



**UroConti**  
Stowarzyszenie Osób z NTM

# Leczenie nowotworu gruczołu krokowego w Polsce – perspektywa pacjenta

---

Raport opracowany pod auspicjami Sekcji  
Prostaty Stowarzyszenia „UroConti”

2014-08-29

<b>WSTĘP</b>	<b>2</b>
<b>STRESZCZENIE</b>	<b>4</b>
<b>RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO</b>	<b>5</b>
1. Epidemiologia	5
2. Czynniki ryzyka	6
3. Objawy	7
4. Klasyfikacja TNM	8
5. Postępowanie diagnostyczne	9
6. Postępowanie terapeutyczne	9
7. Profilaktyka	11
<b>SPOŁECZNE KONSEKWENCJE</b>	<b>12</b>
1. Emocjonalne i psychiczne konsekwencje raka gruczołu krokowego	12
2. Jakość życia chorych na raka gruczołu krokowego (w trakcie leczenia i po zakończeniu terapii)	25
3. Wsparcie psychologiczne	29
<b>ZASADY REFUNDACJI</b>	<b>33</b>
1. Diagnostyka	33
2. Leczenie chirurgiczne	34
3. Radioterapia	35
4. Hormonoterapia	36
5. Chemioterapia	39
<b>REKOMENDACJE</b>	<b>42</b>
1. Profilaktyka i leczenie	42
2. Leczenie operacyjne przy zastosowaniu robotów	44
3. Poszerzenie możliwości terapeutycznych o nowoczesne terapie	46
<b>PODSUMOWANIE</b>	<b>48</b>

## WSTĘP

*„Gruzoł krokowy czyli prostata, stercz - jest częścią męskiego układu płciowego. Znajduje się w miednicy małej pomiędzy dnem pęcherza moczowego i dnem miednicy. Stercz otacza ze wszystkich stron tylny odcinek cewki moczowej (tzw. część sterczową cewki moczowej). Jego główną funkcją jest wytwarzanie wydzieliny wchodzącej w skład nasienia, pozwalającej plemnikom przeżyć poza drogami nasiennymi. Rozwój oraz funkcjonowanie tego gruczołu jest uzależnione od androgenów - męskich hormonów płciowych, zwłaszcza testosteronu produkowanego głównie przez jądra.”<sup>1</sup>*

Dlaczego temat zachorowalności na nowotwór prostaty (RGK) jest tak ważny? Ponieważ rak prostaty zaraz po raku płuc, jest nowotworem, na który mężczyźni w Polsce zapadają najczęściej. W ciągu ostatnich 30 lat zachorowalność na ten rodzaj nowotworu zwiększyła się niemal czterokrotnie. Co roku w Polsce ok. 9 tys. osób dowiaduje się, iż cierpi na raka prostaty. Niestety bardzo często diagnoza stawiana jest w stadium wysokiego zaawansowania, gdzie nowotwór ma już przerzuty na inne organy, wówczas możliwości leczenia są ograniczone.<sup>2</sup>

Nie możemy być obojętni wobec tak dramatycznych statystyk. Należy mówić o zachorowalności na raka prostaty jak najwięcej - edukować mężczyzn, że badania profilaktyczne, mogą uratować im życie, a także informować opinię publiczną, a przede wszystkim decydentów o sytuacji chorych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że kampanie informacyjne nic nie dają jeżeli nie idzie za nimi zmiana postawy lekarzy rodzinnych, którzy sporadycznie rozmawiają ze swoimi pacjentami o ryzyku

---

<sup>1</sup> [http://www.ntm.pl/?pid=main\\_tresc.pl.283](http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.283) (15.08.2014 r.).

<sup>2</sup> <http://www.eonkologia.pl/Leczenie-raka-prostaty-w-Polsce-Meski-problem,6348.html> (dostęp: 21.08.2014).

zachorowania na raka prostaty i konieczności wykonywania badań profilaktycznych, a także zmiana podejścia Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia do finansowania nowoczesnych metod leczenia. Nie wystarczy zdiagnozować chorego, trzeba jeszcze zaproponować mu skuteczną i bezpieczną formę terapii, która nie będzie bardziej uciążliwa niż sama choroba. Należy zadbać, aby pacjent miał dostęp do terapii w każdym stadium zaawansowania choroby. Nie jest to możliwe bez systemowego wsparcia ze strony państwa. Postępowanie terapeutyczne zdeterminowane jest poprzez politykę refundacyjną ministerstwa zdrowia. Oznacza to, że specjalista nie wybiera terapii optymalnej dla danego pacjenta, tylko taką, która jest dostępna w refundacji. Dlatego należy zagwarantować finansowanie możliwie najszerszego katalogu skutecznych terapii. Tymczasem decydenci nie patrzą na problem globalnie, zapominają, że sfinansowanie przez NFZ droższych leków nie oznacza dla budżetu państwa straty, wręcz przeciwnie, jeżeli pacjent wróci do zdrowia będzie pracował, płacił podatki, konsumował, to jego leczenie zwróci się z nadwyżką.

Mamy głęboką nadzieję, że raport ten pozwoli spojrzeć na problem zachorowalności na raka prostaty oczami pacjenta i zdać sobie sprawę, że chory ma prawo żądać dostępu nie tylko do terapii gwarantujących pełne wyleczenia, ale także - gdy nie ma już takiej możliwości - do leków przedłużających życie czy poprawiających jego jakość. Rolą lekarza jest leczyć pacjenta wszystkimi uznanymi przez medycynę za skuteczne metodami. Nie zgadzamy się ze stanem rzeczy, w którym to urzędnik decyduje jak powinno przebiegać leczenie pacjenta i kiedy leczenia należy zaprzestać. Chcemy uzmysłwić opinii publicznej, mediom, a przede wszystkim urzędnikom, że analizy farmakoekonomiczne nie mogą przesłaniać nam tego co najważniejsze – chorego człowieka, który ma prawo walczyć o życie.

## STRESZCZENIE

Analiza składa się z trzech części. W pierwszej części raportu zaprezentujemy informacje dotyczące zapadalności na raka prostaty, zarysujemy profil chorego, doradzimy, kiedy należy zgłosić się do lekarza, a także opiszemy standardowe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne u pacjentów cierpiących na raka prostaty.

W drugiej części analizy skupimy się na problemach psychicznych mężczyzn cierpiących na nowotwór gruczołu krokowego, ich stanie emocjonalnym, wpływie leczenia na jakość życia (w tym aktywność seksualną), sytuację rodzinną i zawodową.

Trzecia część została poświęcona zasadom refundacji poszczególnych procedur medycznych stosowanych w leczeniu raka stercza. W niniejszym rozdziale zastanowimy się nad zasadnością finansowania leków przedłużających życie chorych o kilka miesięcy bądź jedynie poprawiających jakość ich życia.

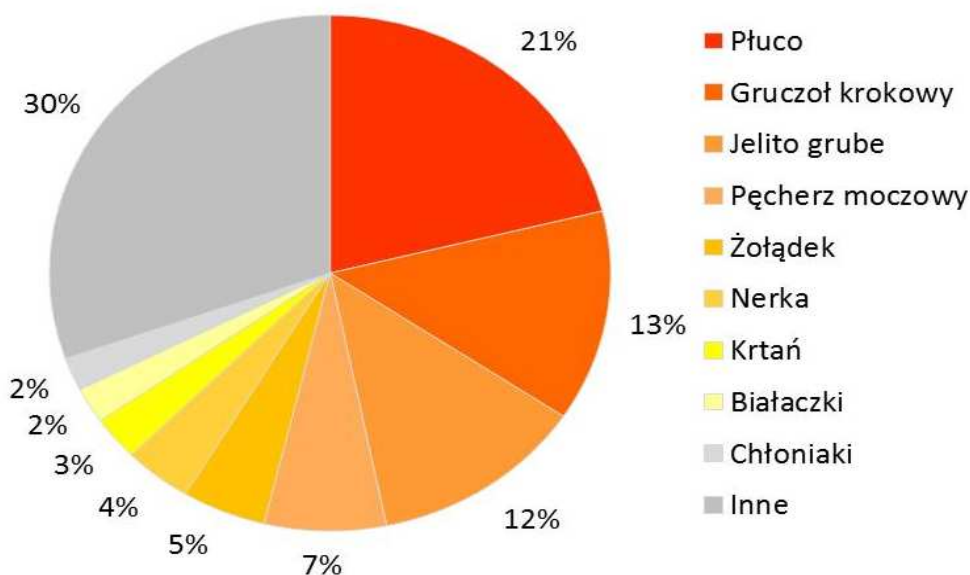
Na zakończenie zaprezentujemy procedury wspierające pacjenta z rakiem prostaty stosowane w wybranych krajach, które warto wprowadzić w Polsce.

## RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO<sup>3</sup>

### 1. Epidemiologia

Rak gruczołu krokowego jest drugim pod względem zapadalności i trzecim pod względem przyczyny zgonu wśród mężczyzn nowotworem w Polsce. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat odnotowuje się stały wzrost zachorowalności na ten nowotwór. Dzieje się tak na całym świecie, przyczyną tego stanu rzeczy jest coraz większa świadomość zdrowotna wśród mężczyzn, wzrost rozpowszechnienia badań przesiewowych oraz poprawa jakości diagnostyki.

#### Rozkład częstości zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w 2010 roku



Źródło: <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-ogolem-2/#q>

<sup>3</sup> [http://www.ntm.pl/?pid=main\\_tresc.pl.283](http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.283) (15.08.2014 r.)

## 2. Czynniki ryzyka

Wiek jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego. Średni wiek diagnozowania raka gruczołu krokowego to 70 lat. Ryzyko zachorowania wzrasta znaczący już po 50 – 60 roku życia. Drugim znaczącym czynnikiem jest dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania tego nowotworu (wystąpienia raka u jednego z członków najbliższej rodziny zwiększa ryzyko zachorowania 2-3 krotnie). Istotną rolę w zachorowaniu odgrywają również androgeny – męskie hormony płciowe. Ta właściwość raka gruczołu krokowego jest wykorzystywana w niektórych rodzajach terapii. Uważa się, że również dieta bogata w tłuszcze nienasycone oraz czerwone mięso może zwiększać ryzyko zachorowania.

W większości przypadków nowotwór stercza ma budowę gruczolakoraka. W ok. 75% rozwija się w tzw. strefie obwodowej gruczołu krokowego. Jednym z elementów rozpoznania tego nowotworu jest określenie stopnia jego zróżnicowania histologicznego w skali Gleasona. Jest ona wstępnie określana przy ocenie wycinków prostaty pobieranych w trakcie biopsji. Klasyfikacja w tej skali ma istotne znaczenie przy określaniu rokowania. Stopień zaawansowania nowotworu prostaty ocenia się w międzynarodowej skali TNM (Tumor - guz, Nodes - węzły chłonne, Metastases - przerzuty odległe), której celem jest ocena zaawansowania miejscowego nowotworu, zajęcia węzłów chłonnych oraz obecności przerzutów.

### Czynniki ryzyka zachorowania na raka prostaty



*Źródło: opracowanie własne.*

### 3. Objawy

Przebieg choroby początkowo jest bezobjawowy. Wraz ze wzrostem masy guza mogą pojawiać się pierwsze objawy:

- krwiomocz,
- krew w nasieniu (hematospermia),
- utrudnienia w odpływie moczu z pęcherza moczowego (częste oddawanie moczu, słaby strumień, parcia naglące, nokturia, wrażenie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego po mikcji – częściej towarzyszące też łagodnemu rozrostowi stercza),
- ból krocza,
- zespoły bólowe spowodowane przerzutami,
- niedokrwistość,
- spadek masy ciała.



## 4. Klasyfikacja TNM

Skrót TNM pochodzi od pierwszych liter angielskich słów: Tumor - guz, Nodes - węzły chłonne, Metastases - przerzuty odległe. Stopień klinicznego zaawansowania raka gruczołu krokowego ustalany jest na podstawie wyników badań obrazowych, histopatologicznych, diagnostycznych. Odpowiednia klasyfikacja, a co za tym idzie ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu stercza ma ogromne znaczenia dla określenia rokowania oraz doboru optymalnej metody terapii.

T – guz pierwotny

<b>TX</b>	Nie można ocenić guza pierwotnego
<b>T0</b>	Nie stwierdza się guza pierwotnego
<b>T1</b>	Guz klinicznie nieuchwytny (niewyczuwalny w badaniu per rectum, niewidoczny w badaniach obrazowych)
<b>T1a</b>	Guz stwierdzony przypadkowo w badaniu histologicznym i zajmujący 5% usuniętej tkanki stercza
<b>T1b</b>	Guz stwierdzony przypadkowo w badaniu histologicznym i zajmujący >5% usuniętej tkanki stercza
<b>T1c</b>	Guz rozpoznany na podstawie biopsji igłowej (np. wykonanej z powodu zwiększonego stężenia PSA)
<b>T2</b>	Guz ograniczony do gruczołu krokowego
<b>T2a</b>	Guz zajmuje nie więcej niż połowę jednego płata gruczołu krokowego
<b>T2b</b>	Guz zajmuje więcej niż połowę jednego płata, ale nie zajmuje obu płatów gruczołu krokowego
<b>T2c</b>	Guz zajmuje oba płaty gruczołu krokowego
<b>T3</b>	Guz przekracza torebkę gruczołu krokowego
<b>T3a</b>	Guz przekracza torebkę gruczołu krokowego (po jednej lub obu stronach)
<b>T3b</b>	Guz nacieka pęcherzyk(i) nasienny(e)
<b>T4</b>	Guz jest związany lub nacieka sąsiednie struktury inne niż pęcherzyki nasienne (np. zwieracz zewnętrzny cewki moczowej, odbytnica, pęcherz moczowy, mięśnie dźwigacze i/lub ściana miednicy)

N – okoliczne węzły chłonne

<b>NX</b>	Nie oceniano regionalnych węzłów chłonnych (nie pobierano wycinków z regionalnych węzłów chłonnych do badania histopatologicznego)
<b>N0</b>	Nie stwierdza się przerzutów w regionalnych węzłach
<b>N0</b>	Stwierdza się przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych

M – przerzuty odległe

<b>M0</b>	Nie stwierdza się przerzutów odległych
<b>M1</b>	Stwierdza się przerzuty odległe:
<b>M1a</b>	w węzłach chłonnych innych niż regionalne
<b>M1b</b>	w kościach
<b>M1c</b>	przerzuty odległe o innym umiejscowieniu

## 5. Postępowanie diagnostyczne

W skład podstawowej diagnostyki w kierunku raka gruczołu krokowego wchodzi:

- badanie palcem przez odbytnicę (łac. per rectum),
- oznaczenie PSA – antygen swoisty dla gruczołu krokowego, należy jednak pamiętać, że podwyższony poziom może świadczyć zarówno o nowotworze jak i innych chorobach prostaty, wartość diagnostyczna tego badania rośnie szczególnie w połączeniu z badaniem palcem przez odbytnicę,
- TRUS – USG przezodbytnicze połączone z biopsją stercza,
- tomografia komputerowa/rezonans magnetyczny.

## 6. Postępowanie terapeutyczne

Obecnie na świecie stosuje się kilka metod leczenia raka gruczołu krokowego: – aktywną obserwację, leczenie hormonalne, radioterapię, chemioterapie oraz leczenie chirurgiczne. Często poszczególne terapie łączy się ze sobą w różnych schematach. Leczenie często jest prowadzone przez lekarzy różnych specjalności – urologów, onkologów i radiologów. Jego rodzaj dobiera się biorąc pod uwagę ogólny stan pacjenta oraz zaawansowanie nowotworu. Przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia bardzo istotna jest rozmowa z lekarzem na temat zalet i wad wybieranej metody oraz alternatywnych metod. Ostateczna decyzja należy do pacjenta.

W przypadku nowotworu ograniczonego do gruczołu krokowego najczęściej stosuje się jedną z dwóch metod – operacyjną (prostatektomia radykalna) lub radioterapię.

**Prostatektomia radykalna** to sposób leczenia chirurgicznego polegający na całkowitym usunięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi, a także grupami węzłów chłonnych będących najczęstszym miejscem ewentualnych przerzutów. Zabieg ten może być wykonany na drodze operacji otwartej, laparoskopowej lub z wykorzystaniem robota.

**Radioterapia** jest techniką polegającą na napromienianiu promieniami Roentgena tkanek nowotworowych i tym samym ich niszczeniu. Możliwe jest tu napromienianie patologicznych tkanek z zewnątrz lub też wprowadzenie materiałów radioaktywnych w bezpośrednie sąsiedztwo tkanek nowotworowych (brachyterapia).

**Terapia hormonalna** jest metodą bazującą na zależności komórek nowotworowych od testosteronu. W wyniku obniżenia stężenia tego hormonu we krwi dochodzi do zahamowania wzrostu nowotworu i jego regresji. Ta odmiana terapii znajduje zastosowanie w leczeniu raka gruczołu krokowego miejscowo zaawansowanego (nowotwór zajmuje również tkanki sąsiadujące z prostatą), a także w stadium choroby z przerzutami odległymi. Może nie tylko stanowić samodzielny sposób leczenia ale także część terapii złożonej (zwłaszcza w połączeniu z radioterapią). Należy jednak pamiętać, że kluczowe w leczeniu raka gruczołu krokowego jest bardzo indywidualne dopasowanie terapii do pacjenta.

Każda z wymienionych terapii nie jest pozbawiona skutków ubocznych. Przed podjęciem decyzji o wyborze terapii pacjent musi być świadomy wad i zalet poszczególnych metod leczenia, a także uzbrojony w wiedzę jak przeciwdziałać skutkom ubocznym.

## 7. Profilaktyka

Nie ma jednoznacznej opinii co do istnienia działań profilaktycznych, które zapobiegałyby rozwojowi raka stercza. Zaleca się zdrową dietę (bogatą w warzywa i owoce), ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych oraz podejmowanie aktywności fizycznej.

W ramach profilaktyki, zaleca się wszystkim mężczyznom po 40 roku życia, aby poddali się badaniu stężenia tzw. antygenu PSA oraz wykonywali raz do roku badania stercza per rectum.

## SPOŁECZNE KONSEKWENCJE

### 1. Emocjonalne i psychiczne konsekwencje raka gruczołu krokowego

Choroby onkologiczne, do których należy rak gruczołu krokowego mają ogromny wpływ na życie psychiczne chorego, jego stan emocjonalny, relacje z najbliższymi czy kondycję zawodową. Ze względu na bardzo osobisty, intymny oraz wstydlivy charakter tego schorzenia, odgrywa ono również ogromną rolę w życiu seksualnym chorego. Zaburzenia zdrowia seksualnego, występujące u mężczyzn cierpiących na raka prostaty mogą z kolei prowadzić do różnego typu kompleksów oraz obniżonej samooceny, czego konsekwencją mogą być, wspomniane wcześniej, zaburzenia zdrowia psychicznego (depresja, nerwica) czy konflikty w relacjach partnerskich.

#### *Zaburzenia psychiczne*

Zaburzenia psychiczne pojawiające się u chorych na raka gruczołu krokowego mogą być wynikiem działania różnych czynników tj. reakcja na pojawienie się choroby, jej stopień ciężkości, złe rokowanie, uciążliwość, ograniczenia będące wynikiem schorzenia oraz skutki terapii czy lęk przed konsekwencjami wynikającymi z pojawienia się nowotworu.

W zależności od etapu choroby, pacjentom towarzyszą różne stany psychiczne, które rozwijamy poniżej.

## Diagnoza

Temu stanu choroby najczęściej towarzyszą szok i lęk, który pojawia się tuż po postawionej diagnozie.

Według dr Elisabeth Kübler–Ross istnieje pięć psychologicznych etapów reakcji na wiadomość o ciężkiej chorobie, w tym również chorobie nowotworowej:

- pierwszy etap: zaprzeczanie, izolacja (myśli: „To niemożliwe!”);
- drugi etap: gniew (myśli: „To niesprawiedliwe!”);
- trzeci etap: negocjowanie („Jeśli przeżyję, to nigdy więcej...”),
- czwarty etap: depresja („To potworne, tak ciężko jest mi w to uwierzyć”);
- piąty etap: akceptacja swojej sytuacji.

Dopiero na piątym etapie, pacjent zaczyna myśleć o podjęciu leczenia oraz planuje kroki w kierunku walki z chorobą.

Bardzo ważną rolę na etapie diagnozy odgrywa wiedza chorego nt. przyczyn wystąpienia nowotworu oraz jego sposobów leczenia. Niezwykłą rolę pełni tu również wsparcie ze strony rodziny czy osób bliskich. Człowiek chory i jego rodzina stają w obliczu zagrożenia wywołanego pojawieniem się choroby oraz niepewnością co do jej przebiegu i rokowania. Na przeżywanie tego stanu istotnie wpływa obecny poziom wiedzy na temat przyczyn powstawania nowotworu oraz społeczno-kulturowe postrzeganie samej choroby. Ważny jest też odbiór społeczny osoby chorej i jej rodziny.<sup>4</sup>

Kluczową rolę we wsparciu osób z nowotworem prostaty odgrywają również organizacje pacjenckie takie jak np. sekcja prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, w ramach której, osoby chore na nowotwór mogą skorzystać m.in. ze wsparcia innych członków, uzyskać informacje nt. profilaktyki, diagnostyki, jak i leczenia chorób gruczołu krokowego. Mogą również pozyskać szeroką informację nt.

---

<sup>4</sup> K. Pikora, J. Ławiński, K. Bar, T. Fedus, Opieka nad pacjentem w chorobie nowotworowej, Przegląd Urologiczny 2010/2 (60).

skutków ubocznych nowotworu, jakim jest nietrzymanie moczu. Więcej informacji nt. grup wsparcia oraz roli organizacji pacjenckich zamieszczamy w rozdziale poniżej.

## *Leczenie*

W trakcie rozpoczęcia terapii choremu nadal towarzyszą ogromne emocje, które wiążą się często z szeregiem całkiem nowych doświadczeń, jak pobyt w szpitalu czy poddanie się długotrwałemu leczeniu. Oczywiście początki życia szpitalnego bywają dla chorego trudne, gdyż przywołują wszelkie stereotypy związane z pobytem w szpitalu. Niemniej jednak długi pobyt na oddziale szpitalnym może okazać się bardzo korzystny dla stanu psychicznego chorego, głównie poprzez nawiązywanie kontaktu, rozmowy z innymi chorymi, znajdującymi się w podobnej sytuacji. Chory w otoczeniu innych pacjentów cierpiących na to schorzenie zaczynać czuć się bezpieczniej, ma możliwość dzielenia się swoimi emocjami, obawami z innymi chorymi, przez co czuje się rozumiany.

Stan psychiczny chorego w trakcie leczenia jest mocno uzależniony od postępów terapii:

- **Skuteczne leczenie**

W sytuacji, gdy podjęte metody leczenia odnoszą pozytywny skutek, choremu towarzyszy poczucie nadziei i przekonania, że poradzi sobie z chorobą. Nadal jednak istnieje może pojawić się lęk o nawrót choroby czy obawa przed brakiem powrotu do pełnej sprawności fizycznej czy seksualnej.

- **Niepowodzenia terapii**

Dużo trudniejszą sytuacją dla chorego jest stan, w którym stosowane leczenie nie przynosi rezultatów, wówczas chory traci pewność siebie, czuje się

bezradny oraz zdany na opiekę innych osób. Wizja możliwej śmierci na skutek choroby powoduje również utratę poczucia bezpieczeństwa.

### *Depresja*

Wymienione powyżej czynniki wywierają ogromny wpływ na wystąpienie depresji u chorych na nowotwór gruczołu krokowego. Szacuje się, że w przypadku chorób onkologicznych objawy depresji występują u 41% badanych.<sup>5</sup> (w tym również u chorych na nowotwór gruczołu krokowego).

W związku z tak dużą zależnością depresji i chorób nowotworowych, w literaturze medycznej można odnaleźć szereg badań poświęconych tej problematyce. Część z tych analiz poświęcona jest również zapadalności na depresję u osób z rakiem prostaty.

Z publikowanych analiz wynika, że stosowana terapia hormonalna ma wpływ na występowanie zaburzeń depresyjnych u chorych. Badania wskazują, iż znacząco częściej występują objawy depresji u chorych poddanych deprivacji androgenowej (ADT) z powodu raka gruczołu krokowego niż u mężczyzn cierpiących na ten nowotwór, u których nie stosowano ADT<sup>6</sup> (badania Shahinian i wsp). Ponadto terapia hormonalna zwiększa wystąpienie depresji oraz negatywnie wpływa na jakość życia i snu<sup>7</sup> (Saini i wsp.). Natomiast długotrwała hormonoterapia może doprowadzić do obniżenia zarówno jakości życia chorych oraz ich nastroju (Chipperfielda i wsp). Twierdzi się również, że w przypadku mężczyzn poddanych deprivacji androgenowej konieczna jest pomoc psychologiczna oraz promowanie aktywności fizycznej.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> A. Nowicki, B. Rządowska, Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi, Współ. Onkol (2005) vol. 9; 9 (396-403).

<sup>6</sup> J. Salągierska, M. Salągierski, Występowanie depresji u mężczyzn chorych na raka gruczołu krokowego w trakcie hormonoterapii, Przegląd Urologiczny 2014/1 (83).

<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Tamże.



Powyżej przytoczone badania wykazują wpływ terapii hormonalnej na jakość życia i stany depresyjnej chorych na nowotwór prostaty. O tym, jednak że inne metody leczenia raka prostaty tj. terapia skojarzona ( hormonoterapia + radioterapia) mogą powodować występowanie zaburzeń depresyjnych dowiadujemy się z badań Hervouet i wsp.<sup>9</sup>, z których wynika, że częstsze zaburzenia psychiczne oraz depresja wystąpiły u pacjentów leczonych metodą skojarzoną. Autorzy badania uznali jednak, że różnice te nie były istotne statystyczne oraz że hormonoterapia nie jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji u chorych poddanych radioterapii, jednak przyczynia się ona do istotnego osłabienia siły fizycznej.

### *Zaburzenia seksualne*

Zaburzenia seksualne będące skutkiem ubocznym leczenia nowotworu gruczołu krokowego z punktu widzenia pacjenta są bardzo poważnym problemem. Leczenia raka prostaty może zakończyć się impotencją lub zaburzeniami funkcjonowania układu moczowo – płciowego.

Problem ten jest niezmiernie istotny, gdyż dla większości mężczyzn aktywność seksualna stanowi podstawowe kryterium oceny własnej wartości. Zaburzenie funkcji seksualnych może więc doprowadzić do znaczącego obniżenia samooceny, zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.), konfliktów i napięć w relacjach partnerskich oraz drażliwości w kontaktach interpersonalnych.

---

<sup>9</sup> J. Salagierska, M. Salagierski, Występowanie depresji u mężczyzn chorych na raka gruczołu krokowego w trakcie hormonoterapii, Przegląd Urologiczny 2014/1 (83).

### *Zaburzenia erekcji a rak gruczołu krokowego*

Do najczęstszych objawów występowania zaburzeń seksualnych u mężczyzn z nowotworem prostaty należą zaburzenia pożądania, zaburzenia erekcji, ejakulacji oraz ogólna obniżona satysfakcja z życia seksualnego.

Specjaliści wyróżniają kilka czynników mających wpływ na wystąpienie zaburzeń erekcji u mężczyzn z nowotworem gruczołu krokowego. W przebiegu leczenia wpływ na to mają:

- leczenie chirurgiczne,
- radioterapia,
- hormonoterapia,
- chemioterapia.<sup>10</sup>

W przebiegu choroby :

- zaawansowanie choroby,
- czynniki psychologiczne:
  - stres, depresja,
  - obawy przed chorobą i leczeniem.

Tak jak wspominaliśmy powyżej niekiedy zaburzenia erekcji mogą wystąpić również na skutek lęku, niepokoju czy napięcia, jakie towarzyszy choremu na nowotwór mężczyźnie. Zdaniem dr Ursuli Ofman, psycholog z memorial Sloan - Kettering Cancer Center w Nowym Jorku, wielu pacjentów dotyka utrata pożądania o podłożu raczej psychologicznym niż fizycznym(...). Strach przed utratą sprawności seksualnej wskutek raka prostaty lub jego leczenia może się okazać samospełniającym się proroctwem. Często mężczyźni lękający się niemożności osiągnięcia lub utrzymania

---

<sup>10</sup> B. Darewicz, Klinika Urologii w Białymstoku, Międzynarodowy Kongres Kobieta i Mężczyzna „Zdrowie reprodukcyjne i seksualne”, Łódź 13.06.2014.

erekcji istotnie nie jest w stanie jej osiągnąć z powodu zbyt silnego napięcia psychicznego.<sup>11</sup>

Szacuje się, że zaburzenia wzwodu mogą dotyczyć:

- 16-83% pacjentów poddanych radykalnej prostatektomii,
- ok. 2-34% leczonych za pomocą napromienia z pól zewnętrznych (ERT- External Beam Radiotherapy),
- 30-55% pacjentów leczonych za pomocą brachyterapii (BT-brachytherapy),
- 32,5% pacjentów poddanych leczeniu za pomocą przezcewkowej resekcji gruczołu krokowego (TURP) – całkowita utrata zdolności erekcji.

Ponadto wśród 54% mężczyzn poddanych leczeniu za pomocą przezcewkowej resekcji gruczołu krokowego (TURP) obserwuje się poza zaburzeniem erekcji, również zaburzenie ejakulacji, obniżenie libido oraz obniżenie satysfakcji życia seksualnego.<sup>12</sup>

Odsetek pacjentów u których obserwuje się zaburzenia erekcji po leczeniu chirurgicznym stanowi ogółem 29-100%<sup>13</sup>

Poniżej prezentujemy zestawienie wybranych metod leczenia nowotworów i działań niepożądanych, które mogą one powodować.

---

<sup>11</sup> R. Altman, Prostata. Schorzenia i ich leczenie, Książka i wiedza, Warszawa 1999, 2007, str. 135.

<sup>12</sup> A. Czernikiewicz, B. Wisz, Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Zaburzenia psychiczne u pacjentów leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego - przegląd piśmiennictwa, Probl. Psychiatrii 2011; 12(4): 540-545.

<sup>13</sup> B. Darewicz, Klinika Urologii w Białymstoku, Międzynarodowy Kongres Kobieta i Mężczyzna „Zdrowie reprodukcyjne i seksualne”, Łódź 13.06.2014.



<b>Leczenie</b>	<b>Brak orgazmu</b>	<b>Brak wytrysku</b>	<b>Mniejsza intensywność orgazmów</b>	<b>Bezpłodność</b>
<b>chemioterapia</b>	rzadko	rzadko	Rzadko	często
<b>radioterapia miednicy</b>	rzadko	rzadko	Czasami	często
<b>limfadenektomia zaotrzewnowa</b>	rzadko	często	Czasami	często*
<b>resekcja brzuszno-kroczoza</b>	rzadko	często	Czasami	zawsze
<b>prostatektomia radykalna</b>	rzadko	zawsze	Często	zawsze
<b>cystektomia radykalna</b>	rzadko	zawsze	Często	zawsze
<b>całkowite wytrzewienie miednicy</b>	rzadko	zawsze	Czasami	brak danych
<b>penektomia częściowa</b>	rzadko	nigdy	Rzadko	nigdy
<b>penektomia całkowita</b>	czasami	nigdy	Czasami	zazwyczaj*
<b>orchotektomia (usunięcie jednego jądra)</b>	nigdy	nigdy	Nigdy	rzadko**
<b>orchotektomia (usunięcie obu jąder)</b>	czasami	czasami	Czasami	zawsze
<b>terapia hormonalna przy leczeniu nowotworu prostaty</b>	czasami	czasami	Czasami	zawsze

\*sztuczne zapłodnienie kobiety nasieniem mężczyzny jest możliwe.

\*\* bezpłodny tylko jeśli pozostałe jądro jest uszkodzone.

Źródło: American Cancer Society, Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii –Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Fundacja Tam i z Powrotem, Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek (str.19).

### *Nietrzymanie moczu*

Na jakość życia oraz stany emocjonalne osób z nowotworem prostaty ma również wpływ występowanie nietrzymania moczu, które jak wskazują wyniki badań szczególnie nasila się u chorych po zastosowanej radioterapii. Badania poświęcone tej problematyce wskazują, iż przed leczeniem za pomocą radioterapii radykalnej nie popuszczało nigdy moczu 76,92% chorych, natomiast pod koniec leczenia 50%. Bardzo często w obu grupach problem mimowolnego popuszczania moczu dotyczył 3,85% pacjentów.<sup>14</sup>

Więcej o wpływie nietrzymania moczu na życie chorych z nowotworem prostaty piszemy w części raportu poświęconej jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego.

### *Relacje z bliskimi*

Wiadomość o zdiagnozowanym nowotworze gruczołu krokowego nie dotyczy tylko samego chorego, bardzo często informacja ta jest potężnym ciosem dla bliskich chorego, którzy podobnie jak on przeżywają silne, i czasem skrajne stany emocjonalne. Informacje o chorobie może wywołać nawet gniew bliskiej osoby, który następnie przeradza się w poczucie winy. Osoby bliskie odczuwają również lęk i stres przed utratą partnera, jego śmiercią. Pojawiają się również obawy dotyczące problemów bytowych, związanych z codziennym życiem po stracie bliskiej osoby.

Niemniej jednak wsparcie i obecności osób bliskich w sytuacji rozpoznania choroby jest nieoceniona i bardzo ważna dla chorego.

---

<sup>14</sup> A. Nowicki, J. Stanińska, I. Tesmer, Ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego hospitalizowanych w trakcie radioterapii radykalnej. Część II, Współczesna Onkologia (2007) vol. 11; 9 (449–454).

## *Doświadczenia pacjentów*

Chcąc bliżej przyjrzeć się problemom, z jakimi borykają się chorzy na nowotwór gruczołu krokowego oraz chcąc poznać ich obawy, rozterki i problemy wiążące się z ich chorobą, odszukaliśmy pacjentów, którzy otwarcie o tym mówią. Poniżej prezentujemy doświadczenia kilku chorych, którzy zmagali się z nowotworem prostaty:

*O mojej chorobie dowiedziałem się po wizycie kontrolnej u urologa. Diagnoza wykazała łagodny rozrost stercza. Lekarz przepisał mi leki, które miały złagodzić chorobę. Brałem różne leki, teraz urolog przepisał mi preparat, który jest nieco tańszy od dotychczas stosowanych. W przypadku ciągłego przyjmowania leków, cena ma znaczenie, dlatego zarówno chorzy na łagodny rozrost stercza, jak i nowotwór powinni mieć szeroki dostęp do tanich leków. To dla nas ważne.*

*Ja o swojej chorobie dowiedziałam się dość szybko, postanowiłem iść na wizytę do urologa. Dostałem skierowanie na badanie, które niestety wykryły u mnie łagodny rozrost stercza. Niestety jest wielu mężczyzn, którzy nie podejmują takich kroków, jest to dla nich zbyt wstydlive. Uważam, że problemy z prostatą to choroba jak każda inna, więc nie powinno się mieć obaw przed pójściem ze swoją dolegliwością do lekarza. Niestety profilaktyka i diagnostyka nie jest chyba jeszcze tak rozwinięta jak powinna być. Brakuje broszur informacyjnych, być może należałoby więcej edukować mężczyzn i przekonywać ich, by zaczęli chodzić do urologów.*

*Bardzo istotne jest również wsparcie organizacji pacjenckich, sam należę do oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” w Bydgoszczy. Stowarzyszenie organizuje co miesiąc spotkania z lekarzami, tematyka spotkań jest różna, są wykłady nt. prostaty, nietrzymania moczu. W takich spotkaniach mogą wsiąść udział osoby zainteresowane tym tematem, to dobra okazja, by dowiedzieć się czegoś więcej nt. choroby. Moim zdaniem rola tego typu organizacji jest bardzo ważna zarówno dla chorych, jak i osób których problem ten jeszcze nie dotyczy. Podobnie z instytucjami tj. Centrum*

*Onkologii. Takie instytucje powinny nagłaśniać tematykę raka prostaty, organizować różne spotkania dla pacjentów. Miałem okazję być na jednym z takich spotkań w Warszawie, to jest bardzo potrzebne. Tak jak już wspomniałem powinno być też więcej broszur i ulotek na temat chorób prostaty, tak by trafiły one do jak największej grupy mężczyzn, jednocześnie skłaniając ich do pójścia na badania.*  
**(Janusz z Bydgoszczy)**

*O swojej chorobie dowiedziałem się dzięki bezpłatnym badaniom organizowanym przez Centrum Onkologii w Kielcach. Po ogłoszeniu, które napotkałem w jednej z regionalnych gazet przyszedłem na spotkanie ze specjalistami organizowane przez Centrum. W trakcie spotkania wysłuchałem wykładów, a następnie zapisałem się na badania profilaktyczne. Wyniki przeprowadzonych badań okazały się niepokojące niestety na tyle, że lekarze zlecili mi ich powtórzenie. Kolejne badania tylko potwierdziły poprzedni wynik, zdiagnozowano u mnie nowotwór prostaty. Po przeprowadzeniu szeregu dodatkowych badań i analiz, polecono mi w trybie natychmiastowym zgłosić się na zabieg. Okoliczności, w których wówczas się znajdowałem, i planowany wyjazd do sanatorium sprawiły, że musiałem trochę odłożyć w czasie poddanie się zabiegowi. Po powrocie z sanatorium zgłosiłem się jednak do lekarza, trafiłem do prof. Chłosty (świetnego specjalisty), który przejrzał moje wyniki i potwierdził, że powinienem poddać się zabiegowi. Tak też się stało. Operacja się udała. Dziś po 7 latach od wykrycia nowotworu, lekarze nie diagnozują u mnie nic niepokojącego, nie zauważają przerzutów. Owszem chodzę na badania kontrolne i pozostaję pod stałą opieką lekarzy, ale chyba udało mi się pokonać chorobę.*

*Niestety odnoszę wrażenie, że pomimo postępu medycyny oraz tzw. szerokiej edukacji, obecnie z diagnostyką i profilaktyką nie jest tak dobrze. Dostęp do lekarzy jest utrudniony, pacjenci czekają na wizytę do urologa kilka miesięcy. Moim zdaniem zaniedbania w diagnostyce, a tym samym wyższa umieralność na raka, są*



*konsekwencją braku profilaktyki. Z jednej strony pacjenci sami stawiają barierę, po prostu nie chcą się badać, często nawet małżonki czy parterki nie mogą namówić mężczyzn na badanie. Dziwi mnie to, przecież badanie jest bezbolesne: składa się zazwyczaj z badania per rectum oraz testów PSA (analiza krwi), nie ma więc się czego obawiać. Z drugiej strony natomiast ci mężczyźni, którzy chcą skonsultować swoje obawy z lekarzem, napotykają barierę, mają utrudniony dostęp do specjalisty. Najpierw muszą uzyskać skierowanie do urologa, a następnie czekać na wizytę w długich kolejach, nawet miesiącami.*

*Dostęp do leczenia też nie jest najlepszy, wymaga zmian. Ceny leków z perspektywy chorych nadal są wysokie. Dla pacjenta ważna jest wysokość refundacji danego leku, czyli tyle ile realnie będzie musiał zapłacić za dany lek w aptece. Z drugiej stron natomiast limity ministerstwa powodują, że dobre i skuteczne leki, sprzedawane są za granicę, a polski pacjent udający się do apteki ma trudności z dostępem do nich, może kupić zamiennik, który jest mniej skuteczny. Takie sytuacje też się niestety zdarzają. Jakiś czas temu apelowałem nawet w tej sprawie do Premiera.*

*Co do wsparcia pacjentów, mam wrażenie że trochę za mało się robi. Owszem na szczęście istnieją takie organizacje jak Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, które swoje działania kieruje również do mężczyzn cierpiących na raka prostaty. Brakuje jednak wsparcia dla działań tego typu organizacji ze strony innych instytucji. Dawniej Centrum Onkologii organizowało tzw. Białe niedziele, w ramach których osoby chętne mogły skorzystać z konsultacji lekarskich czy badań. Dziś nie spotykam się z tego typu działaniami, co moim zdaniem nie wróży nic dobrego. Sam dzięki takiemu spotkaniu dowiedziałem się, że mam raka. Dziś jestem zdrowy, nie wiem co by było gdyby wówczas nie odszukał ogłoszenia w gazecie i sam nie zgłosił się do lekarza.*  
**(Marian z Kielc).**

*„Mając 53 lata musiałem podjąć decyzję: radykalna operacja czy poddanie się leczeniu farmakologicznemu. Wiązało się to z tym, że w pierwszym wariantcie nie będę już stuprocentowym mężczyzną, ale miałbym szanse na dłuższe życie, w*



*drugim natomiast byłyby one znacznie mniejsze. Po długich rozmowach z żoną zdecydowałem się – a właściwie wspólnie podjęliśmy decyzję – o radykalnej prostatektomii. Po operacji okres dochodzenia do równowagi psychicznej i fizycznej był znacznie dłuższy i trudniejszy niż podjęcie samej decyzji. Miotają mną sprzeczne uczucia, od skrajnego pesymizmu, po względny optymizm. Powoli przebudowywałem swoją psychikę i spojrzenie na otaczający mnie świat. Nauczyłem cieszyć się z każdego darowanego dnia. Wróciłem do prowadzenia własnej firmy, uprawiam w dalszym ciągu żeglarstwo.(...) W mojej walce z chorobą nieocenione jest wsparcie najbliższej rodziny – żony i syna. Dzięki nim jestem w stanie dalej działać. Mam też grono sprawdzonych przyjaciół, na których mogę liczyć. Jest to dla mnie bardzo ważne, szczególnie w trudnych chwilach postępu choroby. **(Cezary)** „<sup>15</sup>*

*„(...) w chwili potwierdzenia raka stercza miałem 51 lat, wszyscy bardzo mi współczuli. Nie kryłem się z moją chorobą w przeciwieństwie do innych. Chorzy i rodziny niechętnie o tym mówią, jakby to był jakiś wstyd i ich wina, że zachorowali. (...) Do wyboru miałem trzy metody:*

- operację radykalną tradycyjną metodą,
- operację radykalną laparoskopową,
- radioterapię.

*Długo zastanawiałem się nad tym, którą metodę wybrać – każda z nich ma swoje plusy jak i minusy. Po wielu konsultacjach, z wieloma specjalistami, zdecydowałem się na radykalną prostatektomię tradycyjną metodą, którą wykonałem w warszawskim Centrum Onkologii. Zdawałem sobie doskonale sprawę z konsekwencji, jakie za sobą niesie zabieg, ale biorąc pod uwagę mój młody jeszcze wiek i możliwość dłuższego czasu przeżycia, zrezygnowałem z radioterapii. Choć może wydać się to nietypowe, autentycznie bałem się późnych powikłań po radioterapii. Mimo znanych mi następstw zdecydowałem się na zabieg radykalny. Okres*

---

<sup>15</sup> Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, „Głos Pacjenta Onkologicznego” wydanie specjalne nr 1, październik 2013, str. 3 - 4.

*pooperacyjny przebiegł bez powikłań, jednak objawy, takie jak nietrzymanie moczu czy zaburzenia erekcji, stwierdziłem natychmiast po usunięciu cewnika. Nie były one dla mnie zaskoczeniem, jednak słysząc o przypadkach całkowitego trzymania moczu i prawidłowej erekcji, po cichu liczyłem, że będę w tej grupie chorych.*

*Niestety nie, ale wiedząc, że ćwiczenia czynią cuda, zacząłem rehabilitację, zgodnie z zaleceniami opracowanymi przez prof. Andrzeja Borówkę i prof. Marka Sosnowskiego. Początkowo ćwiczyłem w domu, a następnie po 6 tygodniach w zakładzie rehabilitacji w Centrum Onkologii na Ursynowie. Efekt nie był natychmiastowy, ale zaobserwowałem, iż stopniowo coraz mniej gubię mocz, bo tak to się ładnie mówi. Jaki jest efekt końcowy? Po 4 miesiącach pojechałem na wakacje, gdzie intensywnie pływając zdarzały się momenty, iż zapominałem, co to jest gubienie moczu!!! I tak to wygląda do dnia dzisiejszego. Co do zaburzeń erekcji jest to problem, który po stosowaniu niebieskiej tabletki (...) spowodował powrót do sprawności w takim stopniu, iż moja partnerka chyba nie narzeka – tu trzeba by ją zapytać i jednocześnie podziękować za cierpliwość i wyrozumiałość. **(Dr Tomasz Anderszewski)**"<sup>16</sup>*

## **2. Jakość życia chorych na raka gruczołu krokowego (w trakcie leczenia i po zakończeniu terapii)**

Zaburzenia psychiczne, depresja czy dysfunkcje seksualne, które towarzyszą chorym na raka gruczołu krokowego, znacznie obniżają jakość ich życia. Ponadto na standard i ocenę jakości życia chorych mają wpływ również metody terapii nowotworu prostaty, które powodują szereg różnych skutków ubocznych, odbijających się na życiu chorego w wymiarze krótko bądź długoterminowym.

---

<sup>16</sup> Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, „Głos Pacjenta Onkologicznego” wydanie specjalne nr 1, październik 2013, str. 8-9.

Mając na uwadze tak duży wpływ metod leczenia na życie pacjenta, obecnie jednym z czynników wpływających na wybór terapii jest właśnie jakość życia chorego.

W związku z powyższym w publikacjach medycznych można odnaleźć prace poświęcone zależnościom metod leczenia a standardem i jakością życia chorych na nowotwór prostaty. Poniżej prezentujemy kilka badań poświęconych tej problematyce.

### *Badanie przeprowadzone w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.*<sup>17</sup>

Celem badania była ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego w trakcie radioterapii radykalnej. Badanie zostało przeprowadzone w Centrum Onkologii w Bydgoszczy na grupie 26 mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego w wieku 53–86 lat, poddanych radykalnej radioterapii. Wszyscy chorzy byli w trakcie hormonoterapii.

Z przeprowadzonych badań wynika, że stan zdrowia chorego oraz podjęte leczenie wpłynęły istotnie na ich funkcjonowanie społeczne.

Najbardziej uwidocznilo się u chorych po leczeniu:

- ✓ zaburzenie życia rodzinnego – u 19,23%;
- ✓ potrzeba odpoczynku - często 23,08% chorych, a bardzo często 3,85%
- ✓ zaburzenia snu – często 15,38% chorych, a bardzo często u 11,54%.

Globalna ocena jakości życia korelowała z obniżoną oceną stanu zdrowia.<sup>18</sup>

### **Praca zawodowa i hobby**

Badania te nie wykazały znaczącego wpływu choroby i leczenia na wykonywanie pracy czy realizowanie hobby. Ponad połowa pacjentów nigdy nie odczuwała

---

<sup>17</sup> A. Nowicki, J. Staniewska, I. Tesmer, Ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego hospitalizowanych w trakcie radioterapii radykalnej. Część I i Część II, Współczesna Onkologia (2007) vol. 11; 8 (412–418), Współczesna Onkologia (2007) vol. 11; 9 (449–454).

<sup>18</sup> Tamże.

ograniczeń w wykonywaniu pracy. Autorzy podkreślają jednocześnie, że ograniczenia w wykonywaniu pracy czy realizowaniu hobby mogły wynikać z samego pobytu chorych w warunkach szpitalno-hotelowych i związanych z tym ograniczeniem kontaktów z innymi osobami.

### **Stan emocjonalny**

Podobnie nie zaobserwowano znaczącej różnicy w sferze emocjonalnej chorych przed leczeniem i po zakończeniu terapii. Rozdrażnienie, przygnębienie czy zamartwianie pozostawało cały czas na zbliżonym poziomie.

### **Życie seksualne i nietrzymanie moczu**

Radioterapia miała wpływ na zainteresowanie chorych współżyciem seksualnym, z badań wynika, iż większe zainteresowanie współżyciem seksualnym wykazywali pacjenci przed leczeniem (brak zainteresowania współżyciem seksualnym przed leczeniem deklarowało 26,92%, po leczeniu 46,1%).

Obniżeniu uległa również aktywność seksualna, ponad 73% pacjentów nie wykazywało aktywności seksualnej podczas leczenia, a nieliczni deklarowali, że czasami byli aktywni seksualnie. Przed leczeniem brak aktywności seksualnej dotyczyło 50% mężczyzn. U połowy mężczyzn aktywnych seksualnie ponad połowa skarżyła się na problemy ze z uzyskaniem lub utrzymaniem wzwodu. Po radioterapii wzrosła grupa chorych uskarżających się na ten problem.

Radioterapia miała też istotny wpływ na zatracenie męskości u chorych. Przed leczeniem 27% chorych nigdy nie odczuwało zatracenia męskości, a bardzo często 42,3%. Natomiast po zakończeniu leczenia problem ten nie dotykał 23%, a bardzo często dotykał grupy 53,8% chorych.

Jak wspominaliśmy w poprzednim rozdziale, nietrzymanie moczu jest jednym ze skutków ubocznych leczenia raka gruczołu krokowego. Poprzez wpływ NTM na życie

seksualne chorego dolegliwość ta pośrednio również ma silny związek z oceną jakości życia przez chorego.

*Badania dr Bartłomieja Gliniewicza z Katedry i Kliniki Urologii PAM*

Podobne badania prowadził dr Bartłomiej Gliniewicz z Katedry i Kliniki Urologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, który próbował zbadać ocenę jakości życia pacjentów leczonych metodą radykalnej prostatektomii załonowej. Wyniki badań wskazują na jakość życia po odbytym leczeniu mają wpływ występowanie nietrzymania moczu oraz zaburzenia sprawności seksualnej pacjentów. Analizując ocenę jakości życia chorych rok po przeprowadzonym zabiegu, wykazano, iż większość badanych odczuwała poprawę jakości życia i powrót do prawidłowej kontroli oddawania moczu. Poziom zaburzenia funkcji seksualnych pomimo upływu roku czasu nie uległ jednak poprawie, wręcz przeciwnie obniżył się. Spośród pacjentów aktywnych seksualnie przed zabiegiem 41,2% wykazuje aktywność także w rok po operacji, z czego 71% zgłasza duże problemy dotyczące liczby i jakości wzwodów.<sup>19</sup>

Z kolei zdaniem dr Romana Sosnowskiego z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie, po zastosowaniu prostatektomii, brachyterapii lub radioterapii u pacjentów stwierdza się różnego stopnia pogorszenie jakości życia seksualnego oraz trzymania moczu.

Czasem wpływ na jakość życia chorego ma nie tylko wybór metody leczenia, ale również w przypadku zabiegów operacyjnych, wybór techniki za pomocą której dana terapia jest przeprowadzana. Zdaniem autorów badania porównującego jakość życia chorych po operacjach laparoskopowych i klasycznych w większości przypadków

---

<sup>19</sup> B. Gliniewicz, Katedra i Klinika Urologii PAM w Szczecinie, Ocena jakości życia po prostatektomii radykalnej, Urologia Polska, 2006/59/Suplement 1.

procedury wideoskopowe zapewniają korzystniejszą pooperacyjną jakość życia w porównaniu z operacjami z dostępu otwartego.<sup>20</sup>

Jak wskazują pozytywcej przytoczone badania, leczenie nowotworu gruczołu krokowego wywiera istotny wpływ na pewne aspekty życia, obniżając jednocześnie jego jakość. Zastosowane metody leczenia, jak i sama choroba największy wpływ wywierają jednak na życie seksualne chorego, które dla mężczyzn odrywa znaczącą rolę, wpływa na poczucie ich własnej wartości, dlatego zaburzenia funkcji seksualnych tak silnie korelują z jakością życia.

### 3. Wsparcie psychologiczne

Wiadomość o chorobie nowotworowej, jaką jest rak gruczołu krokowego, jak pisaliśmy powyżej, wiąże się dla chorego z ogromnym przeżyciem oraz skrajnymi, bardzo silnymi emocjami. Ze względu na to bardzo istotna jest pomoc psychologiczna i wsparcie chorego zarówno w momencie postawienia diagnozy, w trakcie terapii, jak i po jej zakończeniu, gdyż dla części osób, które wygrały walkę z nowotworem, problem ten jednak nigdy nie zniknie, przez całe życie osoby te odczuwają lęk i obawy związane z nawrotem choroby.

Dlatego pomoc psychologiczna jest nierozłącznym elementem terapii nowotworu.

#### *Rodzina*

Bardzo często jednak zanim chory skorzysta z profesjonalnej pomocy psychologicznej, podstawową rolę we wsparciu emocjonalnym pełnią jego członkowie rodziny czy osoby bliskie. Opieka nad osobą z nowotworem wymusza na rodzinie

---

<sup>20</sup> Ł. Kaska, Z. Śledziński, J. Kobiela, W. Makarewicz, T. Stefaniak, Porównanie jakości życia po operacjach laparoskopowych i klasycznych, Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne, 2006; 2: 77–86.

często zmianę rytmu życia, podziału pełnionych ról, przeorganizowanie codziennego życia oraz co ważne najbliżsi chorego muszą poradzić sobie z lękiem, żalem, bezsilnością oraz niepewnością co zdarzy się jutro, za miesiąc czy rok. Niestety ciężar, z którym muszą się zmierzyć, w przypadku gdy uciążliwa choroba przedłuża się, bardzo często powoduje, że na skutek fizycznego i psychicznego wyczerpania oni sami potrzebują właściwej pomocy psychologicznej.

### *Psychoonkolog*

Takiego wsparcia może choremu oraz jego rodzinie udzielić psychoonkolog, specjalista którego zadaniem jest złagodzenie bólu emocjonalnego i innych psychicznych następstw choroby nowotworowej i jej leczenia.

Niska ocena jakości życia i obniżony nastrój towarzyszący chorobie nowotworowej prostaty mają negatywny wpływ na funkcjonowanie układu odpornościowego, którego prawidłowe jest bardzo istotne w walce z nowotworem i jego powikłaniami. Dlatego pomoc psychoonkologa to nie tylko złagodzenie objawów psychicznych, to również nieodzowny element terapii właściwej. Efektem terapii psychoonkologicznej może być więc poprawa jakości życia, ale również szybszy powrót do zdrowia fizycznego. Rola psychoonkologa i jego współpracy z chorym uwarunkowana jest zazwyczaj od etapów choroby i konkretnych potrzeb chorego na w poszczególnych stadiach zaawansowania choroby.

Pomoc psychologiczna oferowana jest pacjentom w różnej formie. Mogą oni skorzystać z terapii indywidualnej, jak również z grup wsparcia czy poradnictwa. W takiej terapii bardzo często mogą wziąć udział wspólnie z małżonkami czy innymi osobami bliskimi.



## Grupy wsparcia

Możliwość porozmawiania z kimś, kto jest w takiej samej sytuacji przynosi natychmiastową ulgę choremu, dlatego bardzo pomocne są formy terapii psychologicznej oparte na grupach wsparcia. „Uświadomieni sobie, co przeżywają inni, sprawia, że nasze problemy stają się mniej ważne”.<sup>21</sup> Przytoczone w publikacji Roberta Altman „Prostata. Schorzenia i ich leczenie” jedno z badań porównawczych dowodzi, iż pacjenci uczestniczący w grupach wsparcia mają lepsze wyniki testów psychologicznych oraz obserwuje się u nich poprawę stanu zdrowia w porównaniu z chorymi, którzy nie biorą udziału w grupach wsparcia.

W Polsce tego typu grupy wsparcia bardzo często są organizowane za pośrednictwem stowarzyszeń pacjenckich, fundacji i innych organizacji pozarządowych zajmujących się chorymi na nowotwór prostaty. Często też chorzy szukają pomocy za pośrednictwem Internetu, angażując się w rozmowy na forach internetowych, poszukując porad i wskazówek.

Poniżej prezentujemy organizacje, które zajmują się wsparciem i pomocą dla osób z nowotworem gruczołu krokowego:

### STOWARZYSZENIA PACJENTÓW:

- **Sekcja Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”**

ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

e-mail: [kontakt@sekcjaprostaty.pl](mailto:kontakt@sekcjaprostaty.pl), [zg@uroconti.pl](mailto:zg@uroconti.pl)

[www.sekcjaprostaty.pl](http://www.sekcjaprostaty.pl); tel. 22 279 49 08

---

<sup>21</sup> R Altman, Prostata. Schorzenia i ich leczenie, Książka i wiedza, Warszawa 1999, 2007, str. 138.



- **Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”  
im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego**  
ul. Roentgena 5, 02 - 781 Warszawa  
e-mail: [stowarzyszenie.gladiator@poczta.fm](mailto:stowarzyszenie.gladiator@poczta.fm)  
[www.gladiator-prostata.pl](http://www.gladiator-prostata.pl)

FUNDACJE REPREZENTUJĄCE PACJENTÓW:

- **Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych**  
ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa  
e-mail: [info@pkopo.pl](mailto:info@pkopo.pl)  
[www.pkopo.pl](http://www.pkopo.pl)
- **Fundacja Wygrajmy Zdrowie im. prof. Grzegorza Madeja**  
ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa  
e-mail: [fundacja@wygrajmyzdrowie.pl](mailto:fundacja@wygrajmyzdrowie.pl)  
[www.wygrajmyzdrowie.pl](http://www.wygrajmyzdrowie.pl)

## ZASADY REFUNDACJI

Nie ma jednej standardowej drogi, dedykowanej każdemu pacjentowi, u którego zdiagnozowano raka prostaty. Ścieżka pacjenta zależy od wielu czynników, takich jak wiek, zaawansowanie choroby, choroby współistniejące czy stopień złośliwości raka. Ostateczną decyzję o przebiegu leczenia podejmują wspólnie pacjent i lekarz specjalista, po wcześniejszym zapoznaniu chorego z korzyściami i skutkami ubocznymi każdej z obecnie stosowanych form terapii.

### 1. Diagnostyka

Diagnostyka raka stercza, w przypadku pacjentów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, jest w pełni finansowana z budżetu NFZ. Ubezpieczenie obejmuje wizyty u lekarza rodzinnego, konsultacje w poradni urologicznej oraz badania diagnostyczne (laboratoryjne i mikrobiologiczne).

W pierwszej kolejności pacjent, który zaobserwował u siebie niepokojące objawy, powinien udać się do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz wykona wstępną diagnostykę i wykluczy zakażenia, cukrzyce i zbada prawidłowe funkcjonowanie nerek. Lekarz rodzinny może wykonać również badanie prostaty per rectum, w praktyce jednak rzadko ma to miejsce. Jeżeli lekarz rodzinny ma jakikolwiek wątpliwości wydaje pacjentowi skierowanie do urologa bądź do onkologa lub do radioterapeuty. Lekarz specjalista przeprowadza dalszą diagnostykę (w zależności od stanu chorego: testy krwi, badanie per rectum, ultrasonografie stercza, uroflowmetrie (przepływ cewkowy), biopsje stercza – może być wykonywana w gabinecie lekarskim bądź w szpitalu w ramach świadczeń ambulatoryjnych, zabieg ten wymaga znieczulenia, tomografie komputerową, rezonans magnetyczny, scyntygrafii kości). Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz prowadzący są w

pełni refundowane, wykonywane są na podstawie skierowania, w miejscu wskazanym przez lekarza.

Gdy lekarz ma wyniki badań potwierdzające diagnozę, kieruje pacjenta na dalsze leczenie (w ramach leczenia szpitalnego bądź w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Decyzja o wyborze leczenia zależy od wielu czynników. Wskazane jest, aby rozstrzygnięcia zapadały przy udziale zespołu specjalistów składającego się z urologa, onkologa klinicznego i onkologa radioterapeuty. Następnie pacjent dostaje od specjalisty skierowanie na wybraną terapię.

## 2. Leczenie chirurgiczne

Prostatektomia radykalna jest poważnym zabiegiem operacyjnym wykonywanym w szpitalu na bloku operacyjnym. Chorzy posiadający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ mają gwarancje, że wszystkie niezbędne czynności i zabiegi lecznicze przeprowadzane w czasie pobytu w szpitalu zostaną wykonane bezpłatnie. Chory ma prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ - może wybrać dowolną placówkę na terenie całej Polski. Pacjent kierowany jest na operacje przez lekarza specjalistę. Prostatektomia radykalna wykonywana jest w Polsce w ramach refundacji następującymi metodami: klasyczna prostatektomia - operacja otwarta, prostatektomia laparoskopowa. Istnieje możliwość wykonania prostatektomii przy użyciu robota da Vinci (zabieg ten jest najmniej inwazyjny), jednak metoda ta nie jest w Polsce finansowana z budżetu państwa.

Pacjent po prostatektomii, zazwyczaj wraca do formy szybko i po kilku dniach może wrócić do domu.

### 3. Radioterapia

Radioterapia może być radykalna (celem jest wyleczenie) bądź paliatywna. Wyróżniamy dwa rodzaje radioterapii:

**Radioterapia z pól zewnętrznych** jest w pełni finansowana ze środków NFZ, zazwyczaj chorzy poddawani są leczeniu w trybie ambulatoryjnym, jedynie w niektórych przypadkach pacjent musi zostać w szpitalu. Metoda ta polega na napromienianiu gruczołu krokowego przy użyciu specjalnych aparatów. Przed rozpoczęciem terapii onkolog radioterapeuta wyznacza pole do napromieniania. Aby chory przyjął odpowiednią dawkę napromieniowania wystarczy zaledwie kilka minut leżenia pod aparatem do radioterapii, potem może opuścić placówkę. Leczenie trwa ok. 7 tygodni, chory naświetlany jest przez 5 dni, następnie w weekend następuje przerwa na regenerację tkanek.

**Brachyterapia (HDR-BT)** z użyciem źródeł o wysokiej i średniej mocy dawki. Zabieg realizowany jest w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, oznacza to, że jest w całości finansowany przez NFZ, chory pozostaje w szpitalu 1-3 dni. Brachyterapia polega on na wprowadzeniu za pomocą igieł (zabieg wykonuje się w pełnym znieczuleniu) izotopu promieniotwórczego bezpośrednio w okolice guza. Metodę tę stosuje się u chorych z małym zaawansowaniem choroby nowotworowej.

Decyzje, który rodzaj radioterapii będzie najlepszy dla danego pacjenta podejmuje lekarz onkolog radioterapeuta.

29 lipca 2013 r. Prezes Agencji zarekomendował zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „leczenie raka stercza brachyterapią o niskiej mocy dawki (LDR)”, jako

świadczenia gwarantowanego, do realizacji w zakresie leczenia szpitalnego na okres 2 lat, pod warunkiem, że koszty realizacji tego świadczenia nie przekroczą łącznych kosztów teleradioterapii. Do chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia nie podjęło decyzji czy metoda ta zostanie objęta refundacją i w jakim zakresie.

#### 4. Hormonoterapia

Hormonoterapia polega na usunięciu z ustroju męskich hormonów płciowych. Klasyczną metodą hormonoterapii jest operacyjne usunięcie obu jąder (tzw. kastracja chirurgiczna). Zabieg ten jest stosowany od wielu lat, w pełni finansowany przez NFZ, stosunkowo prosty, jednak dla wielu mężczyzn nie do zaakceptowania z przyczyn emocjonalnych i kulturowych. Alternatywą jest tzw. kastracja farmakologiczna. Nie prowadzi ona jednak do wyleczenia, może jedynie spowolnić postęp choroby na wiele miesięcy bądź lat. Decyzje, jakie leki hormonalne zastosować podejmuje lekarz urolog lub onkolog. Leki te wydawane są na receptę w aptece.

Hormonoterapia mająca na celu wyeliminowanie lub ograniczenie produkcji testosteronu przez jądra:

**Stosowanie agonistów/analogów LHRH** (buserelina, goserelina, histerelina, leuprorelina, triptorelina) uważane jest za podstawowe leczenie miejscowo zaawansowanego i uogólnionego raka gruczołu krokowego.

Obecnie w Polsce refundowane są następujące substancje:

- we wskazaniu: nowotwory złośliwe: rak prostaty:



Preparat	Dawka	Cena za lek po refundacji
goserelina	3,6 mg	3,20
goserelina	10,8 mg	9,66
octan leuproreliny	22,5 mg	14,69
octan leuproreliny	45 mg	19,20
octan leuproreliny	7,5 mg	12,08
leuprorelin	3,6 mg	3,20
leuprorelin	5 mg	8,96
octan leuproreliny	11,25 mg	191,95
octan leuproreliny	3,75 mg	71,59
triptorelina	3,75 mg	3,20
triptorelina	11,25 mg	9,60
triptorelina	3,75 mg	59,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykazu leków refundowanych z dnia 1 września 2014 r.

Buserelina i histerelina nie są w Polsce refundowane.

### Stosowanie antagonistów LHRH (abareliks, degareliks).

Obecnie w Polsce refundowana jest jedna substancja:

- we wskazaniu: zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego:

Preparat	Dawka	Cena za lek po refundacji
degarelix	80 mg	3,20
degarelix	120 mg	9,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykazu leków refundowanych z dnia 1 września 2014 r.

Abareliks nie jest zarejestrowany do stosowania u ludzi w Polsce.

### Stosowaniu antyandrogenów:

- niesteroidowych (bikalutamid, flutamid, nilutamid)
  - we wskazaniu: nowotwory złośliwe:

Preparat	Dawka	Cena za lek po refundacji
flutamid	250 mg (30 tabl.)	3,10
flutamid	250 mg (90 tabl.)	4,19

**flutamid 250 mg (100 tabl.) 0**

*Źródło: opracowanie własne na podstawie wykazu leków refundowanych z dnia 1 września 2014 r.*

Nilutamid nie jest zarejestrowany w Polsce.

Bikalutamid dostępny jest w aptece na receptę w 100% odpłatności. Chorzy zakwalifikowani do podania chemioterapii, we wskazaniu nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, mogą skorzystać z tego leku bezpłatnie w ramach leczenia zamkniętego.

- steroidowych (octan cyproteronu - CPA, octan megestrolu, octan medroksyprogesteronu). Poniżej prezentujemy leki refundowane z tej grupy:

Preparat	Dawka	Cena za lek po refundacji
octan cyproteronu	50mg (20 tabl.)	20,22
octan cyproteronu	50mg (50 tabl.)	33,27
octan megestrolu	40 ml	6,40
octan megestrolu	40 mg/ml	6,40
octan megestrolu	40 mg/ml	6,40
octan megestrolu	40 mg/ml	6,40

*Źródło: opracowanie własne na podstawie wykazu leków refundowanych z dnia 1 września 2014 r.*

Octan medroksyprogesteronu jest refundowany w innych wskazaniach.

W 2013 r. w Unii Europejskiej zarejestrowano dwa nowe leki stosowane w terapii zaawansowanego raka prostaty: zaliczany do nowoczesnej hormonoterapii: enzalutamid oraz działający na przerzuty do kości dichlorek radu 223. Ani enzalutamid, ani dichlorek radu 223 nie są obecnie refundowane w Polsce. Zasadność finansowania tych leków ze środków publicznych nie została jeszcze oceniona przez Agencję Technologii Medycznych (AOTM). W dniu 20 marca 2014 r. Minister Zdrowia wydał wstępną pozytywną opinię odnośnie do treści

przedstawionego programu lekowego, o której wydanie wnioskował podmiot odpowiedzialny.<sup>22</sup>

## 5. Chemioterapia

Chemioterapia jest leczeniem z wyboru w sytuacji wystąpienia raka prostaty opornego na kastrację i postępu choroby mimo stosowania klasycznego leczenia hormonalnego. Decyzję o podaniu chemioterapii podejmuje onkolog.

Podaje się głównie następujące cytostatyki: mitoksantron i prednizon lub docetaksel. Inne leki stosowane w chemioterapii raka prostaty to doksorubicyna, estramusin, etopozyd, winblastyna, bicalutamid i karboplatyna, cisplatyna, cyklofosfamidum, dakarbazyna, gemcytabina, ifosfamid, winkrystyna, vinorelbina. Podawane są one w szpitalu, przy udziale onkologa. Wszystkie wymienione substancje są w 100% refundowane przez NFZ w ramach chemioterapii.

Od 2014 roku pacjenci z zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego, u których przestała działać standardowa hormonoterapia (tzw. rak prostaty oporny na kastrację), a choroba postępuje w trakcie lub po chemioterapii mogą skorzystać z leczenia za pomocą leku nowej generacji - octanu abirateronu. Octan abirateronu dostępny jest dla pacjentów bezpłatnie w ramach programu lekowego: leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. Lek ten po terapii docetakselem wydłużył ogólne przeżycie pacjentów średnio o 4-5 miesięcy.

---

<sup>22</sup> [http://orka.sejm.gov.pl/izo7.nsf/www1/i25082o0/\\$File/i25082o0.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/izo7.nsf/www1/i25082o0/$File/i25082o0.pdf) (dostęp: 15.07.2014).



Pacjenci z zaawansowanym hormonoopornym rakiem gruczołu krokowego z przerzutami do kości mają również bezpłatny dostęp (w ramach refundacji) do leku opartego na substancji acidum zoledronicum, stosowanej w prewencji powikłań kostnych.

Eksperci zwracają uwagę, że w przeciągu ostatnich 4 lat na świecie pojawiło się kilka nowych, bardzo skutecznych leków stosowanych w leczeniu raka prostaty. Pacjenci w Polsce mają dostęp tylko do jednego z nich - octanu abirateronu. Aby nowoczesne leki mogły zostać objęte refundacją w Polsce muszą otrzymać rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), niestety często procedura ta trwa wiele miesięcy. Niestety pozytywna opinia AOTM nie gwarantuje, że dana terapia zostanie objęta przez NFZ refundacją. Pozytywna rekomendacja zapoczątkowuje jedynie proces negocjacji między resortem zdrowia a producentem. Niestety, w związku z niskim progiem opłacalności ustalonym przy ocenie nowoczesnych terapii oraz skomplikowanymi procedurami refundacyjnymi często kończy się on fiaskiem.

Tymczasem pacjenci pokładają w innowacyjnych terapiach ogromne nadzieje i nie chcą pogodzić się z faktem, że wszystkie możliwości terapeutyczne na jakie mogli liczyć w Polsce zostały wyczerpane. Chory ma prawo skorzystać z każdej możliwej formy terapii uznanej przez medycynę, wyjaśnienia, że jakaś metoda nie jest dostępna ponieważ trwają negocjacje w resorcie zdrowia są nie do przyjęcia.

*„[...] Nie możemy straszyć pacjentów, ale dawać im realną nadzieję. Znam chorych, którzy czekają na możliwość zastosowania u nich nowych terapii i czują się źle traktowani, odrzuceni. Nasze zadanie na dziś to — w kontekście ogromnego zagrożenia chorobami nowotworowymi — dobra współpraca wielodyscyplinarnych zespołów wyposażonych w wiedzę i empatię oraz nowoczesne narzędzia mogące na*

*każdym etapie choroby zapewnić pacjentowi dobrą jakość życia”. [dr Mariola Kosowicz, kierownik Zakładu Psychoonkologii COI w Warszawie]<sup>23</sup>*

*„Możemy tylko motywować pacjenta, by się nie poddawał i zapewnić, że będziemy prowadzić jego leczenie w taki sposób, by w jak najlepszym stanie doprowadzić go do momentu, kiedy ów oczekiwany lek będziemy mogli zastosować. Pacjent ma wówczas „punkt uchwytu”, dla którego warto walczyć. Jeżeli by wiedział, że lek jest, ale w perspektywie pięciu lat go nie otrzyma, to rozmowa byłaby dramatycznie ciężka. Na razie jako środowisko mamy nadzieję, że te leki pojawią się jednak wcześniej niż później, choć frustrująca jest wiedza, że proces negocjacyjny, nawet po korzystnej decyzji AOTM, potrafi trwać nawet ponad rok.” [prof. Piotr Wysocki, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej]<sup>24</sup>*

Dr Michał Sutkowski, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych na Warszawę podkreśla, że jakość życia ma ogromne znaczenie w przypadku pacjentów onkologicznych, zwłaszcza w przypadku pacjentów w bardzo zaawansowanym stadium choroby. Dlatego należy zagwarantować choremu każdą nowoczesną formę terapii. Zdaniem specjalisty na jakość życia składają się takie elementy jak: brak bólu, wsparcie, ciągłość terapii i wydłużenie życia.

*„Możliwe stało się wydłużenie życia.[...] W przypadku raka stercza potrzebne są do tego nowoczesne technologie medyczne. Dlatego bardzo ważne jest, żeby polscy onkolodzy i polscy pacjenci mieli dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia i do najnowocześniejszej farmakoterapii mogących również poprawiać jakość życia.” [dr Michał Sutkowski]<sup>25</sup>*

<sup>23</sup> <http://dialogdlazdrowia.pulsmedycyny.pl/3689929,43991,dialog-dla-zdrowia-w-trosce-o-mezczyzne-rak-prostaty> (dostęp: 15.07.2014).

<sup>24</sup> <http://dialogdlazdrowia.pulsmedycyny.pl/3689929,43991,dialog-dla-zdrowia-w-trosce-o-mezczyzne-rak-prostaty> (dostęp: 15.07.2014).

<sup>25</sup> [http://www.biznes.newseria.pl/news/polacy\\_maja\\_ograniczony,p1654123461](http://www.biznes.newseria.pl/news/polacy_maja_ograniczony,p1654123461) (dostęp: 15.07.2014).

## REKOMENDACJE

### 1. Profilaktyka i leczenie

Co roku w Polsce ok. 9 tys. osób dowiaduje się, iż cierpi na raka gruczołu krokowego. Niestety bardzo często diagnoza stawiana jest w stadium wysokiego zaawansowania, gdzie nowotwór ma już przerzuty na inne organy, wówczas możliwości leczenia są ograniczone. Mimo wzrostu świadomości społeczeństwa nt. nowotworów i znaczenia profilaktyki we wczesnym ich rozpoznaniu, mężczyźni nadal rzadko chodzą do lekarza i unikają rutynowych badań. Na ogół sytuacja ta jest wynikiem szkodliwego wstydu, lęku przed badaniem oraz postawioną diagnozą. Dlatego bardzo ważnym elementem pracy lekarza powinno być przełamanie wstydu i budowanie świadomości pacjenta, nt. tego, że wczesnie zdiagnozowany rak stercza w wielu przypadkach jest tylko obserwowany, a szanse na jego całkowite wyleczenie są bardzo wysokie.<sup>26</sup>

Aby zmniejszyć ryzyko zachorowań na raka prostaty oraz rozwój choroby wśród mężczyzn, zaleca się aby każdy mężczyzna po ukończeniu 40 roku życia poddał się profilaktycznemu badaniu PSA, mierzącemu stężenie białka wytwarzanego przez gruczoł prostaty. Badanie to pomaga we wcześniejszym wykryciu nieprawidłowości w obszarze gruczołu krokowego i jest bodźcem do przeprowadzenia szerszej diagnostyki. W przypadku chorób nowotworowych bardzo istotne jest szybkie rozpoznanie i rozpoczęcie procesu leczenia. Dlatego też w celu przyspieszenia procedury diagnostycznej, specjaliści rekomendują zwiększenie współpracy między lekarzem rodzinnym, urologiem i onkologiem. W rozpoznaniu nowotworu gruczołu

---

<sup>26</sup> <http://www.rp.pl/arttykul/1127236.html?print=tak&p=0> (dostęp: 21.08.2014).

krokowego kluczową rolę powinien odgrywać lekarz pierwszego kontaktu, poprzez możliwość zlecenia badania PSA i USG, oraz wykonywanie badania per rectum.<sup>27,28</sup>

Być może współpraca ta nabierze realnego kształtu po wprowadzeniu z dniem 1 stycznia 2015 r. tzw. pakietu onkologicznego, który składa się z 3 ustaw: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa oraz ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Na mocy tego dokumentu lekarz rodzinny będzie mógł m. in. zlecić większą ilość badań, która pomoże w dalszej diagnostyce. Dla pacjentów onkologicznych wprowadzona zostanie karta leczenia onkologicznego. Dzięki niej pacjent, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stwierdzi zagrożenie nowotworu złośliwego, będzie miał prawo do diagnostyki onkologicznej bez skierowania. Proponowane zmiany mają na celu skrócenie czasu diagnozy oraz jak najszybsze rozpoczęcie terapii w przypadku stwierdzenia nowotworu, dlatego w projekcie wskazano, iż potwierdzenie bądź wykluczenie nowotworu u pacjentów musi nastąpić w okresie nie dłuższym niż 7 tygodni.<sup>29</sup>

Niezwykle ważnym elementem podczas diagnozy i leczenia pacjentów onkologicznych jest podejście lekarzy. Należy pamiętać, że chory na raka prostaty jest pacjentem szczególnym, zazwyczaj wiadomość o chorobie jest traktowana przez niego jak wyrok. Zatem każdy lekarz prowadzący powinien stworzyć atmosferę wzajemnego zaufania, w taki sposób, aby w przypadku rozpoznania nowotworu pacjent wiedział jak będzie wyglądało leczenie choroby i był w stanie je zaakceptować.<sup>30</sup> Ponadto, w zależności od stosowanej terapii jakiej poddawani są mężczyźni z nowotworem prostaty, mogą pojawić się skutki uboczne w postaci ubytku masy ciała, niedokrwistości, obniżenie nastroju, zaburzeń erekcji. Powikłania te mogą wpłynąć

<sup>27</sup> <http://dialogdlazdrowia.pulsmedycyny.pl/3689929,43991,dialog-dla-zdrowia-w-trosce-o-mezczyznie-rak-prostaty> (dostęp: 04.08.2014).

<sup>28</sup> <http://www.rp.pl/arttykul/1127236.html?print=tak&p=0> (dostęp: 17.08.2014).

<sup>29</sup> <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/pakiety-kolejkowy-i-onkologiczny-przyjete-przez-sejm> (dostęp: 21.08.2014).

<sup>30</sup> [http://www.biznes.newseria.pl/news/przyszloscia\\_walki\\_z\\_p773433349](http://www.biznes.newseria.pl/news/przyszloscia_walki_z_p773433349) (dostęp: 21.08.2014).

niekorzystnie na chorego, ale również na jego relacje z otoczeniem, czego skutkiem niejednokrotnie są objawy depresyjne u chorych. W związku z tym w trakcie leczenia pacjentów z rakiem prostaty zalecana jest ścisła współpraca między lekarzami różnych specjalności, także z psychologiem i psychiatrą.<sup>31</sup>

W leczeniu raka prostaty, ważna jest zmiana w podejściu do pacjenta. Eksperci wskazują, iż należy położyć nacisk na spersonalizowane terapie. Ważne jest to, aby w momencie postawienia diagnozy i oszacowania rokowań, dostosować terapie dla konkretnego pacjenta.<sup>32</sup>

Wskazane jest odejście od standardowej procedury leczenia pacjentów z rakiem prostaty, w której pierwsza faza opiera się o kurację prowadzoną przez urologa, gdzie stosowane jest leczenie miejscowe, następnie hormonoterapia, a dopiero w momencie gdy leczenie to staje się bezskuteczne, pacjent kierowany jest do onkologa. Potrzebna jest zmiana podejścia w sposobie leczenia poprzez włączenie konsultacji uroonkologicznych już w pierwszej fazie kuracji, i prowadzenie równoległe hormono- i radioterapii. Równoczesne włączenie terapii znacznie poprawia rokowania chorych oraz wydłuża czas życia średnio o 17 miesięcy,<sup>33</sup>

## 2. Leczenie operacyjne przy zastosowaniu robotów

Należy zagwarantować chorym dostęp do nowoczesnych terapii operacyjnych, które przede wszystkim w USA i krajach Europy Zachodniej są już powszechnie stosowane. Nieinwazyjne operacje z wykorzystaniem robotów są ogromnym ułatwieniem dla lekarzy chirurgów, gdyż gwarantują precyzyjne wykonanie poważnego zabiegu przy

---

<sup>31</sup> <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artykul.php?2546> (dostęp: 21.08.2014).

<sup>32</sup> [http://www.biznes.newseria.pl/news/przyszloscia\\_walki\\_z\\_p773433349](http://www.biznes.newseria.pl/news/przyszloscia_walki_z_p773433349) (dostęp: 17.08.2014).

<sup>33</sup> Tamże.

minimalnej utracie krwi.<sup>34</sup> Natomiast pacjent po tego typu zabiegu może liczyć na mniejszy ból pooperacyjny, szybką rekonwalescencję, a co za tym idzie - lepsze wyniki kliniczne. Bardzo ważne w tym przypadku jest wyeliminowanie dyskomfortu psychicznego związanego z tradycyjną operacją. Większość pacjentów po operacji tą metodą jest w stanie opuścić szpital nawet w drugiej dobie po zabiegu, czyli znacznie szybciej niż ci, którzy przeszli tradycyjne operacje otwarte.

Obecnie największa ilość operacji przeprowadzanych przy użyciu robotów dotyczy urologii. Badania wskazują, iż 97% pacjentów po nieinwazyjnej operacji usunięcia prostaty, w leczeniu raka gruczołu krokowego odzyskuje pełną sprawność seksualną w ciągu 12 miesięcy od procedury.<sup>35</sup>

Obecnie w Polsce pacjenci mają ograniczony dostęp do tego typu terapii. Na dzień dzisiejszy aparatura tego typu dostępna jest jedynie w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. W porównaniu z innymi krajami, pod tym względem jesteśmy w ogonie Europy, dlatego też powinny zostać wdrożone procedury pozwalające na dodatkowe leczenie przy pomocy robota. W tym przypadku NFZ powinien kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta i jego szybkim powrotem do zdrowia, a nie jak do tej pory ekonomią.

### ***Ilość robotów chirurgicznych w wybranych krajach(szt.)***

<b>USA</b>	<b>Francja</b>	<b>Holandia</b>	<b>Rumunia</b>	<b>Czechy</b>	<b>Bułgaria</b>	<b>Polska</b>
<b>2 000</b>	<b>73</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<sup>34</sup> Źródło: <http://www.medim.pl/aktualnosci.php> (dostęp: 17.08.2014).

<sup>34</sup> <http://www.eonkologia.pl/Rak-prostaty-meski-problem-Rozmowa-z-prof-Markiem-Sosnowskim-kierownikiem-Kliniki-Urologii-Uniwersytetu-Medycznego-w-Lodzi,6348,6485.html> (dostęp: 04.08.2014).

<sup>35</sup> <http://www.medim.pl/aktualnosci.php> (dostęp: 17.08.2014).

### 3. Poszerzenie możliwości terapeutycznych o nowoczesne terapie

Pacjentom, wśród których nowotwór prostaty okazał się odporny na kastrację, należy zapewnić dostęp do nowoczesnych terapii farmakologicznych. Wdrożenie leczenia na tym poziomie zaawansowania choroby nie tylko pozwala odzyskać kontrolę nad procesem nowotworowym, ale także zwiększa rokowania pacjenta, zapobiega przerzutom oraz znacznie podnosi jakość jego życia.<sup>36</sup>

W Polsce osoby cierpiące na ten rodzaj nowotworu, nadal mają ograniczony dostęp do pełnego wachlarza terapii. W tej kwestii w stosunku do USA i krajów Unii Europejskiej jesteśmy opóźnieni o ok. 2 lata. Wynika to przede wszystkim z długotrwałych procedur związanych z wprowadzeniem leku na listę refundacyjną. Obecnie w Polsce w ramach nowoczesnej terapii raka prostaty opornego na kastrację, dostępny jest tylko octan abirateronu, który jest zarejestrowany w Polsce od 2011r., zaś na listę leków refundowanych wpisano go w styczniu 2014r. Zatem w porównaniu do krajów europejskich lek został wprowadzony z bardzo dużym opóźnieniem, wcześniej dostęp to terapii octanem abirateronu miały kraje, o podobnym do Polski PKB – Bułgaria, Czechy, Węgry, Słowenia i Słowacja.

W chwili obecnej onkolodzy zalecają wprowadzenie kolejnego leku stosowanego w ramach terapii ostatniej szansy – enzalutamidu, który wydłuża życie średnio o 4-5 miesięcy. Jednak bez zmian w dostępie do refundowanych farmaceutyków, po wyczerpaniu wszystkich możliwości terapii hormonalnej opartej na dostępnych w Polsce lekach, onkolog nie może zaproponować choremu kolejnego etapu leczenia.<sup>37</sup>

W związku z powyższym wskazane jest skrócenie procedur związanych z oceną danego leku przez Agencję Ocen Technologii Medycznych oraz zmiana w kryteriach

---

<sup>36</sup> <http://dialogdlazdrowia.pulsmedycyny.pl/3689929,43991,dialog-dla-zdrowia-w-trosce-o-mezczyznie-rak-prostaty> (dostęp: 04.08.2014).

<sup>37</sup> Tamże.



wprowadzania leków na listę refundacyjną. Przy podejmowaniu decyzji o dostępie leku dla pacjentów w ramach refundacji powinna decydować jego skuteczność w leczeniu raka prostaty opornego na kastrację, możliwość przedłużenia życia chorego oraz poprawa jakości życia, a nie jak do tej pory konieczność dostosowania cen leków do możliwości finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.<sup>38</sup> W ramach leczenia raka prostaty opornego na kastrację, wskazuje się również wprowadzenie programu lekowego, który umożliwi optymalne stosowanie różnych terapii, w formie leczenia sekwencyjnego – stosowania kilku leków, jeden po drugim.<sup>39</sup>

### **Terapie lekowe stosowane w przypadku raka opornego na kastrację**

<b>Polska</b>	<b>Kraje Unii Europejskiej</b>	<b>USA</b>
<b>docetaksel, octan abirateronu</b>	<b>docetaksel, enzalutamid, kabazitaksel, octan abirateronu</b>	<b>afaradin (chlorek radu 223), docetaksel, enzalutamid, kabazitaksel, octan abirateronu</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych od fundacji „Wygrajmy Zdrowie”.*

<sup>38</sup> Dane uzyskane od fundacji „Wygrajmy Zdrowie”.

<sup>39</sup> <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Reumatologia/Lekarze-nowe-leki-na-raka-prostaty-to-dluzsze-zycie-dobrej-jakosci,143638,1011,0.html> (dostęp: 17.08.2014).

## PODSUMOWANIE

W przeciągu kilku ostatnich lat sytuacja pacjentów cierpiących na raka prostaty z pewnością się poprawiła. Specjaliści zwracają uwagę na wzrost świadomości mężczyzn (zwłaszcza mieszkańców dużych miast) co do konieczności badań profilaktycznych i prowadzenia zdrowego trybu życia oraz na coraz skuteczniejszą diagnostykę. Również dostępność do leczenia pierwszej linii (zabiegi chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia docetakselem) wypada stosunkowo dobrze, choć należy dążyć do sytuacji, w której wszyscy chorzy wymagający zabiegu chirurgicznego bądź radioterapii będą mogli skorzystać z terapii od ręki. W przypadku nowotworów nie ma miejsca na oczekiwanie w kolejce.

Gorzej wypada dostępność terapii dedykowanych pacjentom z zaawansowanym nowotworem stercza. Wciąż oferta, którą mają do zaproponowania chorym polscy lekarzy jest niewielka, w stosunku do katalogu refundowanych terapii dostępnych w innych europejskich krajach czy też USA. Pacjenci w Polsce z tzw. nowotworem opornym na kastrację nadal nie mogą skorzystać z najnowszych terapii przedłużających życie i poprawiających jego jakość takich jak: enzalutamid, izotop radu (rad 223) czy kabazitaksel. Dostęp do leków tego typu ma ogromne znaczenia dla chorych w stanie terminalnym, którzy walczą o każdy miesiąc życia, ale życia dobrej jakości. Co więcej wiara chorego w dostępność skutecznej terapii pozwala mu poradzić sobie z traumą wynikającą z nawrotu choroby. Nie możemy odbierać choremu wiary w możliwość wyleczenia. Chory musi mieć świadomość, że jedna przegrana bitwa nie oznacza złożenia broni. Poinformowanie chorego, że w przypadku pacjentów onkologicznych mamy do czynienia z leczeniem sekwencyjnym, to znaczy niepowodzenie jednej terapii nie oznacza zakończenia leczenia pozwala choremu przezwyciężyć lęk i rezygnację.

Należy pamiętać, że na świecie dąży się do spersonalizowanej terapii pacjentów cierpiących na raka prostaty. Chorzy w tym samym stadium raka, w podobnym stanie ogólnym nie koniecznie potrzebują takiej samej terapii, dlatego specjaliści powinni mieć dostęp do różnych preparatów i metod leczenia. Terapia spersonalizowana zapewnia optymalne wykorzystanie środków NFZ i gwarantuje, że dana metoda zostanie zastosowana u chorego, u którego przyniesie najlepsze rezultaty.

Również dostęp do rzetelnej informacji, podanej w prostej formie, jakie świadczenia przysługują pacjentom cierpiącym na raka prostaty i w jakim zakresie finansowane są przez narodowego płatnika jest ograniczony. Chorzy gubią się w dokumentach NFZ, przez co muszą szukać wiedzy radząc się znajomych bądź korzystając z doświadczeń innych chorych gromadzących się na dedykowanych formach internetowych. Jednak pozyskane tam informacje są często niepełne bądź sprzeczne. W związku z czym chorzy często nie znają swoich praw i czują się zagubieni.