

Onkologia 2023 - Perspektywy

ASCO 2023 – najnowsze doniesienia

**dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii
Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii-
Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie**

Cały świat przygotowuje się na znaczący przyrost zachorowań na nowotwory. Dodatkowo trzeba spłacić dług zdrowotny po pandemii COVID-19. Polska wychodzi temu wyzwaniu naprzeciw z Narodową Strategią Onkologiczną i przygotowaniem do wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej. Czy uda się dorównać wynikom leczenia, osiąganym przez inne kraje Unii Europejskiej?

Kolejne kongresy ASCO donoszą o badaniach nad nowymi technologiami terapeutycznymi i efektami ich kojarzenia, ale też nad możliwościami zmniejszenia intensywności terapii. Prezentowane są również prace na temat związku mikrobiomu z odpowiedzią na leczenie onkologiczne. Ciągłe podkreślana jest rola profilaktyki i dobrej komunikacji między lekarzem i pacjentem.



Pliki do pobrania

[Program konferencji \(pdf, 214.88 KB\)](#)

[Streszczenia wystąpień \(pdf, 233.19 KB\)](#)

[Novartis - Zaawansowany Rak piersi Wiem więcej! - Poradnik \(pdf, 6.01 MB\)](#)

Rak piersi. Standardy leczenia i diagnostyka

dr n. med. Agnieszka Jagiełło - Gruszczyńska, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Jednym z tematów szeroko dyskutowanych podczas ostatniego kongresu ASCO były aspekty chirurgiczne leczenia raka piersi, a dokładnie kwestia, kiedy można oszczędzić węzły chłonne. Okazuje się, że u osób w wieku podeszłym grozi to nawrotem choroby.

Mówiono także o tym, w jakich przypadkach w podtypie luminalnym leczenie uzupełniające inhibitorami CDK zapobiegnie późnym nawrotom.

W przypadku raka uogólnionego leczenie musi być zindywidualizowane, uzależnione od występującej mutacji. Nowym kryterium wyboru terapii jest występowanie przerzutów do układu nerwowego. Nie ma wątpliwości, że toczące się obecnie badania spowodują już wkrótce zmiany w wytycznych postępowania w różnych podtypach raka piersi.

Mapa drogowa: od rozpoznania do leczenia - koordynator w Krajowej Sieci Onkologicznej

dr Eliza Działach, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Onkologicznych

Aleksandra Wilk, koordynatorka Sekcji Raka Płuca, Fundacji „To Się Leczy”

Stanowisko koordynatora od ośmiu lat istnieje już w opiece onkologicznej, jednak w części ośrodków koordynatorzy funkcjonują tylko na papierze, a w niektórych nie ma ich wcale. Obecnie mają realnie działać we wszystkich placówkach. Jak dotąd, nie został jednak określony ścisły zakres ich zadań.

Nie wiadomo też, kto powinien pełnić tę funkcję, jakie mieć wykształcenie ani gdzie je zdobywać. W związku z tym, że koordynatorzy będą też potrzebni w innych niż onkologiczne ośrodki, np. w koordynowanej opiece kardiologicznej, może czas już na wprowadzenie tej funkcji jako nowego zawodu medycznego.

Rak trzonu macicy

dr n. med. Anna Dańska-Bidzińska, II Klinika Położnictwa i Ginekologii, Oddział Ginekologii Onkologicznej, Szpital Kliniczny WUM im. ks. Anny Mazowieckiej

W latach 1999-2019 w Polsce podwoiła się liczba zachorowań na raka trzonu macicy. Ten fakt odzwierciedla trend światowy, związany m.in. z rosnącą otyłością, jednak w Polsce niepokoi coraz większa liczba zgonów kobiet po 65 roku życia. Chorobę tę cechuje heterogenność, stąd różne rokowania i możliwości leczenia.

Obecnie wyróżnia się cztery podtypy tego nowotworu, zróżnicowane molekularnie. Diagnostyka molekularna

powinna odbywać się już na etapie biopsji, co pomogłoby ustalić zakres zabiegu chirurgicznego i szybko ustalić ścieżkę leczenia. Wiadomo np., że typ dMMR dobrze odpowiada na immunoterapię. Jednak leczenie nawrotowego rozsialego raka tego typu nie jest refundowane.

Nowotwory przewodu pokarmowego

Iga Rawicka, Prezes Fundacji "Europa Colon Polska"

Opublikowany niedawno raport „Aktualna sytuacja pacjentów z nowotworami układu pokarmowego w Polsce” przedstawia szczegółowe statystyki, dotyczące raka przetyku, żołądka i jelita grubego. Pokazuje czynniki ryzyka, możliwości profilaktyki i wczesne objawy tych nowotworów, które warto znać i popularyzować.

Coraz bardziej dostępna jest profilaktyka raka jelita grubego w postaci kolonoskopii. W ostatnich latach dokonał się – również w Polsce – ogromny postęp w diagnostyce i leczeniu nowotworów układu pokarmowego. W ocenie pacjentów opieka onkologiczna w zakresie tych nowotworów poprawia się.

Szpiczak – najnowsze

doniesienia

**dr hab. Dominik Dytfeld, Katedra i Klinika
Hematologii i Transplantologii Szpiku
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

Polscy pacjenci mają coraz większy dostęp do leczenia szpiczaka. Nowo zarejestrowane terapie, takie jak DVTD, DRD czy elotuzumab + PD, przedłużają życie pacjentów i są dobrze przez nich tolerowane. Brakuje jednak dostępu do niektórych schematów leczenia dla pacjentów z opornym szpiczakiem.

Przyszłość leczenia szpiczaka to nowe leki i terapie, w tym przeciwciała bispecyficzne, a także terapia CAR-T, dająca niezwykle obiecujące wyniki, co prezentowano podczas kongresu ASCO 2023. W Polsce w leczeniu szpiczaka nie jest ona dostępna.

Różne oblicza mieloproliferacji

**prof. dr hab. n. med. Joanna Góra-Tybor,
Kierownik Oddziału Hematoonkologii z
Pododdziałem Chemioterapii Diennej,
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w
Łodzi**

Pierwsza terapia celowana - imatynib - była zastosowana w przewlekłej białaczce szpikowej. To lek z grupy inhibitorów kinazy Bcr-Abl, będącej doskonałym celem terapeutycznym. Najnowszy tego

rodzaju lek to asciminib. Mniej szczęścia mają pacjenci z mielofibrozą, bo stosowane w tej chorobie inhibitory kinazy JAK działają w zasadzie objawowo.

W agresywnym nowotworze o skomplikowanym obrazie klinicznym, jakim jest ostra białaczka szpikowa, ciągle stosuje się intensywną chemioterapię z możliwością dołączania do niej nowych cząsteczek. Nową nadzieję stanowi wydłużający czas przeżycia venetoklaks.

Rola wytycznych w Narodowej Strategii Onkologicznej

**prof. Piotr Rutkowski, prezes PTO, kierownik
Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i
Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii-
Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie**

Dotychczasowe perspektywy stają się rzeczywistością – powstają wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne dla Narodowej Strategii Onkologicznej. Za ich opracowanie przez towarzystwa i zespoły naukowe odpowiada Krajowy Ośrodek Monitorujący, którego funkcję pełni Narodowy Instytut Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Część wytycznych została stworzona na nowo, część natomiast zaadaptowano z wytycznych amerykańskich we współpracy z NCCN. Po opracowaniu są kierowane do AOTMiT. Gotowe wytyczne zostaną udostępnione po ustaleniu uwarunkowań prawnych publikacji. W fazie tworzenia znajduje się Narodowy Portal

Onkologiczny.

Krajowa Sieć Onkologiczna - debata

moderator red. Michał Dobrołowicz

- **prof. Piotr Rutkowski, prezes PTO,
kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek
Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy
Instytut Onkologii-Państwowy Instytut
Badawczy w Warszawie**
- **dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej
Unii Onkologii, Narodowy Instytut
Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy
w Warszawie**
- **Aleksandra Rudnicka - rzecznik
Stowarzyszenia na rzecz walki z
chorobami nowotworowymi „SANITAS”**
- **dr Eliza Działach, prezes
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia
Koordynatorów Onkologicznych**
- **Aleksandra Wilk, koordynatorka Sekcji
Raka Płuca, Fundacji „To Się Leczy”**

Nowa odsłona stanowisk koordynatorów w ośrodkach onkologicznych jest w stadium organizacji i ta kwestia zdominowała debatę. Potrzeba ścisłego określenia ich zadań, możliwości kształcenia, ustrukturyzowania ścieżki kariery zawodowej. Trzeba odpowiedzieć na wiele pytań: kim powinien być koordynator? Jakie zadania wykonywać? Do tej pory zdarzało się, że jedni

koordynatorzy tkwili w papierkowej robocie, inni zaś odbierali nocne telefony od przerażonych pacjentów. Tymczasem, jak się wydaje, nie powinni dublować zadań pracowników administracyjnych ani psychoonkologów - choć tych bez wątplenia jest za mało. W jaki sposób będzie chroniony koordynator w przypadku popełnienia błędu? Czy powinien mieć obowiązkowe ubezpieczenie OC? Odpowiedzi na te pytania są niezbędne dziś, w sytuacji, gdy nowi koordynatorzy zatrudniani są już od miesiąca. Wydaje się, że pełne usystematyzowanie ich statusu będzie możliwe dopiero po wdrożeniu KSO. A co do tego czasu? Jak najszybciej powinny zacząć się szkolenia dla koordynatorów, co jednak w tej sytuacji ma być ich przedmiotem?

Nie do końca wiadomo, ilu obecnie pracuje koordynatorów, a ilu potrzeba, padają bowiem różne liczby. Czy można określić, ilu pacjentów powinien mieć pod opieką jeden koordynator? Zdaniem uczestników debaty, powinno to zależeć od rodzaju nowotworu, ponieważ terapie w poszczególnych narządach różnią się stopniem skomplikowania. Ma też znaczenie stopień referencyjności ośrodka, w jakim pracuje koordynator.

Kolejna sprawa: kluczowe dla terapii pacjenta jest konsylium, które determinuje proces leczenia. I tu jest wiele do zrobienia: dotąd zdarzało się, że konsylia były fikcją. Możliwe jest organizowanie ich w sposób zdalny, brak jednak do tego oficjalnego systemu teleinformatycznego. Nie wiadomo też dotąd, jakie wskaźniki i mierniki będą stosowane w KSO. Ma to też znaczenie dla zakresu zadań koordynatora, który uczestniczy w przygotowaniu konsylium.

[Poprzedni Strona](#)

[Następny Strona](#)