

RAZEM

Wywiad z ekspertem

– 12 pytań do prof. dr hab. n. med.
Piotra Wysockiego
Kierownika Kliniki Onkologicznej
Centrum Onkologii w Warszawie

razem
w trosce
o pacjenta



Nawrót choroby

– wyrok, czy zmiana stylu życia?

Lęk przed nawrotem

– jak sobie z nim poradzić

Odpowiednia dieta

ważna w chorobie
nowotworowej

Porady prawne

– renta, zasiłek,
odszkodowanie,
ubezpieczenie
– kiedy i komu przysługują?



1 2 PYTAŃ DO...

ZROZUMIEĆ RAKA PIERSI...

Nawrót choroby nowotworowej to moment, w którym zadajemy sobie pytanie, dlaczego tak się stało. Czy mogłam zrobić coś, aby tego uniknąć? Co teraz mnie czeka, jakie leczenie, jakie rokowania? Najważniejsze, aby wiedzieć o chorobie jak najwięcej i ją rozumieć. Jakie są mechanizmy rozwijania się zaawansowanego raka piersi i jakie są możliwości jego leczenia? Zapytaliśmy o to prof. dr hab. n. med. Piotra Wysockiego, Kierownika Kliniki Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Wawelskiej w Warszawie.

Panie Profesorze, jakie są rodzaje raka piersi?

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki:

Możemy wyróżnić 3 podstawowe rodzaje raka piersi: rak piersi hormonozależny – taki, w którym stwierdza się obecność receptorów hormonalnych – progesteronowych i estrogenowych, rak piersi HER2 dodatni – taki, w którym jest zwiększona ilość receptora HER2 na powierzchni komórek nowotworowych i rak piersi potrójnie ujemny – taki, w którym nie ma ani receptorów hormonalnych, ani receptorów HER2. W przypadku wczesnego raka piersi, mówimy o 5 podtypach różniących się pomiędzy sobą obecnością wymienionych wyżej receptorów, czy dynamiką podziałów komórkowych i są to: luminalny A, luminalny B HER2-ujemny, luminalny B HER2-dodatni, HER2-dodatni, potrójnie ujemny.



Czy możemy mówić o rodzajach w przypadku zaawansowanego raka piersi?

P.W.: W przypadku zaawansowanego raka piersi wyróżniamy dokładnie takie same rodzaje. Oczywiście w każdym

momencie możemy wyróżnić wspomniane wyżej szczegółowe podtypy. Tak szczegółowe dane nie mają znaczenia przy wyborze leczenia po nawrocie choroby. W przypadku zaawansowanego raka piersi kluczem jest to, czy jest to nowotwór hormonozależny, czy nie, czy występują receptory HER2, czy nowotwór jest potrójnie ujemny. Od tego zależy, jakie opcje terapeutyczne w ogóle bierzemy pod uwagę.

Czy typ nowotworu może zmienić się po kilku, kilkunastu latach od leczenia pierwotnego? Czy w przypadku nawrotu choroby mamy do czynienia z tym samym typem co przy leczeniu pierwotnym?

P.W.: Po kilkunastu latach czasami ciężko jest powiedzieć, czy kobieta ma nawrót choroby, czy mamy do czynienia z zupełnie nowym nowotworem. Ryzyko nawrotu po kilkunastu latach jest mniejsze niż ryzyko pojawienia się nowego ogniska. Jeżeli po długim okresie czasu nastąpił rozsiew choroby, pojawiły się przerzuty w kościach, wątrobie, w narządach odległych, wówczas zazwyczaj mamy do czynienia z tym samym typem nowotworu. Zdarza się też tak, że nowotwory zmieniają swoje cechy. Dzieje się tak w przypadku ok. 25% osób. Odległe przerzuty hormonozależnego raka piersi, nie muszą być hormonozależne. Ten nowotwór może przestać być wrażliwy na leczenie hormonalne jeszcze w trakcie terapii, może zmieniać swoje cechy i rozsiewać się mimo, że było stosowane leczenie, które początkowo było bardzo skuteczne.

Jakie są mechanizmy rozwoju raka piersi, szczególnie jeżeli chodzi o zaawansowaną postać choroby?

P.W.: Jest mnóstwo mechanizmów, które powodują rozwój raka piersi. Na przykład są to zaburzenia genetyczne, które powodują, że prawidłowa komórka gruczołu piersiowego zamienia się w komórkę nieprawidłową. Pewne mechanizmy pojawiają się już na bardzo wczesnym etapie i dotyczą procesów podziału komórek. Zdarza się, że dochodzi do uszkodzenia elementów, które kontrolują podziały komórkowe i wtedy te podziały są nieprawidłowe. Są też takie mechanizmy, które uruchamiają się w późniejszym etapie procesu nowotworowego i powodują, że podziały komórkowe gwałtownie przyspieszają. To sprawia, że nowotwór zaczyna się szybko rozwijać. Na pewnym etapie pojawiają się nowe naczynia, które odżywiają guz, a to sprawia, że guz zaczyna się jeszcze szybciej rozrastać, a komórki nowotworowe dosłownie „wpadają” do takich nieprawidłowych naczyń i roznoszą się z krwią po całym organizmie. Jeden z najważniejszych mechanizmów rozwoju raka piersi jest związany z wpływem hormonów płciowych (estrogeny, progesteron). Od wielu lat zwracamy coraz większą uwagę na te mechanizmy i na ich podstawie dobieramy leczenie i konstruujemy nowe leki.

A dlaczego hormonozależność raka piersi jest tak bardzo istotna?

P.W.: Gruczoł piersiowy jest gruczołem hormonozależnym. Hormony płciowe w istotny sposób wpływają na jego wzrost i funkcjonowanie. To widać w momencie, kiedy zaczynają pracować jajniki i zaczyna się okres dojrzewania. Widać to też w trakcie menopauzy, gdy pewne hormony przestają być produkowane przez organizm i dochodzi do inwolucji gruczołów piersiowych. Hormony mogą stymulować ponad

miarę komórki gruczołu piersiowego. W pewnym momencie mogą sprawić, że komórki staną się komórkami złośliwymi. Na szczęście możemy, wiedząc o tych zależnościach, wykorzystywać je do walki z nowotworem.

Co możemy wtedy zrobić?

P.W.: Jeżeli wiemy, że rak jest hormonozależny i dostaje napęd od hormonów, to możemy mu ten napęd odciąć. Na tym polega hormonoterapia i jest to najlepszy sposób walki z hormonozależnym rakiem piersi. Podając odpowiednie leki, możemy sprawić, że zablokujemy receptory hormonalne w komórce nowotworowej. One wtedy nie będą wykorzystywały tych hormonów jako napędu do rozwoju. Możemy też zmniejszyć ilość hormonów (estrogenów i progesteronu) w organizmie. Jak ich nie będzie, to komórka nowotworowa nie będzie dostawała silnych sygnałów stymulujących wzrost i innych złośliwych cech.

A co w przypadku raka piersi, który nie jest hormonozależny?

P.W.: Wiemy, że w raku piersi, w którym występują receptory HER2, wtedy to one są kluczowym mechanizmem napędzającym komórki nowotworowe. Możemy zablokować ten mechanizm, stosując odpowiednie leczenie. Są to tzw. przeciwciała monoklonalne lub inhibitory kinaz, które blokując receptor, wyłączają impulsy wysyłane z receptora HER2 do jądra komórki nowotworowej, co uniemożliwia jej rozwój.

Jakie są w związku z tym możliwości leczenia zaawansowanego raka piersi?

P.W.: Po pierwsze musimy wiedzieć, czy nowotwór będzie wrażliwy na określone możliwości terapeutyczne, czyli na hormonoterapię, leczenie ukierunkowane molekularnie i potem na chemioterapię. W zależności od tego z jakim typem raka piersi mamy do czynienia możemy wykorzystać różne metody. U części pacjentek będziemy mogli wykorzystać wszystkie metody,

u innych tylko jedną. Gdy już wiemy, na jakie leczenie będzie wrażliwy nowotwór, to musimy jeszcze dowiedzieć się, na jakim etapie zaawansowania jest choroba, na ile agresywnie musimy rozpocząć leczenie i jak agresywne leczenie jest możliwe u danej chorej.

Będzie ono różne w zależności od zaawansowania...

P.W.: Dokładnie tak. Jeżeli mamy pacjentkę, która ma przerzuty do płuc i do kości, ale nie dają one żadnych dolegliwości i nie zagrażają organizmowi, czy życiu tej pacjentki, to nie będziemy zaczynać leczenia od bardzo agresywnej terapii. Powikłania leczenia mogą być większe niż korzyści, które chcemy uzyskać, więc bardzo agresywne leczenie nie ma sensu. A musimy pamiętać, że na dzień dzisiejszy, uogólniony (przerzutowy) rak piersi jest chorobą przewlekłą – chorobą, której nie da się wyleczyć. U większości pacjentek z przerzutowym rakiem piersi głównym celem leczenia onkologicznego jest zatrzymanie choroby lub spowolnienie jej postępu. Wtedy stosujemy najbardziej łagodne leczenie, jakie jest możliwe, żeby nie pogarszać jakości życia. Wówczas myślimy przede wszystkim o hormonoterapii. Natomiast w przypadku pacjentek, u których są nasilone objawy, nasilone dolegliwości bólowe, a lokalizacja przerzutów zagraża prawidłowemu funkcjonowaniu organizmu, bo np. występują przerzuty w wątrobie, które mogą prowadzić do niewydolności tego narządu, w takiej sytuacji musimy zacząć od bardziej agresywnego leczenia. Najważniejsze jest wtedy gwałtowne zahamowanie, wycofanie choroby, bo tylko to pozwala na przywrócenie prawidłowego funkcjonowania organizmu. W momencie gdy uzyskamy satysfakcjonującą odpowiedź (zmniejszenie zaawansowania choroby) znowu zaczynamy myśleć o wdrożeniu skutecznego, ale jak najmniej toksycznego leczenia podtrzymującego obecny stan zdrowia pacjentki.

Jak długo trwa leczenie w przypadku zaawansowanego raka piersi?

P.W.: Zaawansowany rak piersi to choroba przewlekła i leczenie jego też jest przewlekłe. Jeżeli wdramy leczenie systemowe, to robimy to tak, aby móc je kontynuować tak długo, jak to jest możliwe. Nie przerywamy tego leczenia, chyba że obserwujemy nasiloną toksyczność lub brak akceptacji chorej dla takiego postępowania, bo jakość życia pacjentki jest najważniejsza. Stosowanie leczenia długoterminowego – trwającego miesiącami czy latami – jest optymalnym podejściem. Zdarza się, że w pewnym momencie pojawia się oporność na leczenie.

Od czego to zależy i co w takiej sytuacji można zrobić?

P.W.: W przypadku różnych strategii terapeutycznych (hormonoterapia, chemioterapia, leczenie celowane) istnieją różne mechanizmy oporności. W przypadku hormonoterapii kluczowym mechanizmem powodującym pojawienie się oporności na leczenie jest aktywacja tzw. kinazy mTOR. Zastosowanie inhibitora kinazy mTOR daje możliwość przywrócenia hormonozależności nowotworu i sprawia, że pacjentka dalej odpowiada na hormonoterapię. Oporność na hormonoterapię pojawia się też dlatego, że w komórkach zanikają elementy, które eliminują pewien rodzaj białek tzw. CDK4/6. Jeżeli te białka nie są eliminowane i się kumulują, to cykl podziału komórek nowotworowych nie jest zahamowany. W tej chwili, w badaniach klinicznych ocenia się bardzo obiecujące leki – inhibitory CDK4/6, które w skojarzeniu z hormonoterapią wykazują wysoką aktywność u chorych na hormonozależnego raka piersi. Najmniej możemy zrobić w przypadku oporności na chemioterapię. Znamy liczne mechanizmy oporności, ale nie możemy ich wykorzystać, żeby przywrócić wrażliwość na chemioterapię. Okazuje się bowiem, że metody przeciwdziałające chemiooporności często zwiększają toksycz-

ność chemioterapii w stosunku do innych tkanek albo paradoksalnie osłabiają jej działanie.

Co daje poznanie mechanizmów rozwoju raka piersi i mechanizmów powstawania oporności na leczenie?

PW.: Przede wszystkim pozwala lepiej

opanować proces leczenia i poszukiwać coraz to nowych rozwiązań terapeutycznych. Cały czas szukamy nowych leków, które będą działały w inny sposób, omijały pewne mechanizmy oporności i dzięki temu pozwalały na opanowanie procesu nowotworowego. To wszystko sprawia, że moment oporno-

ści raka piersi na dane leczenie jest oddalony w czasie. A wiadomo, że im później pojawi się oporność na leczenie systemowe, tym lepiej dla pacjentki.

Dziękuję za rozmowę!

Handwritten form with fields for patient information, symptoms, and medical history. Includes checkboxes and a table.

Form Fields:

- Imię i nazwisko: *[Handwritten]*
- Adres: *[Handwritten]*
- Telefon: *[Handwritten]*
- Wiek: *[Handwritten]*
- Sex: K F
- Diagnoza: *[Handwritten]*
- Objawy: Tak Nie
- Table with 4 columns: *[Handwritten]*, *[Handwritten]*, *[Handwritten]*, *[Handwritten]*
- Additional checkboxes: