

Prof. Owczarek: rak skóry ma podstępny i powolny przebieg

25 maja 2016 08:53



O sytuacji chorych na raka skóry mówi prof. Witold Owczarek, kierownik Kliniki Dermatologicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym Centralnego Szpitala Klinicznego MON w Warszawie.

Jakie są statystyki zachorowań na raka skóry?

Rak skóry w powszechnej opinii jest często mylenie utożsamiany z czerniakiem. Zarówno czerniak jak i rak skóry są nowotworami, jednak wywodzą się z zupełnie odmiennych struktur i mają odmienny przebieg. Czerniak stanowi mniej niż 5 procent wszystkich nowotworów skóry, odpowiada jednak za większość przypadków śmiertelnych. Z kolei rak skóry to ponad 80 procent wszystkich nowotworów skóry, ale rzadko jest przyczyną śmierci. Jednak w przypadku osób predysponowanych genetycznie lub w przewlekłej immunosupresji może mieć agresywny przebieg, prowadząc do rozwoju postaci zaawansowanych z tworzeniem przerzutów. Jakość życia pacjentów z rakiem skóry w tych przypadkach jest wyjątkowo niska.

Jak przebiega leczenie raka skóry?

We wszystkich nowotworach skóry przede wszystkim istotna jest prewencja pierwotna, dotycząca ochrony przed negatywnymi skutkami promieniowania ultrafioletowego. W przypadku czerniaka zauważono związek z oparzeniami i intensywnymi kąpielami słonecznymi w wieku dziecięcym. W przypadku raka skóry istotna jest dawka kumulacyjna promieniowania, która wiąże się ze stylem życia pacjentów i modą na opaleniznę, podróżami osób z jasnym fototypem do krajów gdzie nasłonecznienie jest duże, ale także pracą zawodową na otwartym powietrzu, kiedy nie używa się filtrów przeciwsłonecznych np. mężczyźni na budowie. Profilaktyka związana jest również z okresowym badaniem skóry całego ciała. Każdy z nas powinien oglądać swoją skórę, co najmniej raz w miesiącu i zwracać uwagę na nowe zmiany, które pojawiły się w okresie pomiędzy badaniami oraz na te, które w tym okresie uległy zmianie. Osoby, u których nie występują czynniki ryzyka rozwoju nowotworów skóry powinny do 40 roku życia raz na 2-3 lata korzystać z badań przeprowadzonych przez specjalistę, a w późniejszym wieku raz w roku. Częstotliwość badań powinna się zwiększać, wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka u danej osoby, mam na myśli: narażenie zawodowe na promienie UV, obecność czynników ryzyka rozwoju nowotworów w rodzinie, pewne zespoły genetyczne bądź przewlekłą immunosupresję. Takie osoby powinny kontrolować się częściej. Natomiast, jeżeli mówimy o standardzie leczenia, to nadal wczesne wykrycie warunkuje odpowiednie rokowanie naszego pacjenta. Czym wcześniej, tym lepiej. I dotyczy to zarówno czerniaka, jak i raka. Standardem jest usunięcie chirurgiczne zmiany. Jeżeli ono przeprowadzone jest we wczesnej fazie, to w większości przypadków jest skuteczne i efektywne. W leczeniu pewnych postaci raka skóry o niskim ryzyku wznowy można niekiedy zastosować metody alternatywne tzn. kriochirurgię, metody farmakologiczne jak leczenie 5-fluorouracyłem lub imiquimodem, czy też metoda fotodynamiczna związana z nakładaniem preparatu fotouczulającego z następczym naświetlaniem odpowiednią długością fali, prowadząc do zniszczenia komórek nowotworowych. Jednak leczenie chirurgiczne powinno stanowić metodę z wyboru. W przypadkach zaawansowanych raka skóry po leczeniu chirurgicznym i radioterapii, tzn. dla pacjentów, którzy wyczerpali metody leczenia, dostępne są na świecie również nowe terapie ukierunkowane na cele molekularne, mam na myśli inhibitory drogi Hedgehog.

Czy te terapie są dostępne dla polskich pacjentów?

Problem jest z refundacją inhibitorów drogi Hedgehog, bo są to nowoczesne i dość kosztowne terapie. Jednak pacjentów wymagających takiego leczenia nie jest bardzo dużo. Powolny i tylko w nielicznych przypadkach prowadzący do śmierci rozwój nowotworu powoduje widoczny brak zrozumienia sytuacji tych chorych w decyzjach refundacyjnych i brak możliwości leczenia tymi lekami w naszym kraju. Nie jest to duża grupa chorych, jednak jest ona pozbawiona możliwości leczenia z aktualnymi wytycznymi. Nowe terapie, kiedy wchodzi na rynek, są bardzo drogie i kroki refundacyjne pewnie też są podejmowane z jakąś odległością w czasie, kiedy ceny są już bardziej przystępne. Problemem jest to, że są to chorzy stygmatyzowani społecznie, którzy wyjątkowo cierpią z powodu zaawansowania swojej choroby. Trzeba pamiętać, że rak skóry zajmuje w 80 procentach okolice odsłonięte. Warto podkreślić, że są to na ogół ludzie będący na uboczu, których problemy nie wynikają tylko z ich własnej winy, a często z braku wiedzy na temat profilaktyki pierwotnej, a także opieki związanej z profilaktyką wtórną. Problem jest też z dostępem do opieki, który często dotyczy starszych i opuszczonych ludzi. Trzeba pamiętać, że ryzyko zachorowania na raka skóry wzrasta z wiekiem i zwykle większość przypadków dotyczy ósmej dekady życia. Więc są to już ludzie potrzebujący często dodatkowej pomocy. W niektórych przypadkach jest też tak, że mimo podjęcia wszelkich prób leczenia i prawidłowego postępowania od początku choroby, z powodów genetycznych przebieg jest tak agresywny, że nawet zastosowanie wszystkich prób prowadzi do rozwoju zaawansowanej postaci raka lub przerzutów. W moim przekonaniu terapia dla tych osób w naszym kraju powinna być dostępna. Więcej możliwości jest w czerniaku, dlatego że są programy lekowe, w których stosuje się inhibitory BRAF, czy immunoterapię, chociaż i w tym przypadku są terapie, na które czekają nasi chorzy. Pamiętajmy, że rak skóry ma podstępny i powolny przebieg, a chorzy umierają z powodu powikłań spowodowanych dużym jego rozmiarem, albo zaawansowanym przebiegiem miejscowym. Obecnie, my lekarze, nie możemy leczyć tych chorych nowoczesnymi lekami.

