

Sprawozdania • Reports

IV Łódzkie Dni Onkologiczne

Tegoroczne, IV Łódzkie Dni Onkologiczne odbyły się (1 kwietnia 2006 r.) w cieniu wielkiego dla onkologii łódzkiej wydarzenia – XII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Chęć jak najlepszego przygotowania się do Zjazdu i zrozumiałe zaangażowanie dostępnych środków organizacyjnych sprawiły, że tegoroczne ŁDO nie miały tak obszernej formuły, jak w latach poprzednich. W jednodniowych obradach poruszono problematykę nowych kierunków w leczeniu kobiet chorych na raka jajnika i wczesnego raka piersi.

Leczenia chirurgiczne w raku jajnika omówił prof. Andrzej Bieńkiewicz. Przypominał, że pierwsze udokumentowane w piśmiennictwie doniesienia o skutecznym operacyjnym leczeniu kobiety z guzem jajnika można odnaleźć w *Stuleciu Chirurgów* Jürgena Thorwalda. Obecna baza danych, zamieszczona w internecie, zawiera kilkanaście tysięcy publikacji, zbieranych od lat 50 ubiegłego stulecia. Problem w przypadku raka jajnika jest ciągle ten sam – zbyt późne wykrywanie nowotworu, co jest powodem uzyskiwania niezadowalających wyników odległych. Istotny postęp dokonał się w momencie rozpoczęcia chemioterapii jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego, nawet tego o charakterze paliatywnym, co jest aktualnie standardem postępowania w tym nowotworze. Badania genetyczne natomiast przyczyniły się do określenia czynników zwiększonego ryzyka zachorowania. Już wiadomo, że są nimi mutacje w genie *BRCA1* i *BRCA2*. Ostatnio ukazały się doniesienia o roli innych genów w zachorowaniu na raka jajnika, takich jak: *MNSH2*, *MLH1* i innych.

Dr Piotr Potemski omówił aktualną strategię leczenia cytostatykami w raku jajnika. Chemioterapia stosowana jest u prawie wszystkich kobiet chorych na tę chorobę. Poddawane są jej pacjentki zarówno po operacjach radykalnych, jak i paliatywnych. Zasadniczym składnikiem programów chemioterapii stosowanych w leczeniu raka jajnika jest analog platyny. Cisplatyna i karboplatyna mają podobną skuteczność. Karboplatyna powoduje mniej objawów niepożądanych i jest lepiej tolerowana przez chorych. Jest łatwiejsza do podawania co sprawia, że jest uznawana za lek z wyboru. Oprócz analogu platyny, drugim składnikiem leczenia pierwszego rzutu raka jajnika powinien być paklitaksel, także w leczeniu choroby zaawansowanej.

Dr Jarosław Dyczka przedstawił współczesne poglądy na leczenie systemowe we wczesnym raku piersi, skupiając się głównie na leczeniu hormonalnym. Zapoznał słuchaczy z wynikami najnowszej metaanalizy przedstawionej w czasie San Antonio Breast Cancer Symposium. Wynika z niej, że inhibitory aromatazy poprawiają przeży-

cie u kobiet po menopauzie w porównaniu do tych, leczonych tamoxifenem. Zmiana leczenia z tamoxifenu na inhibitory aromatazy, jak również stosowanie inhibitorów aromatazy zamiast tamoxifenu jest zgodne z najnowszymi zaleceniami europejskimi St. Gallen, jak i amerykańskimi ASCO. W Polsce dostęp do leczenia inhibitorami aromatazy jest ograniczony w dużej mierze ze względu na wskazania, w których leki te są zarejestrowane.

Na zakończenie dr Wojciech Poborski przedstawił nowe opcje w leczeniu zaawansowanego raka piersi u chorych po menopauzie.

Ciekawą formą omówienia codziennych problemów lekarza onkologa pracującego w poradni onkologicznej były warsztaty onkologiczne prowadzone przez dr Ewę Chmielowską. Obecnie dokonuje się istotna zmiana w sposobach stosowania chemioterapii. Dr Ewa Chmielowska zwróciła uwagę na to, że dokonano „poszufladkowania” możliwości terapeutycznych kierując się kryteriami głównie ekonomicznymi, nie zaś prostą zasadą leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi i pozarejestracyjnymi, nadużywając przy tym pojęcia standardu.

Formy kontraktu są następujące: katalog świadczeń, procedury wysokospecjalistyczne, chemioterapia niestandardowa, farmakoterapia niestandardowa. W obowiązujących formach, wynikających z kontraktu z NFZ, jest wiele błędów. Lekarz chemioterapeuta ma wiele problemów, bo pacjent oczekuje leczenia skutecznego, nowoczesnego, nie powodującego powikłań, wygodnego i wykorzystującego każdą szansę pomocy, płatnik zaś oczekuje precyzyjnego wykonania zakontraktowanego pakietu usług i oszczędnego wykorzystania środków. Katalog świadczeń jest wyłącznie wykazem tych schematów, które podlegają refundacji, a nie wykazem standardów leczenia, nie zawiera opisu szczegółowego o zasadach realizacji (np. korekty dawek, terminów, sposobu podawania, jak realizowania programów zawierających np. tabletki – w tym encorton i leki dożylnie) oraz aprobejuje podanie cytostatyków nie zarejestrowanych w danych wskazaniach np. adriblastyna w leczeniu śródbłoniaka, czy cisplatylna w leczeniu raka piersi. Procedury wysokospecjalistyczne umożliwiają stosowanie niektórych tzw. nowych leków, ale limitują ich zastosowanie poprzez np. warunki włączenia, zawężenie wskazań, oraz nakaz wycofania się z leczenia przy toksyczności w trzecim a nawet drugim stopniu, bez możliwości redukcji dawki – zwłaszcza zwracając tu uwagę procedury dla raka jajnika (leczenie taxolem i topotecanem), które zmuszają do wykonywania bardzo dużej ilości badań dodatkowych, co podnosi koszt leczenia, utrudniając realizację procedury.

Wniosek na chemioterapię niestandardową to faktycznie prośba o akceptację sfinansowania leczenia nie objętego innymi formami kontraktu. Czas oczekiwania od wypisania wniosku do realizacji wynosi przeciętnie miesiąc, a niekiedy do dwóch miesięcy. Farmakoterapia niestandardowa, czyli potrzeba podania innych leków z procedury wysokospecjalistycznej, stwarza możliwość zastosowania czy podstawienia innego leku w schemacie. Jest to forma konieczna obecnie przy ograniczeniach opisanych powyżej, ale nie jest jasne, dlaczego może być wykonywana jedynie w warunkach oddziału, a nie można jej stosować ambulatoryjnie.

Co więc jest postępowaniem standardowym? Chemioterapia standardowa to jest korzystanie w praktyce codziennej z publikowanych corocznie zaleceń ekspertów dotyczących zasad diagnostyki i leczenia skojarzonego nowotworów.

Co wobec tego jest leczeniem poza standardowym? Po pierwsze leczenie w ramach badań klinicznych. Po drugie indywidualizacja postępowania w schorzeniach o nietypowym przebiegu w leczeniu rzadkich nowotworów oraz w leczeniu pacjentów, u których bądź wykorzystano podstawowe możliwości, bądź zachodzą okoliczności uniemożliwiające stosowanie leków codziennej praktyki. W takim leczeniu zachodzi potrzeba wykorzystania leków i ich połączeń, które nie są jeszcze zalecone przez ekspertów, nie są, a czasem i nie będą uwiarygodnione w danym rozpoznaniu licznymi badaniami klinicznymi, nie mają także rejestracji dla poszczególnych wskazań. Leczenie poza standardowe budzi wiele obiekcji, które są uzasadnione bezpieczeństwem chorego, niekontrolowanymi wydatkami, ryzykiem stosowania niewłaściwej terapii. Ale postępowanie takie jest także niezbędnym elementem chemioterapii, bo nie na każdą sytuację kliniczną mamy zalecenia czy też standardy postępowania.

W obecnych regulacjach pobrzmiewa wyraźnie chęć wykorzystania zwyczajów dokumentacji pracy i zasad postępowania, jaki jest stosowany w badaniach klinicznych. Badania kliniczne pozwalają ocenić wartość nowych leków i ich połączeń, określić ryzyko i rodzaj powikłań, zmienić sposób postępowania w praktyce codziennej. Niekiedy jednak wskazana droga nie jest udana (np. nakaz redukcji czasu hormonoterapii adiuwantowej raka piersi z 5 na 2 lata, zakaz terapii adiuwantowej raka płuca). Co więcej nie można do praktyki codziennej przenosić obyczajów badań klinicznych, bo cel obu działań jest inny; nie ma także wystarczającej liczby lekarzy i sekretarek medycznych, aby sprostać tak dużemu obciążeniu w organizacji tej pracy. Próby uporządkowania działań terapeutycznych są w pełni uzasadnione interesem chorego i interesem płatnika, ale lekarz musi mieć możliwość decydowania o sposobie leczenia chorego zarówno na poziomie wyboru metody, jak i na poziomie jej realizacji. Można tu przywołać postać Ambrożego Paré, który, bazując na własnych obserwacjach, przeciwstawił się standardowemu zalewaniu ran wrzącym olejem i – wprowadzając metodę własną – doprowadził do zmiany sposobu leczenia ran pourazowych.

Warsztaty onkologiczne były powodem długiej dyskusji i wymiany doświadczeń na temat kłopotów lekarza pracującego w poradni onkologicznej oraz możliwości ich pokonania.

IV Łódzkie Dni Onkologiczne zakończyły się tradycyjnym wspólnym obiadem, przygotowanym dla łódzkich onkologów, których coroczne spotkania mają już ustaloną formę i wypełnione są użyteczną treścią. Na uwagę zasługuje ukazanie się 6 numeru *Biuletynu Onkologicznego*, pisma Oddziału Łódzkiego PTO.

Arkadiusz Jeziorski
Przewodniczący OŁ PTO