

Rozmowa z dr. Markiem Stempniem, chirurgiem onkologiem

Chirurgia na miarę

Czy chirurgia nadal jest pierwszym krokiem, jaki lekarz podejmuje po zdiagnozowaniu nowotworu? To nadal jest pierwszy krok i leczenie pierwszorazowe. Być może kiedyś będzie inaczej – może wkrótce chirurgia będzie służyła jedynie do leczenia ludzi, którzy mają już bardzo zaawansowaną chorobę nowotworową. I to tylko w takim celu, żeby im po prostu pomóc – czyli stosując leczenie paliatywne. Natomiast w tej chwili chirurgia jest wciąż podstawową dziedziną działania w leczeniu większości nowotworów. To się oczywiście bardzo zmieniło. W zasadzie kiedyś była tylko chirurgia. Dopiero potem dołączyły inne dziedziny medycyny i onkologii, które chirurdzy traktowali jako dodatkowe dołączanie. Dzisiaj nie mówi się już o doleczaniu w przypadku chemioterapii, ponieważ okazało się, że niektóre z nowotworów należy leczyć w ten sposób, żeby zmienić taktykę i kolejność leczenia. Najpierw leczy się operowano, a później dopiero operowano. Tak jest w przypadku raka piersi, żołądka czy odbytnicy. Te poglądy uległy zmianie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Mimo to chirurgia pozostała podstawową metodą. To samo dotyczy radioterapii. Są przecież nowotwory, które można właściwie leczyć wyłącznie radioterapią, jak choćby rak prostaty. Wszystko jest kwestią zaawansowania, ustalenia na początku właściwej strategii. Dlatego mówi się, że leczenie nowotworów jest interdyscyplinarne. Sam chirurg czy chemioterapeuta nie wystarczą, stąd konieczność powoływania zespołów w celu ustalenia tej strategii.

Czy obecnie chirurgia bardziej myśli o pacjencie? O tym, że kobieta najprawdopodobniej będzie chciała po operacji poddać się zabiegowi rekonstrukcji piersi? Naturalnie. Tu znów mamy do czynienia z dziedziną, której wcześniej nie było – z chirurgią profilaktyczną. Być może w wyniku postępu nauk biologicznych, genetyki i cytogenetyki uda się za kilkanaście czy kilkadziesiąt lat na tyle poznać genom, że z wielkim prawdopodobieństwem będziemy mogli powiedzieć: „Ten człowiek w przyszłości zachoruje na raka”. W tym kierunku zmierza nauka. Nie ma dzisiaj metody, która dawałaby taką całkowitą



Dr Marek Stempień ze szpitala MSWiA w Łodzi: Personalizacja i indywidualizacja powinny obejmować każdą sferę leczenia

pewność. Łatwiej wyobrazić sobie zabieg profilaktyczny w przypadku raka piersi czy przekonać do niego kobietę, u której występuje duże ryzyko zachorowania na ten nowotwór, ponieważ jest nosicielką pewnych genów, niż np. namówić pacjenta do zabiegu w przypadku raka żołądka. **Można powiedzieć, że diagnostyka polepszyła się na przestrzeni lat? Kiedyś usuwano powierzchnie rakowe „z zapasem”. Jak to wygląda obecnie?**

Możemy to określić jednym słowem – „personalizacja”. Do każdego zachorowania absolutnie należy podejść w sposób indywidualny. Personalizacja i indywidualizacja powinny obejmować każdą sferę leczenia – chirurgiczną, chemioterapeutyczną czy radioterapię. Dzisiaj zawężił się sposób działania, ponieważ różniamy bardzo wiele rodzajów nabytego samego nowotworu. Nie różnią się one w badaniu histopatologicznym, ale my wiemy, że musimy je inaczej leczyć, ponieważ np. jedna komórka nowotworowa ma receptory estrogenowe, a druga – również rakowa – ich nie posiada. Genetyka w tej chwili bardzo się rozwinęła. Dzięki badaniom genetycznym i cytogenetycznym możliwa jest nawet indywidualizacja chemioterapii, gdyż wiemy, które z cytostatyków w danym rodzaju nowotworu będą najbardziej skuteczne. Patrząc na onkologię z perspektywy trzydziestu lat swojej praktyki, stwierdzam, że zmiana jest kolosalna. W grupie poważnych, okaleczających zabiegów robi się takie, w których jakość życia jest bar-

dzo istotna. Niekoniecznie musimy usuwać więcej tkanki, bo wystarczy usunąć jej mniej. Tylko musimy wiedzieć, że to wystarczy – a to jest możliwe dzięki postępowi diagnostyki. Kiedyś przy raku piersi wykonywało się wyłącznie amputacje i usuwało się węzły chłonne w każdym przypadku. Potem okazało się, że większość pacjentek miała zdrowe węzły chłonne. Nie trzeba zawsze robić amputacji całych piersi – można tylko usunąć jej część. Postęp w stronę indywidualizacji w ciągu dwóch dekad jest olbrzymi. Również ten w radioterapii – technologia 3D czy 4D, sposoby skanowania, wyliczania dawki. W chemioterapii powstały nowe leki. Przeciwnie do monoklonalne nie atakują już wszystkich komórek, które szybko się dzielą, tylko te komórki rakowe.

Te zmiany to wyłącznie kwestia postępu technologicznego, czy coś się zmieniło w samym podejściu lekarzy do działania?

Zawsze u podstaw tych działań leżą badania naukowe. Te obejmujące wieloletnie grupy pacjentów wskazują na to, że musimy leczyć tak, a nie inaczej. Cały czas prowadzone są badania, które starają się zrozumieć istotę raka. Okazuje się, że nowotwór nowotworowi nierówny, o czym kiedyś nie wiedzieliśmy. Oglądano wtedy materiały nowotworowe pod szkiełkiem i każdy rak był taki sam. Z czasem można było przyrównać się bliżej szczegółom i stwierdzono, że nie są one tożsame. Wtedy zaczęło się wyjaśniać, dlaczego np. z dwóch kobiet z rakiem piersi, w takim samym wieku, o guzie takiej samej wielkości, przy takim samym leczeniu jedna żyje długo, a druga krócej. Ta personalizacja i nowe metody diagnostyczne powodują także, że wszystkie te badania są coraz droższe.

Czy mógłby Pan przytoczyć jakiś przypadek nietypowy ze względu na przebieg leczenia lub nietypowe objawy?

Chciałbym scharakteryzować dwa przypadki, które są znakomitym przykładem na to, jak walczyć z chorobą nowotworową. Pierwszy to pacjentka, która jest u nas w obserwacji od 1997 roku. Zachorowała na raka piersi w wieku 34 lat. Generalnie im młodszy człowiek, tym gorsze rokowania. To była wczesna faza raka. Wyko-

nano jej zabieg oszczędzający piersi, usunięto węzły chłonne. Poddano ją również chemioterapii i radioterapii. W 2000 roku trafiła do nas ze wznową choroby. Tym razem wykonaliśmy amputację. Pacjentka przeszła chemioterapię paliatywną. Po czterech latach zgłosiła się z kolejną wznową – tak rozległą, że techniczne możliwości leczenia chirurgicznego były bardzo ograniczone. Jednak wykonaliśmy operację, która polegała na usunięciu wielomejskowej wznowy i pokryciu operowanego miejsca płatem podbrzusznym Tram, który jest wykorzystywany przy rekonstrukcji piersi. To już wtedy nie było działanie uzasadnione onkologicznie, czyli nie zmieniające czasu przeżycia. Rany się zagoiły, pacjentka została poddana kolejnej chemioterapii paliatywnej. Żyje do dzisiaj z całkowitą remisją, bez wznowy i jakichkolwiek przerzutów. **Ten drugi przypadek również nie mieści się w kanonach uzasadnionej onkologii?**

Blisko 60-letni pacjent trafił do naszego szpitala w 2009 roku. Żaden ośrodek w Polsce nie chciał go leczyć ze względu na brak przesłanek onkologicznych i powodzenia całej operacji. Mężczyzna miał rozległego raka skóry, obejmującego bark, łopatkę i część szyi. Mimo to nadal żyje i żyje normalnie. To jeden z przypadków na to, że czasami warto zrobić coś, co z pozoru nie daje żadnego sensu.

Zatem rzeczywiście ta personalizacja jest kluczowa podczas leczenia? Gdzieś u tych pacjentów są jakieś czynniki, o których jeszcze nie wiemy, a które sugerują, że znamy już ten nowotwór, a tak naprawdę często go nie poznaliśmy.

Paszport zdrowej kobiety

Profilaktyka dla pracujących



Prof. dr hab. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

Rozmawiamy o korzyściach płynących z profilaktyki oraz o roli badań pracowniczych

Na czym polega idea paszportu kobiety?

Założenia projektu „Paszport zdrowej kobiety w profilaktyce chorób nowotworowych” obejmują wspieranie działań profilaktycznych w wykrywaniu niektórych typów nowotworów, które zostały wytypowane na podstawie istotnego odsetka częstości zachorowań i śmiertelności w populacji kobiet oraz na podstawie możliwości wdrożenia działań profilaktycznych. Celem projektu jest włączenie profesjonalistów zajmujących się ochroną zdrowia pracujących w profilaktykę niektórych typów nowotworów poprzez opracowanie modelu działań profilaktycznych trwale zintegrowanego z opieką profilaktyczną uwzględniającą różne aspekty zdrowia pracowników. Aby zwiększyć skuteczność podjętej inicjatywy w działaniu profilaktycznym zostaną włączeni również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). **Kiedy projekt zacznie funkcjonować w naszym województwie?**

Działania zaplanowane w ramach projektu są już realizowane w wybranych podstawowych jednostkach służby medycyny pracy w województwie łódzkim. W dniu 18 października 2017 r. odbyła się konferencja szkoleniowa w ramach której przeszkolono lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracownikami i lekarzy POZ przekazując stworzone w ramach projektu narzędzia m.in. kwestionariusz badania, broszury informacyjne podnoszące świadomość prozdrowotną.



Dr hab. n. med. Marta Wiszniewska, prof. IMP Kierownik Oddziału Chorób Zawodowych

Czy i w jaki sposób lekarze medycyny pracy uczulają pacjentki na profilaktykę takich chorób, jak np. nowotwór piersi?

W ramach badań okresowych lekarz przeprowadza z pracownicą dokładny wywiad oparty o badanie kwestionariuszowe, które zawiera informacje o ostatnio wykonywanych badaniach profilaktycznych (USG piersi, mammografia, cytologia), okresownik badaniach kontrolnych u ginekologa oraz indywidualną ocenę czynników ryzyka chorób nowotworowych (piersi, jajnika, szyjki macicy). W zależności od danych z wywiadu i w oparciu o obowiązujące wytyczne dotyczące profilaktyki wybranych typów nowotworów wśród kobiet wydawane są zalecenia o potrzebie przeprowadzenia dodatkowych badań profilaktycznych w zakresie profilaktyki nowotworów. W przypadku, gdy pacjentka/pracownica ma aktualne badania profilaktyczne, w trakcie kolejnych wizyt lekarskich potwierdzamy aktualność badań screeningowych.

Prof. dr hab. med. Jolanta Walusiak-Skorupa jest Kierownikiem Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego Instytutu Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera. Dr hab. n. med. Marta Wiszniewska z Instytutu Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera jest kierownikiem projektu: „Paszport zdrowej kobiety w profilaktyce chorób nowotworowych”. Projekt finansowany jest przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu Innowacje Społeczne (II konkurs).