



Iwona Schymalla, 2021-08-02 10:03

Jak zoptymalizować leczenie chorych z agresywną postacią raka piersi?



Gościem Iwony Schymalli jest dr n. med. Piotr Kędzierawski ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Od dłuższego już czasu słyszymy, że dotyka nas prawdziwe tsunami, jeśli chodzi o choroby onkologiczne. Czy rzeczywiście przybywa pacjentów z chorobami nowotworowymi? W jakim stadium zgłaszają się do lekarzy?

Obserwujemy stały wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce, jak i na świecie. Istnieją nowotwory występujące częściej jak rak płuca, rak piersi u kobiet, rak jelita grubego. Istotą rzeczy jest to, by chorobę rozpoznawać w jak najwcześniejszym stadium. Leczenie jest wtedy skuteczniejsze, mniej toksyczne i możemy osiągać wieloletnie przeżycia u pacjentów. W ostatnim czasie obserwujemy chorych zgłaszających się do nas z zaawansowaną chorobą nowotworową, chociaż w naszym ŚCO nie mieliśmy lockdown'u związanego z pandemią koronawirusa. Staraliśmy się cały czas przyjmować pacjentów i prowadzić działania diagnostyczno-terapeutyczne. Niestety specjalistów onkologów w Polsce nie przybywa, w związku z tym musimy sobie radzić z taką liczą personelu i sprzętem, jaki mamy. Specjalizacja z onkologii wymaga od młodych lekarzy takich cech charakteru jak empatia, odporność psychiczna, dlatego niewielu absolwentów uczelni medycznych podejmuje się jej. Oznacza to, że obecna kadra musi się zmierzyć z większą liczbą chorych zgłaszających się do placówek onkologicznych.

W jaki sposób można zoptymalizować pewne procedury lecznicze stosowane u pacjentów w sytuacji kiedy jest ich tak wielu?

Rozpoznanie raka, sam proces diagnostyczno-terapeutyczny, powinien być bardzo dobrze zaplanowane. Bo tylko wtedy jesteśmy w stanie racjonalnie i odpowiedzialnie leczyć naszych chorych. Bardzo dobrym przykładem optymalizacji planowania leczenia jest stworzenie zespołów wielodyscyplinarnych zajmujących się kompleksową diagnostyką i leczeniem pacjentek z rakiem piersi, czyli breast cancer unit'ów. Zaplanowanie leczenia onkologicznego wiąże się z tym, że dla każdej chorej jesteśmy w stanie dopasować leczenie w zoptymalizowany sposób. Optymalizacja np. leczenia chirurgicznego polega na zmniejszeniu liczby zabiegów mastektomii, zastępując je zabiegami oszczędzającymi czy na zmniejszeniu linfadenektomii pachowych (usuwanie węzłów chłonnych w obrębie pachy), zastępując je biopsją węzła wartowniczego. Dla pacjentek z agresywnymi postaciami raka piersi, rakiem HER2⁺ i rakiem potrójnie ujemnym planujemy leczenie w ten sposób, że zaczynamy od leczenia systemowego, od chemioterapii i leczenia anty HER2, przez co u prawie połowy pacjentek jesteśmy w stanie uzyskać zmniejszenie stopnia zaawansowania choroby, a nawet uzyskanie całkowitej regresji patologicznej. Takim dobrym przykładem optymalizacji leczenia jest też zastąpienie postaci dożylnych leków lekami podskórnymi lub doustnymi.

Rozumiem, że optymalizacja polegająca na tym, że skraca się czas podawania leku poprzez podanie w formie podskórnej, to bardzo dobra metoda wyjścia na przeciw problemowi, o którym mówiliśmy na początku. W jakich innych nowotworach możemy również lek podawać podskórnie?

Podskórnice lekarstwa podajemy również u pacjentów z rakiem gruczołu krokowego. Jest to w tym momencie najczęstszy nowotwór złośliwy u mężczyzn, który jest leczony za pomocą terapii hormonalnych. I u tych pacjentów właśnie terapia hormonalna podawana jest podskórnice. Ona niejednokrotnie trwa wiele lat, jest długotrwała i przewlekła, w związku z tym jest to forma, która w żaden sposób nie zakłóca funkcjonowania pacjenta i powoduje, że zmniejsza się liczba hospitalizacji. W raku piersi sytuacja jest podobna. Około 20 procent chorych z rakiem piersi ma zdiagnozowanego raka HER2+, w związku z tym te pacjentki również wymagają przewlekłej terapii.

Czym różni się forma podskórna podania leku od wlewu dożylnego?

Forma podskórna jest zdecydowanie krótsza. Udowodniono, że w tym samym czasie kiedy pacjentkom podawana jest forma dożylna leku, możemy dwóm innym chorym podać formę podskórną. Forma dożylna leku wymaga w wielu przypadkach założenia dostępu naczyniowego tzw. portu naczyniowego, co związane jest z zaangażowaniem anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej i konieczności posiadania sali operacyjnej. Podanie podskórne można wykonać w warunkach ambulatoryjnych. Zresztą, same chore leczone w sposób przewlekły w rozmowach z nami mówią, że jest to dla nich przystępna i optymalna forma podania leku. Należy zwrócić uwagę, że pacjentki z rakiem HER2+ mają w większości chemioterapię przedoperacyjną i leczenie za pomocą trastuzumabu. Chemioterapia jest podawana dożylnie. W związku z tym uzupełniające podawanie trastuzumabu wiąże się z tym, że pacjentki nie są narażone na hospitalizację, rozłąkę z rodziną i przebywanie w dłuższym czasie w szpitalu. Wiele pacjentek po agresywnym leczeniu w trakcie przyjmowania trastuzumabu w postaci podskórnej wraca po prostu do pracy.

Pacjentki często podkreślają, że forma podskórnego podaniu leku zapewnia im komfort psychiczny, że czują się lepiej psychicznie i fizycznie po takim podaniu. Czy Pan Doktor potwierdza to ze swojej praktyki?

Tak. To słuszna uwaga, dlatego że każdy pobyt w szpitalu wpływa negatywnie na psychikę pacjentów. Każda wizyta u lekarza wywołuje lęk i niepokój. W związku z czym im jest ona krótsza, tym lepiej dla chorych. Podanie podskórne wiąże się także z zyskiem. Pacjentce podajemy całą ampułkę leku, natomiast przy podaniu dożylnym przeliczamy dawkę na powierzchnię ciała pacjentki i w związku z tym w niektórych przypadkach nie podajemy całej ampułki, jej reszta musi być po prostu zniszczona. Czas przebywania

pacjentki w ośrodku onkologicznym jest niezwykle krótki. Przy podaniu podskórnym panie pielęgniarki mogą swój czas poświęcić także innym chorym, to kolejny zysk.

Pan Doktor mówi już o korzyściach systemowych, bo nie marnujemy leku w przypadku podania podskórnego i jest też więcej czasu dla innych pacjentów. Opieka ambulatoryjna zamiast hospitalizacji też ma swój wymiar systemowy.

Tak. Kiedy rozmawiam z chorymi, kwalifikując ich do leczenia onkologicznego, zachęcam ich do leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Ono sprzyja temu, że pacjent leczenie znosi lepiej, jest z bliskimi w domu i swoim otoczeniu, w związku z tym psychiczna strona tego leczenia jest lepsza dla pacjenta.

Szykujemy się na kolejną falę koronawirusa. Badania pokazują, że u kobiet, które w ostatnich miesiącach otrzymały chemioterapię bądź przeszły operację, ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 jest większe. Czy nie wydaje się, że formę podskórną powinniśmy stosować coraz częściej, ponieważ jest ona doskonałą metodą na zminimalizowanie ryzyka zakażenia u pacjentki?

Charakterystyczne dla szpitali onkologicznych w Polsce są pełne korytarze pacjentów oczekujących na zabiegi medyczne, co w obecnej sytuacji może sprzyjać szerzeniu się wirusa. Choć wielu chorych jest zaszczepionych, przez co minimalizowane jest ryzyko infekcji czy jej skutków, niemniej zainteresowanie szczepieniami spada, co nas niepokoi, tak zagęszczenie pacjentów w poczekalniach powoduje, że transmisja wirusa może być łatwiejsza. Nie wiemy co się może zdarzyć jesienią. Prognozy są różne. Miejmy nadzieję, że będziemy mogli bezpiecznie przyjmować pacjentów i leczenie nie będzie przerywane.

Mówimy o raku piersi, szczególnie o agresywnej jej postaci HER2+. Czego jeszcze brakuje, by leczenie tych pacjentek było najkorzystniejsze, by efekt leczenia był jak najlepszy?

Rak HER2+ to rzeczywiście agresywna postać raka piersi. Około 20 procent pacjentek choruje na tego raka. Leczenie jest przewlekłe. Dzięki nowoczesnym terapiom, kojarzeniu chemioterapii z leczeniem za pomocą blokerów receptora HER2, jesteśmy w stanie u prawie połowy pacjentek osiągnąć całkowitą remisję patologiczną guza pierwotnego i węzłów chłonnych. Oznacza to, że w preparacie histopatologicznym, który jest badany po leczeniu chirurgicznym, nie ma raka. Niemniej jednak druga połowa tych pacjentek całkowitej regresji nie uzyskuje, co też nie jest dowodem złego leczenia, tylko taka jest biologia tego nowotworu. I te chore powinny być w jakiś sposób leczone dalej. Badanie randomizowane przeprowadzone na dużej grupie pacjentek pokazało, że przeżycie chorych na raka HER2+, którym dodatkowo podawano trastuzumab z cytostatykiem, było znacznie dłuższe niż kobiet otrzymujących jedynie trastuzumab (dzieje się tak teraz). Obecnie minimalizujemy zakres działań chirurgicznych i stosujemy nowoczesne konformalne techniki radioterapii. I leczenie szczególnie pacjentek z agresywną postacią raka piersi (HER2+ i potrójnie ujemnym) powinno być także zoptymalizowane. U wielu chorych stosujemy już w tym momencie przedoperacyjnie dwa blokery receptora HER2. I w leczeniu uzupełniającym powinniśmy również powodować, by te chore otrzymywały optymalną terapię. Istotny jest więc szybki proces diagnostyczny i odpowiednie zaplanowanie leczenia, tak by pacjentka wiedziała, kiedy ma się zgłosić, o której godzinie i do jakiego specjalisty, żeby ten proces ciągłości był zachowany, a także by leczenie raka piersi było dopasowane do podtypu biologicznego. Nie ma jednolitego szablonu leczenia pacjentek z rakiem piersi, ponieważ mamy różne podtypy biologiczne raka piersi. I szczególną opieką musimy otoczyć chore, u których forma raka jest agresywna.