

Jesteśmy liderami innowacyjnych metod leczenia nowotworów opartych o indywidualizację

Z profesorem Rafałem Dziadziuszko, laureatem Nagrody im. Heinego H. Hansena, rozmawiał prof. Wiesław Makarewicz

■ **Redakcja Gazety AMG serdecznie gratuluje Panu tego prestiżowego wyróżnienia. Proszę przybliżyć naszym Czytelnikom postać patrona tej nagrody.**

Dr Heine H. Hansen był wybitnym duńskim lekarzem onkologiem pracującym w szpitalu Kopenhadze. Zajmował się głównie chemioterapią nowotworów złośliwych, w mniejszym stopniu radioterapią. W latach 80. XX w. był jednym z pionierów opracowania stosowania nowoczesnych standardów postępowania w chemioterapii nowotworów, m.in. twórcą do dzisiaj stosowanych schematów leczenia raka drobnokomórkowego płuca. W tym względzie był jednym z najwybitniejszych naukowców w Europie, pozostając jednocześnie osobą niezwykle skromną i przystępną. Miałem okazję go poznać, spotykając kilkakrotnie na konferencjach międzynarodowych, lecz także podczas kilku bardziej kameralnych spotkań w Polsce, do której lubił przyjeżdżać. W latach 80. i 90. Ubiegłego stulecia położył ogromne zasługi dla zintegrowania naszych badaczy ze środowiskiem onkologów europejskich. W Europie był pionierem, inicjatorem powstania i jednym z założycieli dwóch organizacji: Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO) oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań nad Rakiem Płuca (IASLC) z siedzibą w Kopenhadze.

Jeden z jego uczniów prof. Fred R. Hirsh, który przeniósł się do Denver w USA. Z wielkim sukcesem rozwinął za Oceanem działalność IASLC, gdzie ta organizacja obecnie prężnie działa i wydaje własne czasopismo medyczne. Mam bardzo duże związki z tymi organizacjami. Byłem stypendystą IASLC, co umożliwiło mi prawie trzyletnią pracę na Uniwersytecie w Colorado. W ESMO mam przyjemność uczestniczyć w pracach komitetów podsumowujących najważniejsze osiągnięcia w leczeniu raka płuca i w wyznaczaniu standardów postępowania. Uczestniczę też w Letnich Szkołach ESMO adresowanych do młodych onkologów, często jeszcze studentów. Celem takich Szkół Letnich jest nie tylko nauka, ale także pokazanie młodszym koleżankom i kolegom ścieżek kariery w onkologii i pracy naukowej. Na Szkołach prezentuję wykłady i prowadzę warsztaty poświęcone rakowi płuca dla kilkudziesięciu studentów z całej Europy – jest to bardzo miłe doświadczenie. Od około 10 lat postęp wiedzy jest tak gwałtowny, że niezbędne stało się co rok, najdalej dwa, weryfikowanie i modyfikowanie istniejących standar-



dów postępowania. Zmiany te bezpośrednio przekładają się na losy naszych pacjentów. Dr Heine H. Hansen był z pewnością wielkim przyjacielem Polaków. Zależało mu ogromnie na integracji naszych lekarzy ze środowiskiem europejskim – dlatego poczytuję sobie za wielki zaszczyt wyróżnienie nagrodą Jego imienia. Tak jak w latach 80. XX w. dość powszechne było na Zachodzie przekonanie o zacofaniu Polski, tak dr Heine H. Hansen uważał, że Polska będąc dużym i licznym krajem dysponuje ogromnym potencjałem intelektualnym i doświadczeniem, aby wnieść także swój wkład w rozwój badań nad rakiem płuca.

■ **Nagroda została przyznana przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Rakiem Płuca (IASLC). Jakie Pańskie osiągnięcia zostały w pierwszym rzędzie dostrzeżone?**

Wydaje mi się, że głównym moim osiągnięciem zauważonym w tym roku przez Komisję była umiejętność powiązania pracy przedklinicznej z pracą kliniczną. Wiele lat poświęciłem pracy nad modelami biologicznymi nowotworów, pozwalającymi na określenie wrażliwości na leki na podstawie wiedzy pochodzącej z laboratorium – z hodowli komórkowych, badań genetycznych czy badań nad ekspresją białek. Wyniki tych badań wykorzystywane są następnie w działalności terapeutycznej w Klinice. Te badania, zapoczątkowane w USA, są u nas z powodzeniem kontynuowane, dzięki czemu jesteśmy liderami w kraju pod względem innowacyjnych metod leczenia opartych o indywidualizację. Korzystam ze współpracy z Zakładem Genetyki (prof. Limon) i Zakładem Patologii (prof. Biernat), tworzymy zespół badawczy, którego celem jest wdrożenie nowych technologii by coraz precyzyjniej określać indywidualnych chorych, którzy będą mogli skorzystać z takiego leczenia. Do takiego podejścia niezbędne jest przekonanie, że wiedza biologiczna jest podstawą do sukcesu terapeutycznego. Dziś określamy to podejście medycyną translacyjną. Z drugiej strony potrzebne jest przekonanie, że ta wiedza i umiejętności jej stosowanie, które przekłada się na nowe leki i sposoby postępowania mogą w znaczący sposób zmienić losy pacjentów – i to nam się udało w wielu przypadkach osiągnąć.

Publikujemy dużo, co jest widoczne nie tylko na arenie naszej Uczelni. Jesteśmy też zapraszani na międzynarodowe kongresy, w tym roku koordynuję np. program sesji na Kongresie ESMO w Madrycie poświęconej rakowi płuca. To duże wyróżnienie wskazujące, że nasza wiedza i kompetencje są dostrzegane i uznawane w świecie międzynarodowej nauki. Rozwijamy szeroką współpracę z przemysłem farmaceutycznym, ale ja osobiście odczuwam niedosyt własnych grantów. Jest to po części związane z moją aktywnością jako krajowego konsultanta w dziedzinie radioterapii onkologicznej, która zabiera mi olbrzymią część czasu, ale tę misję chciałbym wypełnić i skończyć za rok. Pozwoli mi to na większe zaangażowanie się w działalność naukową. Potencjał naszej Uczelni jest bardzo duży, osiągnęliśmy bowiem pewną masę krytyczną utalentowanych badaczy. Postęp w tym zakresie jest bardzo widoczny, także w aspekcie organizacji – mam tu na myśli przygotowania do powołania Centrum Medycyny Translacyjnej.

■ **Wręczenie Nagrody odbyło się w Genewie podczas Europejskiej Konferencji Raka Płuca (ELCC) w dniach 5-8 maja br. Proszę podzielić się wrażeniami z tego wydarzenia i z całej Konferencji.**

Konferencja, organizowana regularnie co rok, jest poświęcona postępowi wiedzy we wszystkich aspektach biologii i leczenia raka płuca. Po pierwsze widoczny jest olbrzymi postęp w zakresie terapii ukierunkowanych molekularnie, czyli wykorzystujących punkty uchwytu leków będących wynikiem określonych zaburzeń genetycznych. Ta dziedzina rozwija się od kilku lat niezwykle szybko i owocuje dużym postępow. Drugą grupą omawianych leków były modulatory odpowiedzi immunologicznej organizmu. To podejście zyskało duże znaczenie w ostatnich 5 latach i okazało się, że wśród guzów reagujących na takie leczenie jest również rak płuca. Wyniki są bardzo obiecujące i szereg leków zostało już zarejestrowanych. Leki te są już obecnie stosowane w pierwszej linii leczenia rozlanego raka płuca. To jest zmiana paradygmatu naszego myślenia oraz konieczność przestawienia się na zupełnie inne tory – z leków działających cytotoksycznie na leki o zupełnie innym mechanizmie działania, czego dopiero się teraz się uczymy! Trzecia duża grupa doniesień dotyczyła wykorzystania nowoczesnych technologii w radioterapii. Technologia ta jest dostępna również i u nas w Gdańsku – to radioterapia stereotaktyczna zogniskowana na małej objętości i pozwalająca bardzo precyzyjnie leczyć wczesnego raka płuca, ale także zmiany w innych lokalizacjach, np. wybrane zmiany przerzutowe u chorych, którzy nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego.

■ **Prowadzi Pan badania molekularne nad rakiem płuca. Na jakie pytania poszukuje Pan odpowiedzi? Jakie to może mieć znaczenia dla pacjentów dotkniętych tą chorobą?**

Już jako student AMG byłem równocześnie asystentem w Zakładzie Histologii i Immunologii. Tam spędziłem kilka lat pracując pod kierunkiem profesorów: A. Bomirskiego, A. Myśliwskiego i jego żony Jolanty Myśliwskiej, a także wówczas jeszcze doktora Jacka Bigdy. Uczyłem się pracy na

modelach zwierzęcych, a także na liniach komórkowych. Po kilku latach pracy nabrałem przekonania, że immunoterapia jako metoda leczenia guzów litych prawdopodobnie nigdy się nie sprawdzi. Ale prawda okazała się zupełnie inna i po wielu latach doświadczeń okazało się, że leki modulujące fazę rozpoznania i fazę efektorową układu immunologicznego mają znaczenie praktyczne m.in. w raku płuca. Metoda ta stała się przedmiotem bardzo intensywnych badań klinicznych i przyniosła duże sukcesy. Ku mojemu zdumieniu, nawet w bardzo zaawansowanych nowotworach płuca bywa bardzo skuteczna. Metoda ta jest obecnie przedmiotem badań we wcześniejszych stopniach zaawansowania – np. w skojarzeniu z leczeniem chirurgicznym czy radioterapią.

■ **Jak udaje się Panu dzielić czas między swoje liczne obowiązki – dydaktykę i prowadzenie pacjentów w Klinice, prowadzenie badań naukowych i nadzór krajowy w dziedzinie radioterapii?**

Godzenie wszystkich moich obowiązków to duże wyzwanie i niewątpliwie moja żona nie jest z tego zadowolona, więc często musimy negocjować. Pogodzenie rozlicznych obowiązków z życiem rodzinnym nie jest łatwą sprawą dla żadnej ze stron. Staram się to jak najlepiej łączyć, ale też stawiam sobie pewne bariery. Przede wszystkim staram się dobrze gospodarować czasem, by znaleźć czas na odpoczynek i sprawy rodzinne. Niewątpliwie bez pomocy mojej żony i bez wyrozumiałości z jej strony i ze strony dzieci, byłoby to raczej niemożliwe. Plany zawodowe i naukowe mojej żony są dla mnie też bardzo ważne. Na szczęście żona jest lekarzem radiologiem i pracuje w Zakładzie Radiologii, trochę więc działamy razem. Interesuje się badaniem obrazowym klatki piersiowej i w tym zakresie m.in. współpracuje z prof. Rzymanem w programie wczesnego wykrywania raka płuca. Uczestniczy także od strony radiologicznej w pracach grupy raka płuca EORTC wspólnie ze mną, więc dzielimy trochę zainteresowania.



Od lewej: prof. Solange Peters, członkini Zarządu ESMO, prof. Rafał Dziadziuszko, prof. David Carbone, prezydent IASLC

■ **Jak z perspektywy międzynarodowej ocenia Pan sytuację onkologii w Polsce, a w naszej Uczelni w szczególności?**

Nadzór krajowy pełnię już od czterech lat, jest to dla mnie ważne – oznacza możliwość współpracy z rządem RP w zakresie radioterapii w naszym kraju. Sytuacja radioterapii w Polsce jeszcze lat temu 10 wyglądała fatalnie, natomiast na tę chwilę zmieniła się w sposób niezwykle korzystny. Po pierwsze liczba aparatów w Polsce w ciągu ostatnich 15 lat wzrosła prawie trzykrotnie z 60 do 160, po drugie są to aparaty dużo bardziej nowoczesne. Dzięki temu z jednej strony mamy mniej działań niepożądanych, a z drugiej leczenie jest bardziej skuteczne. Powszechnie wykorzystywana jest technika 3D, ale mamy już do czynienia z technikami 4D, gdzie uwzględnia się ruchomość oddechową narządu do planowania leczenia. Powszechna jest radioterapia stereotaktyczna gdzie dokładność wiązki sięga dziesiątej części milimetra. Wykorzystywana jest powszechnie dynamiczna technika łukowa, dzięki której określony punkt anatomiczny napromieniany jest z dużą precyzją.

Niestety ogólną sytuację onkologii w kraju oceniam jako nie najlepszą. Po pierwsze postęp technologiczny w zakresie rozpoznawania i możliwości leczenia dokonuje się u nas za ledwie w ostatnich 10-15 latach, musi upłynąć trochę czasu, żeby przełożyło się to na wyniki leczenia. Nadal problemem jest późne wykrywanie, co po części wynika z tego, że w naszym społeczeństwie rak jest chorobą wstydliwą. Nadal chory ma utrudniony dostęp do lekarza POZ i nadal długo czeka na badania diagnostyczne. Nadal onkologia jest niedofinansowana w Polsce, przeciętnie w krajach Unii Europejskiej wydaje się około 100 Euro na jednego pacjenta, w Polsce te wydatki to 45 Euro, co oznacza, że możliwości diagnostyczne i terapeutyczne są u nas ograniczone. Po drugie onkologia dopiero teraz staje się u nas metoda kompleksową. Aby skutecznie leczyć, trzeba dysponować wszystkimi możliwościami

terapeutycznymi – chirurgią, chemoterapią i radioterapią. Dopiero ostatnio zwraca się uwagę, aby preferować ośrodki dysponującymi tymi wszystkimi metodami. By nie dopuszczać do sytuacji, że po przeprowadzonej operacji nie ma możliwości dalszego leczenia pacjenta z powodu nieodpowiedniej infrastruktury. Taka kompleksowa decyzja, co do sposobu leczenia powinna zapadać jeszcze przed jakimkolwiek leczeniem. To wszystko w Polsce wprawdzie ulega kolejnym korzystnym przemianom, ale trzeba jeszcze lat by wskaźniki populacyjne uległy poprawie. Problemem jest też to, że niestety do tej pory nie mieliśmy szczegółowych danych epidemiologicznych. Obecnie ta sytuacja uległa dużej poprawie i mamy już wgląd w to, co się dzieje w całym kraju, a nie tylko w dwóch województwach (wielkopolskim i świętokrzyskim), jak to było przez ostatnie 15 lat. Dużym postępowaniem w tej chwili jest wdrażana Strategia Walki z Rakiem koordynowana przez mojego szefa prof. J. Jassemę, który opracował całościowy dokument we współpracy z 200 specjalistami z całego kraju. Dokument ten obejmuje także bardzo ważną prewencję pierwotną, szybką diagnostykę, skoordynowaną opiekę, edukację, jak również patomorfologię – mamy w kraju za ledwie kilkudziesięciu patomorfologów wyspecjalizowanych w diagnostyce nowotworów.

Pozycja naszej Uczelni w kraju jest bardzo mocna, przede wszystkim dzięki udziałowi w międzynarodowych projektach translacyjnych i klinicznych. Organizując egzaminy specjalizacyjne, co należy do moich obowiązków konsultanta, mogę stwierdzić, że nasi specjaliści są bardzo dobrze i wszechstronnie przygotowani i są jednymi z najlepszych w kraju. Nasi rezydenci bardzo korzystnie odstają od reszty w Polsce. Brakuje nam może trochę lepszej integracji pracy naukowej i klinicznej, ale patrząc na postępy budowy CMN mamy nadzieję, że poprawa w tym względzie jest już bliska.

■ **Proszę raz jeszcze przyjąć gratulacje i życzenia dalszych sukcesów. Bardzo dziękuję za rozmowę.**

KADRY GUMed

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

- Jarosław Garski
- dr Joanna Moryś

25 lat

- dr Janusz Głowacki
- mgr Iwona Pakulska

35 lat

- mgr Lidia Cybulska

40 lat

- Jolanta Marchlewicz

Na stanowisku profesora wizytującego zatrudniono

- dr hab. Dagmarę Hering

Na stanowisku starszego wykładowcy zatrudniono:

- dr Katarzynę Kretowicz
- dr Annę Paprocką-Lipińską

Pracę w Uczelni zakończył

- mgr Krzysztof Sołohub