

# Każdemu choremu trzeba zaoferować indywidualny sposób leczenia

Z dr. hab. Arturem A. Antoniewiczem, konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawia Maja Markłowska-Tomar

**W trakcie konferencji „Nowotwory układu moczowego - wielospecjalistyczna współpraca drogą do sukcesu”, która odbyła się w dniach 20-22 lutego br. w Białymstoku, niemal wszyscy prelegenci podkreślali ogromne znaczenie współpracy różnych specjalistów w opiece nad chorymi m.in. z rakiem prostaty. Dlaczego jest to takie ważne?**

Jestem świeżo po lekturze wywiadu, jakiego udzielił mediom w związku z tą konferencją prof. Jacek Fijuth, prezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej. A ponieważ została ona zorganizowana przez Białostockie Centrum Onkologii i kierowane przez prof. Fijutha towarzystwo naukowe, to najlepiej świadczy o tym, że środowisko onkologów jest bardzo zainteresowane zagadnieniami z zakresu urologii onkologicznej. Zagadnieniami, którymi - co wynika z tradycji medycyny oraz umownych podziałów związanych z anatomią człowieka - od zawsze zajmują

teru, rezerwy, z jaką podchodzimy do profilaktyki. Przykładowo, w raku gruczołu krokowego, ta rezerwa dotyczy stosunku mężczyzn do badania palcem przez odbytnicę. Mężczyźni tego nie chcą, unikają tego badania, wstydzą się. Jednak na obraz sytuacji, w której liczba zachorowań gwałtownie rośnie i nadal będzie wzrastać, składa się wiele różnych czynników.

**Możemy już mówić o epidemii zachorowań na raka prostaty?**

O epidemii jeszcze nie, ale 16 tysięcy nowych rozpoznań rocznie to nie jest liczba bagatelna. Nie oznacza to jednak, że z chwilą postawienia rozpoznania, chorzy na raka gruczołu krokowego dostają wyrok. W krajach rozwiniętych 96 proc. chorych leczonych radykalnie uzyskuje trwałe wyleczenie.

**To bardzo duży odsetek.**

Tak, ale dotyczy on chorych leczonych radykalnie. A radykalnie możemy leczyć tylko pacjentów, u których choroba jest ograniczona do narządu, ewentualnie dotyczy bezpośrednio okolicy organu dotkniętego nowotworem. Stąd dla nas, chirurgów, leczenie chirurgiczne, polegające na usunięciu gruczołu krokowego razem z węzłami chłonnyymi w tej okolicy, jest rozwiązaniem oferowanym przez nas jako pierwsze. Naszym zdaniem jest to najlepsze rozwiązanie, szczególnie w raku pośredniego, wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka progresji, a więc w sytuacji, w której należy uruchomić wszystkie możliwe sposoby, żeby chorego wyleczyć.

W Polsce pojmowanie onkologii jest pewnym fenomenem. Traktujemy ją jako pewne remedium na nowotwory, niezależnie od tego, jakiego narządu dotyczą. Proszę zwrócić uwagę, jak mało mówi się na przykład o hematoonkologii.

**Jeśli mówimy o nowotworach, to zazwyczaj kojarzymy je z onkologami.**

Dokładnie tak. To jest fenomen, który sprawia, że chory, któremu usunąłem radykalnie na przykład guza nerki, jeszcze zanim wyszedł ze szpitala po tej operacji, już umówił się do centrum onkologii, mając poczucie, że wymaga opieki onkologicznej. Wprawdzie zgłosił się najpierw na oddział urologiczny, poddał się operacji o charakterze radykalnym i był z niej zadowolony, to - z nieznanymi mi



Fot. Maja Markłowska-Tomar

się urodzily. Wspólnie z onkologami szukamy najlepszego sposobu na współdziałanie, zwłaszcza że w Polsce wyniki leczenia chorych na nowotwory znajdujące się w polu widzenia uroonkologii, to znaczy raka nerki, pęcherza moczowego i prostaty, znacząco odbiegają od wyników uzyskiwanych w krajach ościennych.

**Dlaczego u nas są gorsze niż w innych krajach Unii Europejskiej?**

To wynika zarówno z organizacji systemu ochrony zdrowia, jak również przyzwyczajień Polaków, naszego charak-

do końca powodów - uznał, że potrzebuje jeszcze wizyty u onkologa. Być może społeczeństwo z tych samych powodów podważa zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia. A Ministerstwo Zdrowia, idąc w ślad za exposé premiera, naprawdę próbuje zmienić obraz onkologii w Polsce. Wprowadza zmiany strukturalne dotyczące finansowania, polegające na wprowadzeniu nowych programów lekowych, nowych sposobów leczenia itd. Te zmiany wyprzedzają zarówno świadomość społeczną, jak i strukturę organizacyjną. Podobnie jest ze świadomością lekarzy, którzy są podzieleni. Konferencja w Białymstoku zmierza w jakimś sensie do zbudowania nowej struktury, którą nazwaliśmy umownie Urologic Cancer Unit. Jest to przeniesienie pewnego sposobu patrzenia na nowotwory z perspektywy narządowej. Po to, żeby pod jednym dachem, w umownej strukturze poradni, zapewnić możliwość współdziałania grupie specjalistów.

### **Kto w tej grupie specjalistów powinien się znaleźć? Kto powinien być w niej głównodowodzącym?**

Na pewno urolog, który nie tylko z mojego punktu widzenia, ale też w oparciu o bogate doświadczenia rozwiniętych krajów musi stanowić oś obrotu. Bo do niego będą przychodzić mężczyźni w celu diagnostyki i oceny stanu zaawansowania raka gruczołu krokowego, nerki, czy pęcherza moczowego. W tej grupie musi być również onkolog, radioterapeuta, psychoterapeuta, fizjoterapeuta i koordynator. Taki model obowiązuje w Skandynawii i wielu krajach Europy Zachodniej, i to dzięki niemu uzyskuje się wyniki leczenia, o których wspomniałem wcześniej. W krajach zachodnich, 5-letnie przeżycia uzyskuje się u 80-96 proc. chorych, a w Polsce u 68-70 proc.

### **Znacznie odbiegamy od średniej w Unii Europejskiej.**

Tak. I mamy do odrobienia lekcję. Przy czym nie chodzi wyłącznie o dostęp do nowego sprzętu, czy nowych leków, choć w urologii rzeczywiście brakuje nam najnowszych technologii finansowanych w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. NFZ nie refunduje na przykład operacji z użyciem robota, mimo że stanowią one istotny postęp w zwalczaniu raka w określonych stopniach zaawansowania. Podobny postęp dokonał się w radioterapii i brachyterapii, chemioterapii, immunoterapii. Jest mnóstwo obszarów, w których znacząco poprawiły się możliwości. Problem w Polsce polega jednak na tym, że jak dotąd nie potrafimy połączyć tych wszystkich elementów.

Ten unit urologiczny, niezależnie od tego, jak go nazwiemy - równie dobrze może to być ośrodek czy centrum - ma być strukturą, która zapewni choremu najlepszy i najskuteczniejszy sposób leczenia. W drodze konsylium, po określeniu w sposób adekwatny do współczesnej wiedzy medycznej stopnia zaawansowania klinicznego choroby i innych uwarunkowań związanych ze spodziewanym

przeżyciem tego chorego. Musi być również zapewniony ścisły nadzór po leczeniu, czyli coś, czego nam bardzo brakuje. Nie znamy losów naszych chorych. Dzięki danym z Narodowego Funduszu Zdrowia możemy wprawdzie sprawdzić, ilu z nich przeżyło 5 lat, natomiast nie jesteśmy w stanie jednoznacznie określić, jakie są wyniki ich leczenia obecnie, jakich efektów się spodziewamy i czy udało się je osiągnąć. W moim przekonaniu, a pracuję 30 lat w zawodzie i posiadam ogląd sytuacji, sformowanie tej struktury daje gwarancję poprawy wyników leczenia chorych. Pozostaje tylko kwestia, o ile uda nam się je poprawić. Wydaje mi się jednak, że przykład krajów ościennych - Czech, Słowacji, Węgier - świadczy o tym, że wydzielenie w ramach onkologii takiej dziedziny jak uroonkologia jest sposobem na dość szybki postęp w kategorii wyników leczenia, a o to nam chodzi.

### **Podczas konferencji wygłosił pan bardzo ciekawy wykład na temat aktywnej obserwacji chorych na raka prostaty. Podał pan przykład kraju, w którym podlega jej nawet 75 proc. pacjentów z tym nowotworem. Ilu chorym w Polsce można by zaproponować taki sposób postępowania?**

Skądinąd to bardzo miłe, że udało się pani to wylapać z mojej prezentacji, bo wymagało to wnikliwego słuchania. Komentując te dane pochodzące z rejestru szwedzkiego, zastrzegłem jednak, że dotyczą one specyficznej grupy chorych - po 75. roku życia. Jest to fenomen, ponieważ ten rejestr, prowadzony w Uppsali od 1988 roku i zawierający wszystkie przypadki raka gruczołu krokowego rozpoznane w Szwecji i niektórych krajach skandynawskich, które dołączyły do niego z biegiem lat, jest doskonałym wzorem, jak nadzorować proces leczenia pacjentów. Analiza tych danych pokazała, że w grupie pacjentów powyżej 75. roku życia z niskim lub bardzo niskim ryzykiem progresji, mediana przeżycia była tak samo dobra zarówno u chorych, którzy byli operowani, jak i tych, którzy nie byli. To było zaskakujące, jednak siła danych statystycznych zawartych w tym rejestrze była tak duża, że publikacje, które powstały w oparciu o nie stały się podstawą koncepcji aktywnego nadzoru. Od kilku lat proponujemy go wspomnianej przeze mnie grupie chorych zamiast aktywnego leczenia, które niesie ze sobą potencjał powikłań, stresu, działań niepożądanych oraz kosztów, o czym również nie wolno zapominać.

Szacujemy, że w Polsce około 20-30 proc. chorych z nowo rozpoznany rakiem gruczołu krokowego mogłoby korzystać z aktywnej obserwacji, jednak pod warunkiem, że będzie ona prowadzona w sposób kompetentny. Trzeba sobie jednak zdawać sprawę, że taki sposób postępowania pociąga za sobą koszty. Dlatego, w toku toczącej się dyskusji ekspertów, która odbywała się również na konferencji w Białymstoku, rozważamy opracowanie oddzielnej procedury dla Narodowego Funduszu Zdrowia - aktywnego nadzoru nad rakiem gruczołu krokowego.

**Tylko jak przekonać chorego na raka prostaty w Polsce, że nie wymaga aktywnego leczenia, a jedynie regularnych kontroli i badań?**

Nie to jest największym problemem. Lekarze otoczeni są mnóstwem danych, pochodzących z ogólnie dostępnych źródeł, na podstawie których informują chorych, jakie mają ryzyko i szanse. Niestety, bardzo często te dane odbiegają od rzeczywistości, bo danych rzeczywistych po prostu nie ma. Póki co nie mamy zwyczaju określania danych indywidualnych danego lekarza, czy danych grupowych ośrodka, albo chociażby uśrednionych danych krajowych. W ten sposób, moim zdaniem, powstaje pewien szum informacyjny, który utrudnia podjęcie decyzji, bo chory nie przychodzi do lekarza specjalisty po to, żeby dyskutować z nim na temat wiarygodności danych i szacować jakieś ryzyko. On przychodzi do lekarza po decyzję, pyta, co pan dla mnie wybrał spośród wszystkich możliwości. Jeśli jest to chory dotknięty rakiem niskiego lub bardzo niskiego ryzyka progresji, jego rokowanie co do przeżycia wynosi ponad 15 lat i spełnia inne kryteria, które są oceniane w trakcie diagnostyki, ode mnie usłyszysz, że ma do wyboru nadzór, operację lub radioterapię. Za pewien rodzaj pułapki, w którą wpadliśmy, rozwijając medycynę przez ostatnie lata, uważam jednak stwierdzenie, że to chory ma wybrać.

**Ale przecież on nie ma odpowiedniej wiedzy, żeby dokonać świadomego wyboru. Nie wie, co jest dla niego lepsze.**

Nie ma, bo nie może mieć. To nie jest jego wina, nie jest przecież lekarzem. To dobrze, że może skonsultować się z rodziną, poczytać w internecie, jest teraz lepiej poinformowany, nie zmienia to jednak faktu, że jest zagubiony. Zwłaszcza jeśli jest to chory w podeszłym wieku, który nie jest w stanie zweryfikować wszystkiego, co usłyszysz od

lekarza w internecie. Moim zdaniem w takiej sytuacji również odpowiedzialność lekarza, on musi jej podołać. Dla mnie głównym wyznacznikiem zaoferowania pacjentowi aktywnego nadzoru jako pierwszego wyboru lub wręcz wybrania dla niego tej opcji, jest młody wiek, aktywność życiowa i zawodowa oraz aktywność seksualna, do której chory przywiązuje wagę. To kolejny, niezwykle trudny w polskich warunkach, element postępowania, ponieważ nie jest łatwo ustalić, czy mężczyzna jest aktywny seksualnie i jaką wagę przywiązuje do tej aktywności. Zdarza się, że inaczej odpowiada, kiedy jest sam na sam z lekarzem, inaczej, kiedy towarzyszy mu żona, a jeszcze inaczej, kiedy jest sam, ale nabrał zaufania do lekarza. Jeśli mężczyzna chce zachować potencję, to aktywny nadzór jest dla niego rozwiązaniem numer 1. W sytuacji, gdy chory ma szansę łatwo wrócić do zdrowia po leczeniu operacyjnym, możemy zastosować u niego chirurgię minimalnie inwazyjną. Jeśli rak jest stosunkowo agresywny, powinniśmy stosować metody adekwatnie agresywne, czyli usunąć nowotwór. W takim przypadku wybieram leczenie operacyjne. Tam, gdzie istnieje dowolny wybór, a dotyczy to wielu chorych, sugeruję choremu konsultacje u radioterapeuty. Ode mnie dowiaduje się tego, co musi wiedzieć o chirurgii i jej skutkach, o jej zaletach i wadach. Niech spróbuje w podobny sposób porozmawiać z radioterapeutą i dokona wyboru. Jeśli chory nie nadaje się do operacji lub jej nie akceptuje, moim pierwszym wyborem jest radioterapia. Myślę, że jest to odzwierciedlenie nowoczesnego sposobu myślenia, które powinno dominować w unitach, centrach, ośrodkach kompleksowej diagnostyki i terapii schorzeń urologicznych, w których kierując się tego typu kryteriami, wybiera się sposób leczenia dla każdego chorego indywidualnie.

Dziękuję za rozmowę.

**Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej**

| MIASTO   | PLACÓWKA   | ADRES   | KONTAKT  | KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU                |
|----------|--|---|--|---|
| Kraków   | Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki   | ul. Jakubowskiego 2<br>30-688 Kraków<br>Budynek H, poziom 1 | tel: 12 424 79 60<br><a href="http://www.su.krakow.pl">www.su.krakow.pl</a>  | prof. dr hab. n. med.<br>Piotr L. Chłosta   |
| Łódź     | Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika | ul. Pabianicka 62<br>93-513 Łódź                            | tel: 42 689 52 13<br>tel: 42 689 52 47<br><a href="http://www.kopernik.lodz.pl">www.kopernik.lodz.pl</a>             | dr hab. n. med.<br>Waldemar Rózański        |
| Warszawa | Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego    | ul. Czerniakowska 231<br>00-416 Warszawa                    | tel: 22 621 71 78<br>tel: 22 584 11 42<br><a href="http://www.szpital-orlowskiego.pl">www.szpital-orlowskiego.pl</a> | prof. CMKP dr hab. n. med.<br>Jakub Dobruch |
| Warszawa | Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyzłeski Szpital Specjalistyczny  | ul. Bursztynowa 2<br>04-749 Warszawa                        | tel: 22 473 53 35<br><a href="http://www.mssw.pl">www.mssw.pl</a>  | prof. dr hab. n. med.<br>Ewa Barcz          |
| Warszawa | I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne Żelazna   | ul. Żelazna 90<br>01-004 Warszawa                           | tel: 22 255 98 07<br><a href="http://www.szpitalzelazna.pl">www.szpitalzelazna.pl</a>                                | prof. dr hab. n. med.<br>Grzegorz Jakiel    |
| Warszawa | Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  | ul. Lindleya 4<br>02-005 Warszawa                           | tel: 22 502 17 02<br><a href="http://www.klinikaurologii.edu.pl">www.klinikaurologii.edu.pl</a>                      | prof. dr hab. n. med.<br>Piotr Radziszewski |