

# Pacjent może mieć wpływ na raka

## Zdrowie

Generalnie na całym świecie w przypadku raka trzustki mówimy o przeżyciu na poziomie roku. To najtrudniejszy nowotwór do leczenia. Nie daje objawów – tłumaczy onkolog **prof. Piotr Wysocki**

Anita Czupryn

a.czupryn@polskatimes.pl

Boi się Pan raka?

Nie.

A Pana pacjenci?

Ci, którzy przychodzą, już chorują na nowotwór i nie boją się samego raka, tylko jego konsekwencji. Wiem, że wiedza zmniejsza lęk. Bać się można wielu innych rzeczy, na które się nie ma wpływu. Na raka w dużej mierze ma się wpływ.

**Ostatnio wstrząsnęła nami wiadomość o śmierci aktorki Anny Przybylskiej. Rak trzustki to wyrok czy wyzwanie dla onkologów? Steve Jobs żył z tym rakiem 10 lat.**

Steve Jobs chorował na inny typ raka trzustki, lepiej rokujący. Generalnie na całym świecie w przypadku raka trzustki mówimy o przeżyciu na poziomie jednego roku. To najtrudniejszy nowotwór do leczenia. Nie daje żadnych objawów. USG często nie pokaże nic, bo trzustka jest tak zlokalizowana, że niewiele widać. A nikt nie wykonuje rutynowo badań tomograficznych czy rezonansu magnetycznego. Ten nowotwór dotyczy 3 tys. chorych w Polsce, nie jak rak piersi - kilkunastu - czy rak płuca - kilkudziesięciu tysięcy. Tu umieralność jest równa praktycznie zachorowalności. Oczywiście są pacjenci, którzy mają szczęście, ale nie wiemy, dlaczego mają szczęście i żyją kilka lat, lecz są pacjenci, którzy tego szczęścia nie mają i trudno im przeżyć nawet trzy, cztery miesiące. Jest to jeden z najtrudniejszych nowotworów do leczenia z tego powodu, że tak naprawdę jeszcze nie znaleźliśmy żadnego punktu uchwytu. Tak jak w przypadku innych nowotworów wiemy, jak zablokować ich rozwój, w przypadku raka trzustki nie znaleźliśmy nic, co by mogło spowodować przełom. Wielkie nadzieje wiąże się z immunoterapią, być może ona poprawi rokowania chorych.

**Co to jest immunoterapia?**

Wiemy, że układ odpornościowy sam potrafi walczyć z nowotworem. U każdego pojawiają się komórki, które potencjalnie mogą być komórkami rakowymi, ale nie u wszystkich ta choroba występuje, dlatego, że układ odpornościowy potrafi je rozpoznawać i eliminować. Wiemy też, że nowotwór potrafi oszukać układ odpornościowy.

Wy. Koncepcja immunoterapii, o której myśleli się od 100 lat, polega na tym, że teraz zaczynamy efektywnie uderzać nie lekami w nowotwór, ale stymulować układ odpornościowy, żeby rozpoznawał i niszczył komórki nowotworowe. I to być może będzie przyszłość w leczeniu tego nowotworu.

**Zachorowanie na raka w niedalekiej przyszłości to nie będzie już kwestia przypadku, lecz wieku?**

To jest kwestia wieku. Jeśli mamy bardzo młodych chorych, to tu rzeczywiście można mówić o zaskoczeniu albo przypadku. Natomiast w pewnym wieku zachorowanie na raka jest cechą absolutnie wiążącą się z metryką. W społeczeństwie amerykańskim, które jest chyba jednym z najstarszych na świecie, gdzie ludzie coraz częściej dożywają 90, a nawet 100 lat, uważa się, że jeden na dwóch mężczyzn i jedna na trzy kobiety zachoruje na raka. Ale niekoniecznie z tego powodu umrze.

**Wszyscy możemy zachorować na raka?**

Gdybyśmy dożyli 120 lat, to takie prawdopodobieństwo będzie zbliżało się do 100 proc.

**Zachowania prozdrowotne czy dbanie o siebie spowodują, że komórki rakowe nie będą się rozwijać?**

Komórki rakowe rozwijają się w każdym organizmie, ale zachowania prozdrowotne zmniejszają dynamikę rozwoju tych komórek, a jeżeli już one się pojawiają, to u niektórych ludzi owo zmniejszenie dynamiki spowoduje, że nowotwór nie zdąży się ujawnić do śmierci. Z drugiej strony zachowania prozdrowotne poprawiają funkcje układu odpornościowego, który naturalnie zwalcza komórki mogące dać początek procesowi nowotworowemu.

**Zwykle fikołki uleczą raka?**

Nie chodzi o zwykłe fikołki, tylko o regularny wysiłek fizyczny. O zmęczenie organizmu, ale nie o ekstremalny wysiłek, bo on raczej osłabia układ odpornościowy, niż wzmacnia. Delikatny jogging kilka razy w tygodniu czy inne formy sportu powodują, że układ odpornościowy się aktywizuje, a jednocześnie wysiłek fizyczny tworzy w organizmie pewne niedobory energetyczne. Czyli po prostu dochodzi do zużycia glukozy, innych substratów energetycznych, w wyniku czego organizm dostaje sygnał, że pojawiają się niedobory energetyczne. Gdy taki sygnał dociera

**Sporym wysiłkiem fizycznym oszukujemy więc komórkę nowotworową i przestrzegamy, żeby się nie dzieliła**



► Immunoterapia polega na tym, że stymulujemy układ odpornościowy, żeby rozpoznawał i niszczył komórki nowotworowe

do pojedynczych, rozwijających się komórek nowotworowych, to na pewno nie będą spieszyły się z namnażaniem, bowiem mnożenie się może oznaczać dla nich samobójstwo. Gdy w trakcie podziałów komórkowych brakuje energii, aby te podziały dokończyć, to komórka obumiera. Wysiłkiem fizycznym oszukujemy więc komórkę nowotworową i przestrzegamy, żeby się nie dzieliła i nie zużywała energii, której może zabraknąć.

**Jak wygląda sytuacja pacjentów w Polsce?**

Kiedyś dla chorych na raka na etapie choroby uogólnionej (gdy występują przerzuty) nie było żadnego efektywnego leczenia. W latach 70., 80., 90. zaczęły się pojawiać nowe leki chemiczne. Wtedy leczyło się agresywnie, łącząc je ze sobą, z całej siły uderzając w chorobę nowotworową. Teraz wiemy o raku więcej, rozumiemy, że leczenie bardzo agresywne czegoś, czego wyleczyć się nie da, rzadko wiele wnosi, a po drodze gubimy jakość życia. Jeżeli zwolnimy postęp choroby, a jednocześnie zmniejszymy agresywność leczenia, to organizm będzie bardziej chroniony i wtedy pacjent żyje dłużej. Świadomość faktu, że chorzy onkologiczni umierają przede wszystkim z powodu powikłań po leczeniu, zupełnie zmienia podejście do tej choroby i samego pacjenta. Gdy choroba jest na wczesnym etapie, gdy możemy ją wyleczyć, wtedy zagryzamy zęby, idziemy po bandzie, bo chcemy całkowicie wyrugować ją z organizmu pacjenta. Jeżeli natomiast mamy chorobę uogólnioną, gdzie wiemy, że pacjenta nie wyleczymy i wiemy, że choroba się nie spieszy, to i my się nie spieszymy. Jeśli choroba nie jest agresywna, to i my nie postępujemy agresywnie, a wręcz delikatnie, tak żeby tylko przerzuty nie rosły. To znacząca zmiana w leczeniu farmakologicznym nowotworów. Jednocześnie pojawiły się terapie celowane. Zdobyliśmy oto większą wiedzę dotyczącą chorób nowotworowych, mechanizmów molekularnych, które nimi rządzą, poznaliśmy silniki wewnątrzkomórkowe w danym typie nowotworu i nauczyliśmy

**prof. Piotr Wysocki**

jest kierownikiem Kliniki Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Wawelskiej w Warszawie, prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

się wybiórczo takie silniki wyłączać. Leczenie celowane jest też przewlekłe. Trwa tak długo, jak jest skuteczne i chorzy je tolerują. Możliwości leczenia sekwencyjnego, niskodawkowego, ale ciągłego, pozwoliły znacząco wydłużyć czas przeżycia chorych, a jednocześnie wyraźnie poprawiły jakość ich życia.

**To sukces medycyny, ale czy dla nas dostępny?**

To, że wprowadza się pakiet kolejkowy, definiując ekstremalnie krótkie (nawet jak na warunki zachodniej Europy) terminy kwalifikacji i diagnozowania pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej, wymaga niesłychanego zwiększenia nakładów na onkologię, a przecież wiemy, że już w tej chwili zdecydowana większość kompleksowych ośrodków onkologicznych co roku przekracza kontrakt o 15-25 proc., za które nie otrzymują żadnych dodatkowych pieniędzy od NFZ. Środowisko onkologiczne wyliczyło, że proponowane zmiany wiąże się z koniecznością zwiększenia nakładów nie o 20 proc., a o 40 proc.! Dodatkowo w Polsce brakuje onkologów. Według nowej ustawy (aby spełnić założenia pakietu kolejkowego) pacjentów w poradniach onkologicznych będą mogli konsultować lekarze już po pierwszym roku specjalizacji. A zgodnie z nowym trybem specjalizacji, dla kończących w tej chwili skrócone o jeden rok studia medyczne, w procesie specjalizowania się w dziedzinie onkologii przez pierwsze trzy lata kształcenia lekarze nie będą mieli żadnego kontaktu z onkologią!

**To co zrobić, jeśli na pacjenta onkologicznego w Polsce wydaje się najmniej w całej Europie?**

Przed wszystkim należy spojrzeć realnie na nasze możliwości. Nie można oczekiwać, że jedną ustawą rozwiąże się wszystkie problemy. Konieczne jest zwiększenie nakładów na onkologię i równoległe poprawa w zakresie kształcenia specjalizacyjnego (zwiększenie liczby specjalizujących się onkologów oraz lepsze ich wykształcenie). Zdajemy sobie sprawę, że nie ma szans, aby wszystkie najnowsze (i najdroższe) leki od razu pojawiły się w Polsce. Oczekujemy jednak, że będziemy mogli leczyć chorych zgodnie z najlepszą naszą wiedzą, szczególnie jeżeli mówimy o stosowaniu klasycznych, relatywnie tanich leków onkologicznych. W tej chwili onkolodzy mogą stosować leki onkologiczne tylko w sposób zgodny z ich rejestracją. Jeżeli lek był wprowadzony 10-20 lat temu, to najczęściej jego rejestracja obejmuje tylko i wyłącznie wskazania, które określono w tamtym okresie. A przecież badania nad tym lekiem się wtedy nie zakończyły, tylko prowadzono je dalej. I dzięki tym badaniom dzisiaj wiemy, że wiele tych starych leków jest skutecznych w innych wskazaniach (w innych nowotworach), niż kiedyś uważano. Niestety, ponieważ lek jest „stary”, a poszerzenie zapisów rejestracyjnych bardzo kosztowne, nowe wskazania nie są uwzględniane. To jest przyczyna narastającej frustracji lekarzy i pacjentów – mamy do dyspozycji tani, sprawdzony i skuteczny lek, ale ustawa refundacyjna uniemożliwia nam jego zastosowanie. Czyli przepisy prawne uniemożliwiają nam leczenie zgodnie z najbardziej aktualną wiedzą lekarską. To jest potwierdzenie, że często nie kwestie finansowe, ale organizacyjne powodują, że rokowanie chorych onkologicznych w Polsce jest gorsze niż w większości innych krajów rozwiniętych. ●