas, wędzonek, puszek lub podobnych produktów tego typu.

Wątroba nie lubi ani głodzenia, ani przejedzenia

Wątroba lubi regularny rytm i nie lubi nadmiernego obciążenia w jednorazowej porcji, tak samo jak wielogodzinnego głodzenia. I w jednym i drugim przypadku, wątroba reaguje zaburzeniami pracy i odkładaniem tłuszczu w sobie, skutkiem czego ma coraz mniej tkanki pracującej na naszą korzyść.

Odkładanie tłuszczu prowadzi do stanu zapalnego wątroby (tzw. niealkoholowe stłuszczenie wątroby). Finalnie może dochodzić nawet do marskości, co podwyższa ryzyko powstania nowotworu.

Aby w okresie choroby onkologicznej wspierać wątrobę w walce z toczącą się chorobą, powinniśmy przede wszystkim pamiętać o regularnych posiłkach. Powinny być one ubogie w tłuszcze nasycone (znajdujące się m.in. w: produktach pochodzenia zwierzęcego, wyrobach wysokoprzetworzonych lub gotowych produktach piekarniczych), a bogate w przeciwutleniacze naturalnego pochodzenia. Każdy z nas powinien dążyć do spożycia 3–5 porcji warzyw i 2 porcji owoców. Te proporcje mają znaczenie w codziennej profilaktyce przeciwnowotworowej. Musimy jednak pamiętać, że same warzywa i owoce to nie dostarczają odpowiedniej ilości energii i białka, by prawidłowo odżywić organizm, szczególnie w czasie choroby. **Co najmniej 3 razy dziennie powinniśmy zjeść optymalnie zbilansowany posiłek**, w którym należy dostarczyć około 15–25g war-

tościowego białka i odpowiednią ilość energii (250–600 kcal). **Najlepiej spożywać mniejsze porcje, za to częściej** – nawet co 2–4 godziny.

Preparaty odżywcze

Jeżeli nie jesteśmy w stanie zjeść całego posiłku warto pamiętać, że **zawsze możemy sięgnąć po doustne preparaty odżywcze takie jak Resource**. Jest to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, dostępna w różnych wariantach smakowych, co zapobiega monotoni posiłków. Odżywcze preparaty Resource są dostępne w butelkach o pojemności 200 ml. W zależności od rodzaju, 1 butelka Resource 2.0 to 400 kcal i 18% energii

z białka, a jedna butelka Resource Protein to 250 kcal i 30% energii z białka. **Resource to dieta kompletna pod względem odżywczym, dostarczająca odpowiednią ilość białka, tłuszczu, węglowodanów, witamin i składników mineralnych.**

Zalecane spożycie jako uzupełnienie diety, to 1–3 butelek Resource na dobę, lub jako jedyne źródło pożywienia, zgodnie z zaleceniem lekarza. Produkty są odpowiednie również dla dzieci powyżej 3 roku życia.

Włączenie ich do codziennej diety może wesprzeć prawidłową pracę wątroby i proces leczenia onkologicznego.

W chorobie

PEWNOŚĆ ODŻYWIENIA

dużo zmienia

smak waniliowy

83%
pacjentów
ocenia produkt
pozytywnie*

smak truskawkowy

81%
pacjentów
ocenia produkt
pozytywnie*

Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Resource 2.0: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia. Resource Protein: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko.
* Badanie przeprowadzone kwiecień-maj 2017 na próbie n=200.

Artykuł sponsorowany



28 lutego obchodziliśmy Światowy Dzień Chorób Rzadkich, które również atakują krew i szpik kostny. Jest ich około 8000, na każdą z nich choruje 5–10 000 osób.

Ich zdiagnozowanie jest wyjątkowo trudne i często opóźnia się o wiele lat. W przypadku niektórych chorób rzadkich – hematologicznych, rozpoznanie jest dodatkowo utrudnione ze względu na niespecyficzne objawy. Przykładowo, niedokrwistość, dokuczliwe objawy ogólne takie jak nocne poty, gorączka, utrata masy ciała oraz zmęczenie mogą być pierwszymi symptomami nie grypy lecz mielofibrozy, najradszej choroby spośród nowotworów związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem szpiku kostnego, z którą w Polsce zmagają się około 1000 osób. Inna rzadka choroba hematologiczna – ostra białaczka szpikowa początkowo również nie daje specyficznych objawów, powodując trudno poddające się leczeniu zakażenia, siniaki czy krwawienia z nosa lub dziąseł. Z kolei mastocytoza – nowotwór mielo-proliferacyjny – może przebiegać bezobjawowo, lub manifestować się zmęczeniem, spadkiem ciśnienia tętniczego, czy biegunką. Nielezione ostre białaczki szpikowe powodują śmierć chorego w ciągu kilku tygodni. Mielofibroza jest chorobą o ciężkim przebiegu, która znacząco wpływa na skrócenie życia. Im szybciej wykryta choroba, tym większa szansa na powodzenie terapii. Proste badanie krwi, jakim jest morfologia krwi obwodowej, może uratować życie.



Plakat kampanii „Odpowiedz masz we krwi” w poradni w Tarnobrzegu

Partnerem Społecznym kampanii jest Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, partnerami medialnymi portal hematookologia.pl oraz „Głos Pacjenta Onkologicznego”. Do Kampanii „Odpowiedz masz we krwi” włączyło się 50 tysięczne miasto Tarnobrzeg. Jest to odpowiedź pana rezydenta Dariusza Bożka m.in. na apel PKPO. Miasto w tej kampanii reprezentuje p. Zenobia Juda z Wydziału Edukacji, Zdrowia, Sportu i Kultury, a ze strony organizacji pacjentów p. Piotr Błaszkiwicz prezes koła rzeszowskiego SPBS. W ramach akcji na słupach ogłoszeniowych, miejskich tablicach ogłoszeniowych pojawiły się plakaty kampanii, a w bibliotekach i przychodniach POZ rozłożono ulotki-zakładki. W lokalnym Radio Leliwa odbyło się spotkanie na temat Kampanii oraz promocja w Lokalnej Telewizji.



Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych

Konferencja Szpiczak plazmocytowy 2019

23 stycznia br. z inicjatywy czterech organizacji pacjentów odbyła się konferencja Szpiczak plazmocytowy 2019 – wyzwania i potrzeby pacjentów. W gronie ekspertów i pacjentów debatowano o tym, jak zmienić aktualną sytuację chorych ze szpiczakiem plazmocytowym – zwiększyć dostępność do innowacyjnych terapii i podnieść jakość życia pacjentów. Szpiczak plazmocytowy to nieuleczalny nowotwór krwi. W Polsce choruje na niego obecnie blisko 7000 osób. Każdego roku odnotowuje się ponad 1000 nowych przypadków zachorowań w naszym kraju. Terapia chorych na szpiczaka plazmocyтового składa się z wielu linii leczenia i tylko od dostępności do jak największej liczby skutecznych leków o różnych mechanizmach działania, zależy jej efektywność. W wielu krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych pacjenci ze szpiczakiem mnogim są leczeni nowoczesnymi terapiami, dzięki czemu choroba ta ma u nich charakter przewlekły, tymczasem w Polsce pacjenci dalej czekają na nowoczesne terapie. W procesie refundacji są dwa leki daratumumab i karfilzomib. Jak wyja-

śnia prof. Grzegorz W. Basak kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM – Każdy z nich odpowie na potrzeby innej grupy pacjentów, a rozszerzenie listy leków refundowanych o te dwie terapie w dużej mierze rozwiąże problem leczenia szpiczaka mnogiego w Polsce. Daratumumab to lek dla pacjentów po przeszczepieniu, kiedy choroba nawraca lub pacjentów, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia i wymagają kolejnej linii leczenia, akarfilzomib jest potrzebny chorym kwalifikującym się do przeszczepienia. Liderzy organizacji podkreślają, że bez refundacji tych leków, pacjenci pozostają bez możliwości leczenia. Nie zapominajmy o problemach psychologicznych, z jakimi zmagają się pacjenci hematookologiczni, a także ich bliscy. Diagnoza szpiczaka plazmocyтового zwłaszcza w sytuacji braku dostępu do leków jest sytuacją traumatyczną. Szpiczak plazmocytowy to także choroba, która wiąże się z dolegliwościami ze strony układu kostnego. Wiele pacjentów w wyniku tej choroby staje się osobami z niepełnosprawnością.

Zdejmij z siebie ciężar diagnozy choroby nowotworowej!

W lutym ruszyła kampania społeczna „Zdejmij z siebie ciężar diagnozy”. Kampania zwraca uwagę na potrzebę pomocy psychoonkologicznej i wspiera działania Stowarzyszenia Unicorn, które pomaga dzieciom i dorosłym chorującym na nowotwory. Jerzy Stuhr stał się twarzą całej akcji wcielając się w rolę osoby „przygniecionej” ciężarem diagnozy.

Wraz z chorobą nowotworową pojawia się rozpacz, strach, samotność i inne trudne emocje. Sięgając po wsparcie psychologiczne można zdjąć z siebie ciężar diagnozy i wspomóc organizm w procesie zdrowienia. **Celem akcji jest poinformowanie osób z chorobą nowotworową i ich bliskich o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej w Centrum Psychoonkologii Unicorn oraz poszukiwanie potencjalnych darczyńców, którzy zechcą wesprzeć tę ideę.**

Więcej informacji: www.zdejmijciezar.org



Piękna na Wiosnę – znajdź siebie w chorobie

Zbliża się wiosna, czas odnaleźć swoje piękno wewnętrzne i zewnętrzne! Fundacja Znajdź Pomoc wraz z partnerami i salonami kosmetycznymi wrażliwymi społecznie organizuje wiosenną akcję dla pacjentek onkologicznych w całej Polsce. Wydarzenie ma na celu wsparcie pacjentek w dbaniu o swoje dobre samopoczucie, wygląd i poczucie kobiecości, co jest ogromnym wyzwaniem w obliczu codziennych zmagających z chorobą nowotworową.

W ramach wydarzenia pacjentki z całej Polski będą mogły skorzystać z darmowych zabiegów kosmetycznych dostosowanych do potrzeb osób zmagających się z nowotworem. Co więcej, Fundacja Znajdź Pomoc wraz z partnerami pragnie przekazać pacjentkom specjalistyczną wiedzę na temat dbania o siebie na co dzień podczas warsztatów z zakresu kosmetyki, trychologii, pielęgnacji skóry, coachingu oraz wizażu. **Warsztaty odbędą się w Warszawie 23 marca br. w godzinach 10–13.** Szczegółowy plan warsztatów oraz informacje o zapisach na warsztaty i darmowe zabiegi są dostępne na stronie wydarzenia.



Kontakt dla pacjentów:
Aleksandra Będziak, a.bedziak@znajdzpomoc.pl
tel. 577 899 615

Światowy Dzień Walki z Rakiem

1 lutego w ramach Światowego Dnia Walki z Rakiem w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbyła się konferencja „Rak – choroba przewlekła. Sukces medycyny, życie pacjenta, wyzwania dla systemu”. Tegoroczne obchody były okazją do kontynuacji kampanii edukacyjno-informacyjnej „Szybsi od Raka”, poświęconej postępowi medycyny w leczeniu chorób nowotworowych. Jak podkreślali zaproszeni do dyskusji specjali-

ści, decydenci i przedstawiciele Parlamentu, **wprowadzając kolejne terapie w leczeniu sekwencyjnym mamy szansę na wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jakości życia pacjentów.** W debacie jako reprezentantka pacjentów wzięła udział prezes PKPO – Krystyna Wechmann. Konferencji towarzyszył „Salonik Zdrowia” w ramach, którego można było zapoznać się z kodeksem walki z rakiem, wykonać badania dermatoskopem, skorzystać z konsultacji w „Poradni Pomocy Palącym”.

4. Forum na Rzecz Pacjenta Onkologicznego

4 lutego w Światowy Dzień Walki z Rakiem w Krakowie odbyło się 4. Forum na Rzecz Pacjenta Onkologicznego, którego organizatorem jest Stowarzyszenie Unicorn. Forum było doskonałą okazją do wymiany wiedzy oraz doświadczeń m.in. z zakresu medycyny, psychoonkologii, diety czy rehabilitacji. Dla pacjentów i ich bliskich oraz osób, które zawodowo zajmują się pomocą osobom chorującym onkologicznie zorganizowano 21 praktycznych warsztatów. Wśród prelegentów znaleźli się m.in. Szymon Hołownia, dr Mariusz Wirga, prof. Krystyna de Walden Gałuszko i autorka książki „Niezwykłe Dziewczyny” Agnieszka Witkowicz-Matolicz. Gospodarzami Forum byli Państwo Barbara i Jerzy Stuhrowie. Podczas wydarzenia pacjenci mogli zapoznać się z szeroką ofertą organizacji pozarządowych, które zajmują się pomocą chorującym onkologicznie, w tym współpracujących w ramach Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.



Silna ekipa reprezentantów organizacji stowarzyszonych w PKPO na 4 Forum w Krakowie

Forum zwieńczył wyjątkowy charytatywny koncert Dawida Podsiadło z okazji 20-lecia Stowarzyszenia Unicorn, z którego dochód zostanie przekazany na działalność Centrum Psychoonkologii Unicorn.

Więcej informacji: www.unicorn.org.pl

Lista Stu Pulsu Medycyny, przedstawiciele pacjentów w Krajowej Radzie ds. Onkologii

Na Liście Stu 2018 najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia Pulsu Medycyny spośród liderów Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych znaleźli się prezes PKPO Krystyna Wechmann na 63 pozycji oraz debiutująca na liście wiceprezes Beata Ambroziewicz na wysokiej 27 pozycji. Pierwsze 3 miejsca zajęli w kolejności: prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, minister zdrowia; lek. Andrzej Jacyna, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia; dr hab. n. ekon., dr n. med. Marcin Czech, były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego. Gratulujemy!

Minister zdrowia Łukasz Szumowski powołał w skład Krajowej Rady do spraw Onkologii jako przedstawicieli pacjentów prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Krystynę Wechmann i rzecznikę naszej organizacji Aleksandrę Rudnicką.

To dla nas ogromny zaszczyt oraz odpowiedzialność, aby rzetelnie reprezentować głos i interesy środowiska pacjentów w tym tak ważnym gremium – oświadczyły nasze reprezentantki w Krajowej Radzie ds. Onkologii.

Onkoprzestrzeń kreatywna

23 lutego br. w Kinie Elektronik przy Warszawskiej Szkole Filmowej odbyło się I Warszawskie Spotkania Onkoprzestrzeń Filmowa, którego częścią były pokazy filmowe w ramach projektu Onkoprzestrzeń Kreatywna realizowanego przez PKPO i Fundację Twórczość i Dokumentacja. Podczas wydarzenia miał miejsce pokaz filmów Marii Poszwińskiej o tematyce psychoonkologicznej m.in. dokumentujących warsztaty w Sierakowie, zajęcia terapeutyczno-aktorskie prowadzone przez Judy Turan oraz warsztaty z muzykoterapii pod kierownictwem dr Elżbiety Galińskiej, a także wystawa rysunku i malarstwa. Podsumowaniem była debata z udziałem psychoterapeutów, twórców i pacjentów. Spotkanie zakończyła wieczorna potańcówka z Jackiem Ha-



łasem. Spotkanie poza walorem edukacyjnym było też przestrzenią do wzajemnego wsparcia w chorobie.

Onkologiczna Top Dziesiątka 2018 r.

Portal Zwrotnika Rak ogłosił Onkologiczną Top Dziesiątkę 2018 r. przyznając w kategorii Osobowość Roku Nagrodę Aleksandrze Rudnickiej. W uzasadnieniu czytamy m.in.: „Nie mamy wątpliwości, że to wyróżnienie trafia w powołane ręce. Aleksandra Rudnicka – rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, redaktor naczelna cenionego w branży „Głosu Pacjenta Onkologicznego”, współredaktor „Gazety Amazonki”, Honorowa Amazonka odznaczona „Bursztynowym Łukiem”. Prowadzi energiczne działania na rzecz poprawy dostępu do nowoczesnych terapii w Polsce oraz likwidacji tzw. białych plam w onkologii. Aleksandra Rudnicka znana jest ze swojej dociekliwości, odwagi w formułowaniu pytań – nie zawsze wygodnych dla adresata, a także nienagannego warsztatu dziennikarskiego. Prywatnie – osoba niezwykle przyjacielska, otwarta i cechująca się dużym poczuciem humoru.”

W Onkologicznej Top Dziesiątce 2018 znalazł się także realizowany przez PKPO projekt All.Can zakładający, że dzięki wsłuchaniu się w potrzeby i doświadczenia pacjentów

można lepiej zdiagnozować ich problemy, a następnie wprowadzić niezbędne zmiany w świadczeniu opieki zdrowotnej. W projekt zaangażowali się wiodący przedstawiciele krajowych i europejskich organizacji pacjentów, decydentów, pracowników służby zdrowia, badań i przemysłu farmaceutycznego. Lada moment światło dzienne ujrzą dwa dokumenty istotne dla wszystkich zainteresowanych poprawą opieki nad chorymi z nowotworami. W najbliższym czasie **poznamy rekomendacje raportu „Optymalizacja kosztów procesów diagnostyki i leczenia raka jajnika i raka płuca” oraz wyniki ankiety ALL.CAN prowadzonej wśród pacjentów onkologicznych, a dotyczącej oceny jakości opieki nad osobami, które doświadczyły choroby nowotworowej.** Polska dostarczyła najwięcej danych spośród wszystkich uczestniczących w projekcie krajów.



Spójrzcie nam w oczy – chcemy żyć dłużej

Agnieszka Lasota oraz Dorota Kaniewska – inicjatorki kampanii, wraz z organizacjami pacjentów: Polskim Towarzystwem Stomijnym Pol-Ilko, EuropaColon oraz Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych 24 stycznia br. zaprosiły na otwarcie wystawy „Spójrzcie nam w oczy – chcemy żyć”. Wystawę zorganizowano w holu Dworca Centralnego w Warszawie. Celem kampanii, która spotkała się z dużym zainteresowaniem społecznym, było nagłośnienie sytuacji pacjentów z rakiem jelita grubego. **Codziennie w Polsce umierają 33 osoby z powodu przerzutowego raka jelita grubego. Chcemy się dalej leczyć, a nie umierać. Refunda-**



cja III i IV linii leczenia, to nasza ostatnia szansa na dłuższe życie, a chcemy być jak najdłużej – apelowali pacjenci, którzy zdecydowali się pokazać swoje twarze.

mały gest

WIELKA POMOC

KRS 0000333981

1%

Ten mały gest może uratować

ZDROWIE I ŻYCIE CHORYCH NA RAKA

Przekazując jeden procent wspierasz

Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych

oraz jej Podopiecznych

Zajrzyj na

www.malygest.pl

10 Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



Zachęcam!
Agata Koscikiewicz



POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Koalicja łączy już 50 organizacji



Wesprzyj działalność Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wpłacając darowiznę.
Nr konta: BANK PKO S.A. 62 1020 1097 0000 7002 0180 2396

ZARZĄD

Prezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń
„Amazonki”

Członek Zarządu – Beata Ambroziewicz
Prezes Polskiej Unii Organizacji
Pacjentów

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

RADA

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

Wiceprzewodniczący:
Piotr Fonrobert
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na GIST

Ryszard Lisek
Członek Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

Romana Nawara
Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia
Amazonki

Krzysztof Żbikowski
Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na
Przewlekłą Białaczkę Szpikową,
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na Nowotwory Krwi w Zamościu

Dołącz do nas na Facebooku: facebook.com/KoalicjaPacjentow
Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na www.pkopo.pl

Adres do korespondencji
ul. Piękna 28/34, lok. 53, 00-547 Warszawa
info@pkopo.pl, tel. 22 428 36 31
Dyrektorka biura
Agnieszka Truskolaska

Redaktor Naczelna, rzecznik PKPO
Aleksandra Rudnicka
aleksandra.rudnicka@pkopo.pl
ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa
tel. 502 071 677

Zastępca Redaktora Naczelnego
Beata Ambroziewicz
beata.ambroziewicz@pkopo.pl
Sekretarz Redakcji
Anna Domańska



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

„Głos Pacjenta Onkologicznego” nr 1/2019 wydano ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.