

Sesja III. Leczenie wielospecjalistyczne

Jak w praktyce efektywnie realizować leczenie multidyscyplinarne

Tomasz Borkowski

Klinika Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jeszcze przed kilku laty leczenie raka stercza było ściśle rozgraniczone na etapy — najpierw pacjentem zajmował się urolog, a później onkolog. Mimo częstych wzajemnych oskarżeń i niechęci coraz częściej do głosu dochodzą zwolennicy porozumienia i współpracy pomiędzy urologami i onkologami, ponieważ leczenie multidyscyplinarne daje najlepsze efekty.

Współpracę pomiędzy specjalistami wszystkich dyscyplin zaangażowanych w leczenie raka prostaty warto rozpocząć na jak najwcześniejszym etapie choroby, najlepiej jeszcze przed jej wykryciem, rozpatrując rozsądnie i efektywne wykorzystanie badań diagnostycznych, w tym również oznaczeń swoistego antygenu sterczowego (PSA, *prostate specific antigen*) w celu wczesnego wykrywania raka stercza u pacjentów z grupy szczególnego ryzyka (np. obciążonych rodzinnie).

Wykrycie wczesnych postaci raka gruczołu krokowego z grupy niskiego ryzyka stwarza możliwość objęcia pacjentów programem aktywnego nadzoru, zastosowania radioterapii i leczenia operacyjnego. Już na tym etapie pacjent powinien mieć możliwość konsultacji zarówno z urologiem, jak i radioterapeutą, gdyż według dzisiejszych standardów i zgodnie z powszechnym stanem wiedzy wyniki onkologiczne prostatektomii radykalnych i naświetlań z pół zewnątrznych oraz brachyterapii są porównywalne, a różnica pomiędzy tymi metodami polega głównie na występowaniu specyficznych działań niepożądanych i powikłań. Pacjent staje się więc podmiotem, a nie przedmiotem prowadzonego leczenia i to on po uzyskaniu niezbędnej wiedzy podejmuje świadome decyzje, jakiej formie terapii chce się poddać. Powszechne kiedyś wśród lekarzy stwierdzenie, że pacjent „nie przyszedł do krawca wybierać czy garnitur ma być dwurzędowy czy jednorzędowy” czy też „to przecież ja skończyłem studia medyczne i wiem lepiej jak trzeba pana leczyć” słyszy się na szczęście coraz rzadziej.

W przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka progresji i zgonu z powodu raka stercza współpraca wielospecjalistyczna staje się jeszcze bardziej pożądana, gdyż większość pacjentów wymaga zarówno leczenia chirurgicznego, jak i radioterapii, a niektórzy także późniejszej hormono- i chemioterapii. Planowanie leczenia w ramach zespołów multidyscyplinarnych, w skład których wchodzi urolog, radioterapeuta i chemioterapeuta, pozwala uzyskać najlepsze wyniki i zakwalifikować pacjenta w odpowiednim momencie do właściwego leczenia. Za przykład może posłużyć kwestia wdrożenia radioterapii adjuwantowej lub ratującej po prostatektomii radykalnej lub też wczesne czy odroczone zastosowanie hormonoterapii w przypadku potwierdzonej histopatologicznie obecności raka w węzłach chłonnych po prostatektomii radykalnej.

Wiele sposobów postępowania w razie wystąpienia wznowy biochemicznej po leczeniu radykalnym skłania również do poszukiwania rozwiązań w ramach współpracy urologiczno-onkologicznej. I chociaż wiedza lekarzy wzbogaca się corocznie o nowe doświadczenia, nadal jednak zbyt mało jest dowodów podpartych wiarygodnymi wynikami badań klinicznych w tym stadium zaawansowania choroby nowotworowej, aby można było swobodnie podejmować niełatwe decyzje terapeutyczne.

W leczeniu przerzutowego raka gruczołu krokowego rutynowo stosuje się hormonoterapię. Niedawno armamentarium lekarzy wzbogaciło się o nową grupę leków — antagonistów GNRH. O miejscu i wskazaniach do stosowania tego sposobu hormonoterapii nadal się dyskutuje. Dzięki spotkaniu przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Urologicznego i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego udało się wypracować wspólne stanowisko i zalecenia odnoszące się do zastosowania degarelikstu w leczeniu zaawansowanego raka prostaty. Taka inicjatywa jest niezwykle cenna z punktu widzenia lekarzy klinicystów, gdyż daje jasne i praktyczne rekomendacje pozwalające na uzyskaniu maksymalnych korzyści związanych z wyborem odpowiedniego leku na danym etapie zaawansowania choroby.

O ile współpraca urologiczno-onkologiczna na wczesnych etapach raka stercza jest wskazana, o tyle staje się konieczna i nieodzowna w momencie leczenia chorego na raka stercza opornego na kastrację (CRPC, *castration-resistant prostate cancer*). Pacjenci dotknięci tą chorobą nie mają już szans na wyleczenie, ale dzięki wczesnemu i racjonalnemu zastosowaniu nowoczesnej hormonoterapii i chemioterapii, a także zabiegów minimalnie inwazyjnych pozwalających na czasowe lub stałe odbarczenie przeszkody w odpływie moczu ich długość i komfort życia ulega znamienitej poprawie. Na podstawie konkretnych przypadków zaczerpniętych z praktyki klinicznej można prześledzić, jak powinna przebiegać właściwa współpraca pomiędzy urologiem, który prowadzi pacjenta, a onkologiem, którego rola wzrasta wraz z postępem choroby. Tylko ich odpowiednie współdziałanie daje pacjentowi szansę na skorzystanie z nowoczesnych terapii hormonalnych opartych na abirateronie czy enzalutamidzie jeszcze przed rozpoczęciem chemioterapii i wczesne leczenie pozanerkowej niewydolności nerek oraz zatrzymania moczu w razie progresji miejscowej zmian nowotworowych.

Możliwość kooperacji wielu specjalistów w naturalny sposób jest łatwiejsza i prostsza, jeżeli odbywa się w tej samej klinice lub instytucji, choć jest możliwa i wartościowa także, gdy dotyczy różnych ośrodków. Ważne jest, aby znać osoby, z którymi się współpracuje, do których kieruje się pacjentów z prośbą o konsultacje czy dalsze leczenie. Wspólne spotkania „robocze”, szkolenia czy warsztaty, a także wizyty realizowane w miejscu pracy konsultantów, z którymi na co dzień się współpracuje, znacznie ułatwiają późniejsze relacje i kontakty zawodowe.

Generalną zasadą jest rozpoczęcie współdziałania urologiczno-onkologicznego jak najwcześniej. Należy również pamiętać, że nigdy nie jest za późno, aby taką współpracę nawiązać, gdyż nie można na tym stracić, a wręcz przeciwnie — można tylko wiele zyskać, na czym najbardziej mogą skorzystać pacjenci. Lekarze różnych specjalności mają przecież wspólny cel i wspólnego wroga, jakim niewątpliwie jest rak prostaty.

Leczenie bólu nowotworowego

Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Ból nowotworowy to każdy ból u pacjenta chorego na nowotwór. Najczęstszą jego przyczyną jest rozwój procesu nowotworowego, jednak może się on wiązać z terapią onkologiczną; wówczas bóle określa się jako zespoły bólowe po zabiegach chirurgicznych (ból po torakotomii lub mastektomii), radioterapii (bolesne odczyny skórne, parestezje) lub chemioterapii (neuropatia obwodowa). U pacjenta chorego na nowotwór może pojawić się także ból wynikający z innych schorzeń, na przykład wywołany zmianami zwyrodnieniowymi. Ból nowotworowy może mieć charakter receptorowy lub neuropatyczny, najczęściej jest to mechanizm mieszany. Przed rozpoczęciem leczenia należy przeprowadzić diagnostykę bólu (określenie lokalizacji, natężenia i charakteru). Farmakoterapia bólu nowotworowego według zaleceń europejskich towarzystw *European Association for Palliative Care (EAPC)* oraz *European Society for Medical Oncology (ESMO)* oparta jest na 3-stopniowej drabinie analgetycznej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*). W bólu o słabym natężeniu stosuje się leki nieopiodowe — niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) lub paracetamol. Są to leki zaliczane do pierwszego szczebla drabiny analgetycznej. Należy pamiętać o zachowaniu ostrożności z powodu objawów niepożądanych, które mogą wywołać leki z grupy NLPZ.

Jeśli ból ma natężenie umiarkowane, stosuje się słaby opiod (tramadol, dihydrokodeina, kodeina) lub niską dawkę silnego opiodu. Nowością w ostatnich zaleceniach jest możliwość zastosowania silnych opiodów z pominięciem drugiego szczebla drabiny analgetycznej. W bólu o natężeniu umiarkowanym do silnego (trzeci szczebel drabiny analgetycznej) zalecany jest silny opiod. Na trzecim szczeblu drabiny analgetycznej lekami z wyboru są opiody doustne (morfina, oksykodon oraz — niedostępny w Polsce — hydromorfon). Zazwyczaj stosuje się postaci leków o kontrolowanym uwalnianiu, alternatywnie zaś opiody transdermalne (fentanyl lub buprenorfina). Pierwszy plaster wykazuje efekt analgetyczny po około 24 godzinach. Skuteczność ocenia się po drugiej zmianie plastru. Metadon z powodu długiego okresu półtrwania oraz licznych interakcji zalicza się do leków przeciwbólowych drugiego rzutu. U pacjentów z niestabilnym bólem lub w ostatnim okresie życia (zaburzenia połykania) lekiem z wyboru jest morfina w postaci ampulek podawanych zazwyczaj drogą podskórną. Jeśli jest to możliwe, do terapii przewlekłej należy wybierać analgetyki o długim czasie działania (formy doustne o kontrolowanym uwalnianiu lub plastry).

W terapii bólu podstawowego konieczne jest utrzymanie stałego stężenia terapeutycznego leku w surowicy krwi. Jeśli pomiędzy dawkami analgetyki podstawowego pojawiają się zaostrzenia bólu (bóle przebijające), należy zalecić doraźnie dodatkowo analgetyk działający szybko i krótko. Ból przebijający można leczyć doustnymi opiodami o szybkim działaniu albo podpoliczkowymi lub donosowymi preparatami fentanylu. W bólu o patomechanizmie mieszanym lub neuropatycznym w celu zwiększenia skuteczności leczenia do leków opiodowych należy dodać koanalgetyki. W bólu neuropatycznym obecnie najczęściej stosuje się gabapentynę lub pregabalinę. Jeżeli przyczyną bólu są zespoły uciskowe, skuteczne może okazać się zastosowanie glikokortykosteroidów. Istotnym elementem skutecznej terapii jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Szczególnie ważne jest przekazanie informacji na temat mechanizmów działania leków opiodowych oraz objawów niepożądanych stosowanej terapii.

Psychoonkologia w procesie leczenia opornego na kastrację nowotworu gruczołu krokowego

Mariola Kosowicz

Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Oporny na kastrację rak stercza (CRPC, *castration-resistant prostate cancer*) obejmuje chorych na nowotwór w różnym stopniu zaawansowania — od ograniczonego do narządu do procesu rozsiazanego i z różnym nasileniem objawów choroby — od całkowicie bezobjawowych do dolegliwości wymagających intensywnego leczenia objawowego.

Choroba opornego na kastrację nowotworu gruczołu krokowego w świadomości chorych mężczyzn oznacza brak perspektyw na dłuższe życie. Już samo określenie „oporny” kojarzy się z cierpieniem, uprzedmiotowieniem jednostki i śmiercią w bólu.

Świadomość możliwości utraty życia, wyobrażenie śmierci w cierpieniu staje się nierzadko wyznacznikiem myślenia pacjenta o swojej chorobie, o jej rozwoju i związanej z tym bliższej i dalszej przyszłości. Ma to też wpływ na rodzaj podejmowanych działań ukierunkowanych na radzenie sobie ze stresem i wyzwala wiele negatywnych emocji.

Z psychologicznego punktu widzenia świadomość bycia nieuleczalnie chorym wywołuje w każdym człowieku poważny kryzys. Niepewność dalszego losu stawia chorego mężczyznę w obliczu długotrwałego działania wielu stresorów, między innymi podporządkowania dotychczasowego życia procedurom medycznym, utraty kontroli nad organizmem (np. nietrzymanie moczu, zaburzenia w sferze seksualnej), konieczności zmodyfikowania dotychczasowych ról, dążeń i planów życiowych, co w konsekwencji generuje silny, przewlekły stres psychologiczny.

Wśród najczęściej wymienianych czynników mogących determinować silnie stresową reakcję na chorobę przewlekłą wymienia się: 1) zrozumienie istoty choroby i jej prognozy na przyszłość; 2) wiek, płeć i środowisko życia pacjenta; 3) przyczynę choroby („zawinioną” przez chorego lub przez „innych”); 4) objawy choroby i umiejscowienie zmian chorobowych; 5) bezpośredni wpływ choroby i jej leczenia na funkcje mózgu; 6) czynniki psychosocjalne jako konsekwencję zastosowanych metod leczenia (okaleczające operacje, utrata włosów, przedłużona przerwa w pracy, nudności i wymioty); 7) piętno choroby; 8) relacje pacjenta z zespołem lekarskim i pielęgniarskim; 9) osobę pacjenta (jego doświadczenia życiowe, cechy osobowości, stosunki rodzinne, religię oraz obecne położenie społeczne); 10) poważne zagrożenie życia; 11) przewidywanie dolegliwości i cierpienia; 12) utratę kontroli nad swoim życiem.

Poważnym problemem zbyt często minimalizowanym, na wszystkich etapach choroby nowotworowej jest zespół przewlekłego zmęczenia, które, ograniczając aktywność chorych (pogorszenie zdolności do pracy, zerwanie lub pogorszenie relacji społecznych oraz zmniejszenie fizycznego i emocjonalnego dobrostanu), wpływa negatywnie na jakość ich życia.

Równie ważny problem generujący wiele problemów natury psychofizycznej stanowi ból, który według analizowanych publikacji dotyczących różnego rodzaju nowotworów we wszystkich fazach choroby występuje u 51% pacjentów. Już we wczesnych stadiach choroby 40–50% pacjentów chorych na nowotwory piersi, gruczołu krokowego, okrężnicy, odbytnicy i jajnika odczuwa poważne dolegliwości bólowe. W miarę postępowania choroby ból nabiera na intensywności i generuje wiele destrukcyjnych zachowań.

I tak na przykład w konsekwencji przewlekłego bólu 2–3-krotnie zwiększa się prawdopodobieństwo myśli samobójczych (biernych i aktywnych) i wzrasta liczba skutecznych prób samobójczych.

Natomiast im silniejsza stymulacja sieci neuronów odpowiedzialnych za przetwarzanie bólu (idąca w parze ze zmniejszona zdolnością kontrolowania emocji negatywnych), tym bardziej wrogie do otoczenia jest nastawienie osób cierpiących. Wraz z podwyższoną reakcją emocjonalną następuje osłabienie umiejętności regulowania intensywności przeżywanych emocji, co w konsekwencji odbierane jest przez otoczenie jako zachowania nieadekwatne.

Wraz z narastającymi obciążeniami natury fizycznej i psychicznej zwiększa się prawdopodobieństwo powstania destrukcyjnych schematów poznawczych, które niekorzystnie zniekształcają obraz sytuacji trudnej — wyolbrzymiają trudności i obniżają samoocenę, przez co zmniejszają osobiste możliwości poradzenia sobie z problemem. W miarę utrwalania się negatywnych schematów myślowych wzmacnia się tendencja do wycofywania się z podejmowania jakiegokolwiek wysiłku ukierunkowanego na poprawę osobistej sytuacji. Oczekiwanie niepowodzenia wywołuje następstwa w postaci deficytów, które odnoszą się do trzech aspektów funkcjonowania jednostki: 1) poznawczego — związanego z przekonaniem, że podejmowane działania ukierunkowane na wyeliminowanie bodźców awersyjnych nie będą skuteczne; 2) motywacyjnego — odnoszącego się do obniżenia motywacji do przeciwdziałania skutkom działania bodźców awersyjnych; 3) zaniku motywacji do zmiany sposobów działania ze skłonnością do odczuwania leku, przynębnienia, depresji.

Problem depresji w chorobach nowotworowych stanowi poważne wyzwanie kliniczne. Szacuje się, że częstotliwość występowania depresji u osób z chorobą nowotworową wynosi od 23% do 60% i zwiększa się w zaawansowanym stadium choroby.

U mężczyzn chorych na nowotwór gruczołu krokowego diagnozuje się depresję, napady lęku, a także zespół stresu pourazowego (PTSD, *post traumatic stress disorder*).

Poważnym problemem w diagnozowaniu depresji u chorych na nowotwory jest błędne interpretowanie jej objawów, między innymi obniżonego nastroju, braku łaknienia, zaburzeń snu, jako naturalnych sytuacji w przebiegu choroby nowotworowej. W wielu przypadkach obraz depresji ma charakter maskowany w postaci różnych objawów somatycznych (ból, wrażenie duszności, parastezje itp.), a zaburzenia snu przybierają nierzadko formę wzmożonej senności całonocnej lub odwrotnie — całkowitej bezsenności. Ponieważ ten typ depresji jest często nierozpoznawalny, określa się go jako depresję maskowaną.

W obliczu narastających problemów natury psychofizycznej wielu pacjentów doświadczają sytuacji, kiedy dotychczasowe sposoby radzenia sobie ze stresem okazują się niewystarczające, a niekiedy

wręcz demotywuujące. Z tego też powodu ważną rolę odgrywa pomoc pacjentowi w rozpoznaniu destrukcyjnych zachowań i w zdobyciu nowych sposobów radzenia sobie ze stresem. Wsparcie edukacyjne stanowi jeden z ważniejszych sposobów poszerzenia umiejętności pacjenta w radzeniu sobie z chorobą. Błędne rozumienie objawów choroby, nieadekwatne nadzieje związane z leczeniem to te zmienne poznawcze, które w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie pacjenta i jego jakość życia. Pacjent świadomy swojego stanu zdrowia, rozumiejący przebieg choroby i leczenia odzyskuje poczucie osobistego sprawstwa i realnej kontroli nad przebiegiem zdarzeń.

Im wyższe poczucie własnej skuteczności, tym jednostka stawia sobie wyższe cele i silniej jest zaangażowana w podjęte działania zaradcze. Ważne jest jednak, aby przekonanie o własnej skuteczności uwzględniało rzeczywiste możliwości jednostki, gdyż tylko wówczas spełnia ono funkcję samoregulującą.

Poczucie osobistej sprawczości obniża napięcie emocjonalne jednostki i sprzyja wzrostowi poczucia skuteczności oraz zmniejsza stres i zwiększa gotowość do podejmowania działań mających na celu poprawę sytuacji, w której jednostka się znalazła (Bandura, 1994). Pomoc pacjentom skoncentrowana na chorobie może dotyczyć wielu aspektów, między innymi zbierania informacji o chorobie, jej przyczynach, przebiegu, sposobach radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Zawsze jednak rodzaj zastosowanego wsparcia, w postaci różnego rodzaju oddziaływań terapeutycznych, powinien być dostosowany indywidualnie do potrzeb danego pacjenta oraz opierać się na empirycznych podstawach skuteczności stosowanych form terapeutycznych, co w konsekwencji wpływa na wymierne korzyści w radzeniu sobie ze stresem spowodowanym przez chorobę. Przykładem skuteczności psychologicznych oddziaływań mogą być grupy wsparcia oparte na edukacji. Skupieni w nich chorzy mężczyźni twierdzą, że lepiej rozumieją swoją chorobę oraz postrzegają siebie jako bardziej zaangażowanych w proces leczenia. Dzielenie się swoim doświadczeniem z innymi dodało im otuchy, pomogło zmniejszyć odczuwany niepokój i dało możliwość spojrzenia na sytuację wywołaną chorobą z innej strony.

Podsumowując, warto podkreślić, że wraz z rozwojem psychoonkologii jako dziedziny klinicznej opartej na podłożu medycyny psychosomatycznej, psychiatrii, psychologii klinicznej i socjologii powstały nowe standardy opieki nad pacjentem chorym na nowotwór. Podstawą oddziaływania psychoonkologicznego jest wielodyscyplinarna współpraca wszystkich zaangażowanych osób i zespołów leczących, dzięki którym każdy pacjent w zadowalający dla siebie sposób może zaspokajać codzienne potrzeby, kontynuować role społeczne, zachować godność, sprawność intelektualną i emocjonalną. Jednym słowem bez względu na zaawansowanie choroby jest w stanie zachować swoje człowieczeństwo i jakość życia.