



**BEZPŁATNY
EGZEMPLARZ**

INFORMATOR RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO

Bezpłatny informator Szpitala
Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego
w Zielonej Górze Sp. z o.o.



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

„Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony /
Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen“



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Spis Treści

1.	Epidemiologia	str. 4
2.	Czynniki ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego	str. 4
3.	Jakie są objawy raka gruczołu krokowego?	str. 5
3.1.	Badania przesiewowe w raku prostaty	str. 5
4.	Jak wygląda ścieżka diagnostyki onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze?	str. 6
5.	Jak rozpoznajemy chorobę nowotworową?	str. 7
5.1.	Biopsja	str. 8
6.	Histopatologia	str. 8
7.	Leczenie raka gruczołu krokowego	str. 8
7.1.	Aktywna obserwacja	str. 9
7.2.	Radykalne leczenie chirurgiczne (prostatektomia)	str. 9
7.3.	Radioterapia (RT)	str. 10
7.4.	Leczenie systemowe	str. 11
7.4.1.	Hormonoterapia (HT)	str. 12
7.4.2.	Chemioterapia (CHT)	str. 12
7.4.3.	Port naczyniowy – zakładany w celu podawania chemioterapii i innych leków dożylnych	str. 13
7.4.4.	Nowe leki o działaniu hormonalnym	str. 14
7.4.5.	Inne metody leczenia	str. 15
8.	Wsparcie psychologiczne	str. 15
9.	Wsparcie dietetyczne	str. 15
10.	Obserwacja po leczeniu	str. 15
11.	Ważne telefony i miejsca wykonywania poszczególnych badań	str. 16
12.	Ważne telefony do oddziałów szpitalnych	str. 16
13.	Pytania do wywiadu lekarskiego	str. 17

1. Epidemiologia

Rak gruczołu krokowego, RGK (rak prostaty, stercza) charakteryzuje się najwyższą dynamiką wzrostu zachorowalności. W ostatniej dekadzie nastąpiło przyspieszenie jego tempa wzrostu, dlatego w 2016 roku po raz pierwszy stał się najczęściej rozpoznawanym nowotworem mężczyzn. Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2016 roku w Polsce zanotowano 15 961 nowych przypadków.

Wykrywalność raka prostaty w ostatnim dwudziestoleciu uległa znacznemu zwiększeniu. Dzięki upowszechnieniu oznaczania w surowicy krwi stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA, prostate-specific antigen) możliwe jest wykrywanie nowotworu w stadium bezobjawowym.



2. Czynniki ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego

Dokładne przyczyny rozwoju raka gruczołu krokowego nie są znane, jednak zidentyfikowano główne czynniki ryzyka jego wystąpienia:

- **wiek:** występowanie tego rodzaju nowotworu wiąże się przede wszystkim ze starszym wiekiem (RGK rozpoznaje się zwykle po 65. roku życia)
- **RGK wśród członków rodziny:** kilkakrotnie większe ryzyko zachorowania dotyczy mężczyzn, których krewni I stopnia (brat, ojciec, syn) chorowali lub chorują na RGK
- **uwarunkowania genetyczne:** istnieje kilka dziedziczonych genów związanych z większym ryzykiem wystąpienia raka prostaty (np. mutacje w genach BRCA)
- **pochodzenie etniczne:** w krajach rozwiniętych czarnoskórzy mężczyźni są w większym stopniu zagrożeni rakiem prostaty niż mężczyźni rasy białej
- **styl życia:** palenie tytoniu może nieznacznie zwiększać ryzyko wystąpienia raka prostaty, natomiast większa aktywność fizyczna wydaje się je nieznacznie zmniejszać

3. Jakie są objawy raka gruczołu krokowego?

Rak gruczołu krokowego we wczesnych stopniach zaawansowania na ogół nie wywołuje objawów. U niektórych chorych występują dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych (np. wzrost częstotliwości oddawania moczu, trudności z rozpoczęciem oddawania moczu, wielokrotne budzenie się w nocy w celu oddania moczu, potrzeba natychmiastowego oddania moczu lub obecność krwi w moczu), będące częściej następstwem współistnienia łagodnego rozrostu stercza. Niekiedy pierwszym objawem raka prostaty są bóle kostne wywołane przez przerzuty.

3.1. Badania przesiewowe w raku prostaty

Obecnie badania przesiewowe w kierunku raka prostaty pozostają jednym z najbardziej kontrowersyjnych tematów w literaturze urologicznej. W celu oceny jaki wpływ na przeżycie będzie miało okresowe badanie stężenia PSA wykonano europejskie przesiewowe badanie populacyjne u mężczyzn w wieku od 55. do 69. roku życia. Po medianie obserwacji wynoszącej 16 lat wykazano zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu raka prostaty o 25%.

Jednak na badanie przesiewowe trzeba było zaprosić 570 mężczyzn, a 18 pacjentów musiało być leczonych, aby zapobiec jednej śmierci z powodu raka prostaty. Ponadto nie zaobserwowano wpływu oceny stężenia PSA na długość całkowitego przeżycia.

Europejskie Towarzystwo Urologiczne rekomenduje wykonanie pierwszego oznaczenia PSA i badania gruczołu krokowego przez odbyty w wieku 40 lat a czas do wykonywania kolejnego oznaczenia powinien określić urolog indywidualnie po analizie pierwszych wyników.

Z tego powodu z uwagi na nadrozpoznavalność subklinicznych przypadków raka prostaty, jego nadmierne leczenie oraz brak istotnego wpływu na wydłużenie całkowitego przeżycia rutynowe wykonywanie oznaczenia stężenia PSA nie jest zalecane.

Do rozważenia jest okresowa ocena stężenia PSA w grupie pacjentów podwyższonego ryzyka: u mężczyzn > 45 roku życia z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku raka prostaty, u Afroamerykanów > 45 roku życia i nosicieli mutacji BRCA1 i BRCA2 > 40 roku życia.

4. Jak wygląda ścieżka diagnostyki onkologicznej Szpitalu Uniwersyteckiego w Zielonej Górze?

W razie wystąpienia u mężczyzny niepokojących objawów w postaci częstego oraz bolesnego oddawania moczu, obecności krwi w moczu, nasilonych dolegliwości bólowych kości zostanie on skierowany na wykonanie następujących badań:

- badań laboratoryjnych krwi wraz z oceną stężenia PSA
- w razie podwyższenia stężenia PSA chory zostanie skierowany do urologa celem wykonania biopsji gruczołowej (BG) gruczołu krokowego
- w Zakładzie Patomorfologii zostanie wykonane badanie histopatologiczne materiału uzyskanego podczas biopsji
- w razie potwierdzenia raka prostaty w opisie badania zostanie podany stopień złośliwości histologicznej guza (Gleason score)
- zostaną wykonane badania obrazowe celem określenia zaawansowania (rozległości choroby): tomografia (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy małej oraz MRI miednicy
- w niektórych przypadkach pacjent zostanie skierowany na badania dodatkowe wykonywane poza Szpitalem Uniwersyteckim w Zielonej Górze: scyntyografię kości do Zakładu Medycyny Nuklearnej w Żarach oraz w określonych wskazaniach, do oceny całego ciała można wykorzystać pozytonową emisyjną tomografię komputerową (PET-CT), którą wykonuje się w Szpitalu Uniwersyteckim we Wrocławiu lub w Centrum Medycznym HCP Szpital im. św. Jana Pawła II w Poznaniu lub w Szpitalu Wiedzy i Specjalistycznym w Gorzowie Wielkopolskim.

Po wykonaniu powyższych badań planowane jest Konsylium Lekarskie, które na podstawie wyników podejmie decyzje terapeutyczne oraz określi plan leczenia onkologicznego. Nad całym tym skomplikowanym procesem czuwa koordynator ds. leczenia onkologicznego. Zapewnia on pacjentowi indywidualną pomoc w sprawnym przejściu kolejnych etapów diagnostyki i leczenia. W większości placówek koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez Konsylium, dba o kompletność dokumentacji, a przede wszystkim udziela pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji i wyjaśnień.

Dodatkowymi elementami procesu opieki, które realizuje koordynator są:

- organizacja konsylium (ustalenie terminu, składu zespołu, sprawdzenie dokumentacji medycznej),
- obecność na posiedzeniach konsylium,
- uzupełnianie decyzji konsylium o dalszym leczeniu w systemie DiLO,
- odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ (podstawowej opieki zdrowotnej).

Prawidłowo zorganizowana praca koordynatora znacznie ułatwia poruszanie się pacjenta w systemie oraz przyczynia się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń onkologicznych.



5. Jak rozpoznajemy chorobę nowotworową?

Podejrzenie raka prostaty opiera się na wyniku:

- oznaczenia stężenia PSA we krwi: ma on zasadnicze znaczenie dla rozpoznania RGK, jednak marker ten nie jest swoisty dla raka. Jego stężenie wzrasta także w następstwie łagodnego rozrostu, zapalenia stercza, w czasie infekcji dróg moczowych, przyjmowania pewnych leków, jazdy na rowerze, odbycia stosunku seksualnego, badania per rectum. Ponadto jednorazowe zwiększenie stężenia PSA powinno być zweryfikowane przez drugie oznaczenie.
- badania per rectum, czyli badanie palcem przez odbytnicę (DRE, digital rectal examination) u pacjentów z objawami lub pacjentów, którzy chcą przechodzić regularne kontrole
- badań dodatkowych np. ultrasonografii przezodbytniczej (TRUS, transrectal ultrasonography), która pozwala uwidocznzyć granice i strukturę wewnętrzną gruczołu krokowego

W celu oceny stopnia zaawansowania choroby i zaplanowania dalszego postępowania wykonuje się następujące badania:

- wywiad chorobowy i badanie fizykalne
- podstawowe badania laboratoryjne krwi oraz moczu, oznaczenie stężenia PSA
- TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, MRI miednicy
- dodatkowe badania obrazowe: scyntygrafia kości, badanie PET-CT

5.1. Biopsja

Rozpoznanie RGK można potwierdzić wyłącznie za pomocą biopsji. Polega ona na pobraniu ze stercza fragmentu tkanki w celu analizy histologicznej jego komórek. Materiał pobiera się przez wprowadzenie igły przez odbytnicę pod kontrolą badania USG (TRUS, transrectal ultrasound). Zabieg, w czasie którego pobiera się materiał z różnych części prostaty, trwa około 30 minut. Następnie pobrana tkanka jest oceniana pod kątem określenia stopnia złośliwości histologicznej. Stopień złośliwości gruczołu krokowego najczęściej określa się za pomocą skali Gleasona, która obejmuje punktację od 2 do 10. Im wyższy wynik w skali Gleasona (np. 9–10), tym nowotwór ma bardziej agresywny charakter.

6. Histopatologia

Rozpoznanie raka gruczołu krokowego jest możliwe tylko przez postawienie rozpoznania histopatologicznego na podstawie oceny materiału pobranego podczas biopsji lub operacyjnym usunięciu gruczołu krokowego przez urologa w czasie zabiegu operacyjnego.

7. Leczenie raka gruczołu krokowego

U mężczyzn z RGK można zastosować następujące sposoby leczenia:

- aktywna obserwacja
- leczenie chirurgiczne
- radioterapia
- leczenie systemowe: terapia hormonalna, chemioterapia
- inne: bisfosfoniany, leczenie promieniotwórczymi radioizotopami

Metoda leczenia zależy od złośliwości histologicznej nowotworu, jego stopnia zaawansowania, wieku pacjenta, jego stanu ogólnego, chorób współistniejących oraz preferencji pacjenta. Różniamy leczenie z intencją wyleczenia (radykałne) oraz paliatywne (celem opóźnienia postępu choroby oraz poprawy jakości życia). W celu podjęcia decyzji terapeutycznej lekarze zaangażowani w leczenie pacjentów z rakiem prostaty (urolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny) podejmują wspólnie decyzje podczas Konsylium. W niektórych przypadkach może być konieczna dodatkowa wizyta w Poradni Onkologicznej u lekarza zajmującego się określonym sposobem leczenia:

- onkologa klinicznego w przypadku leczenia systemowego (chemioterapia, hormonoterapia)
- radioterapeuty w przypadku kwalifikacji radioterapii

7.1. Aktywna obserwacja

W celu uniknięcia wdrażania potencjalnie niepotrzebnego i związanego z powikłaniami leczenia można zastosować aktywną obserwację, a rozpoczęcie terapii odroczyć. Ten sposób postępowania można rozważyć u wyselekcjonowanej grupy pacjentów. Dotyczy ono przede wszystkim starszych mężczyzn z licznymi chorobami współwystępującymi, u których terapia wiąże się ze znacznie zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań. Chorzy są ściśle obserwowani, a leczenie jest podejmowane po stwierdzeniu progresji choroby.

7.2. Radykalne leczenie chirurgiczne (prostatektomia)

Ma zastosowanie jedynie u chorych na raka ograniczonego do stercza. Polega na całkowitym usunięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi oraz okolicznymi węzłami chłonnymi. Można ją wykonać klasyczną metodą operacyjną, czyli na otwarto (wykonanie nacięcia w okolicy podbrzusza) lub techniką laparoskopową (wykonuje się kilka małych nacięć na brzuchu, przez które wprowadza się narzędzia chirurgiczne). Ponadto istnieje możliwość wykonania radykalnej prostatektomii w asyście robota chirurgicznego. Chirurg steruje wtedy ramionami robota za pomocą konsoli umieszczonej przed ekranem komputera. Zaletą tej techniki, w porównaniu z otwartą prostatektomią radykalną, jest bardzo dobra trójwymiarowa wizualizacja pola operacyjnego, mniejsza utrata krwi oraz krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji. Obecnie ta metoda leczenia jest w Polsce nierefundowana.

Powikłania zabiegu operacyjnego obejmują: zaburzenia wzwodu, nietrzymanie moczu o różnym nasileniu, zwężenie cewki moczowej, dolegliwości bólowe w rejonie miednicy.

Warto nadmienić, że techniki minimalnie inwazyjne — HIFU (high-intensity focused ultrasound) lub krioterapia są metodami eksperymentalnymi i powinny być prowadzone w ramach badań klinicznych.

Leczenie operacyjne jest przeprowadzane w Klinicznym Oddziale Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze.

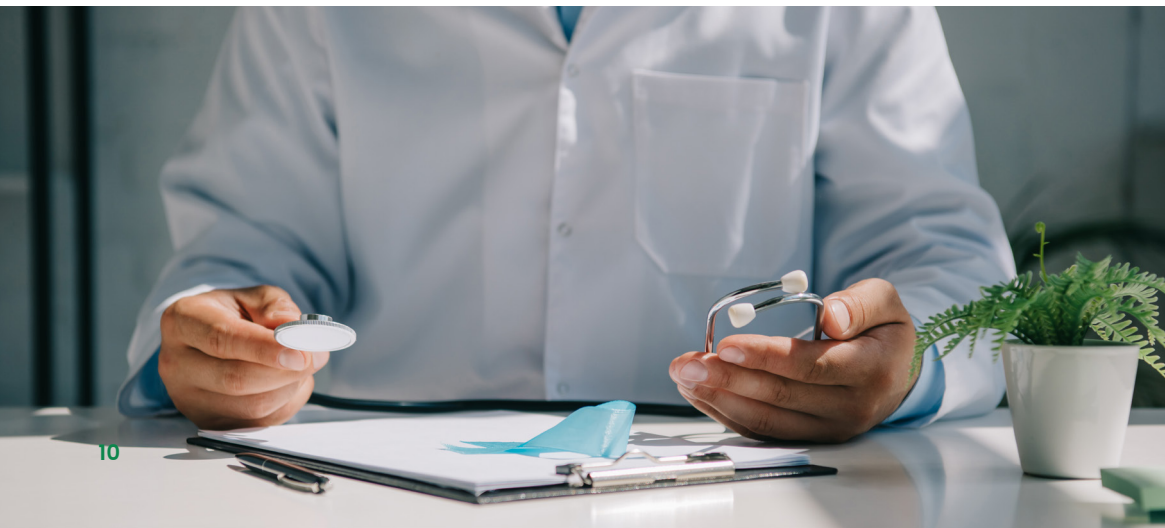
7.3. Radioterapia (RT)

W jej skład wchodzi teleterapia – napromienianie wiązką zewnętrzną i/lub brachyterapia – napromienianie poprzez umieszczenie źródła promieniowania w guzie lub jego sąsiedztwie. Radioterapia jest wykorzystywana u chorych na raka gruczołu krokowego w każdym stopniu zaawansowania. We wczesnych stopniach można ją zastosować jako leczenie radykalne jako alternatywę do leczenia chirurgicznego. Jeśli zabieg operacyjny okazał się nieradykalny (w okolicy operowanej pozostała choroba nowotworowa) można wykorzystać tę metodę w celu zniszczenia nieusuniętych komórek nowotworowych. W przypadku bolesnych przerzutów do kości spowodowanych chorobą nowotworową proponuje się RT (naświetlenia) celem zmniejszenia dolegliwości bólowych.

Zaletą radioterapii jest możliwość uniknięcia zabiegu operacyjnego i zachowanie narządu. Wadą jest długi, zazwyczaj kilkutygodniowy okres leczenia. Ponadto powikłania radioterapii w raku prostaty można podzielić na wczesne (częste oddawanie moczu oraz ból podczas jego oddawania, biegunka, parcie na stolec) oraz późne (nietrzymanie moczu, impotencja, krwawienia z odbytnicy oraz ból w miednicy).

Z uwagi na podobne wyniki obu metod (chirurgii oraz RT) chorzy przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia radykalnego powinni zostać poinformowani o wadach i zaletach każdej z nich.

Leczenie za pomocą tej metody jest przeprowadzane w Zakładzie Radioterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Zwykle radioterapia jest prowadzona przez wiele dni, ale czas jej trwania jest zaplanowany indywidualnie dla pacjenta. Radioterapia odbywa się w dni powszednie od poniedziałku do piątku od godzin porannych do późnopopołudniowych. Sobota i niedziela to dni bez radioterapii. Ponieważ leczenie operacyjne urologiczne i radioterapia są metodami leczenia radykalnego i u części pacjentów wykazują podobną skuteczność, każdy mężczyzna z rakiem prostaty planowany do leczenia radykalnego powinien być skonsultowany przez urologa i radioterapeutę celem wyboru odpowiedniej dla niego metody leczenia miejscowego (zabieg operacyjny lub radioterapia).



Pacjent na radioterapię może:

- przyjeżdżać codziennie z domu po ustaleniu orientacyjnej godziny przyjazdu (naświetlania nie trwają wielu godzin – średni czas pojedynczego seansu radioterapii trwa kilkanaście minut)
- przebywać w hotelu od poniedziałku do piątku (przyjazd do hotelu w poniedziałek rano i wyjazd w piątek rano). W tym przypadku pacjent sobotę i niedzielę spędza w domu. Na naświetlania pacjent jest dowożony z hotelu do Zakładu Radioterapii przewozem medycznym, a po jego zakończeniu odwożony do hotelu.
- przebywać w Oddziale Radioterapii. W tym przypadku pobyt dotyczy całego okresu radioterapii i nie ma możliwości wyjazdu do domu na soboty i niedziele (brak przepustek).

Przed rozpoczęciem leczenia pacjent jest kierowany do Zakładu Radioterapii celem wykonania planu leczenia. Polega on na wykonaniu badania TK określonego rejonu ciała, żeby precyzyjnie określić obszar do naświetlań. Następnie obrazy te są przysyłane do specjalnego programu planowania, w którym radioterapeuta onkolog wyznacza obszar guza i ew. węzłów chłonnych, które chce napromienić oraz zaznacza te narządy, które chce ochronić. Dodatkowo lekarz wyznacza dawki promieniowania. Następnie fizyk medyczny dobiera wiązki promieniowania, aby podać odpowiednią dawkę na guz i ochronić przy tym zdrowe tkanki. Plan leczenia jest potem sprawdzany przez dwóch lekarzy specjalistów i dopiero wtedy pacjent może przystąpić do radioterapii.

7.4. Leczenie systemowe

Objęmuje metody leczenia działające w zakresie całego organizmu. Główne metody w systemowym leczeniu raka prostaty to hormonoterapia oraz chemioterapia. Przed decyzją o leczeniu systemowym zaplanowana zostanie pierwsza wizyta w Poradni Onkologicznej. Ważne jest odpowiednie przygotowanie na wizytę.

Należy wykonać kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznania i dotychczas przeprowadzonego leczenia z powodu raka gruczołu krokowego. Należy zabrać pozostałą dokumentację medyczną dotyczącą innych leczonych chorób. W dniu konsultacji należy zgłosić się do Rejestracji Poradni Onkologicznej na parterze w budynku L. Przed wizytą lekarską zebrany zostanie wywiad, a w Gabiniecie Wywiadów Lekarskich (gabinet nr 20) przygotowana zostanie dokumentacja medyczna. Następnie, pacjent kierowany jest na wizytę i konsultację lekarską.



Uwaga! Na stronie nr 17 znajdują się pytania do wywiadu lekarskiego, na które pacjent powinien udzielić odpowiedzi w formie pisemnej, dostarczyć na wizytę oraz przekazać w gabinecie nr 20.

7.4.1. Hormonoterapia (HT)

To podstawowa metoda leczenia zaawansowanego raka prostaty. Można ją także stosować w przypadku wcześniej wykrytego raka prostaty w ramach leczenia skojarzonego z radioterapią. W wybranej grupie chorych ma także zastosowanie po zabiegu operacyjnym lub radioterapii.

Celem jej działania jest zmniejszenie stężenia testosteronu, który stymuluje wzrost komórek nowotworowych gruczołu krokowego. Ten rodzaj terapii można przeprowadzić metodą chirurgiczną (usunięcie obu jąder, czyli obustronna orchidektomia) lub niechirurgiczną (podawanie leków w formie zastrzyków zwanych agonistami LHRH). Metoda chirurgiczna polega na usunięciu jąder które wytwarzających testosteron, co określa się mianem kastracji chirurgicznej. Przy metodzie niechirurgicznej podawanie agonistów LHRH hamuje uwalnianie w przysadce mózgowej tzw. hormonu luteinizującego (LH), który jest odpowiedzialny za wytwarzanie testosteronu w ją-

drach, co określa się jako kastracja chemiczna. Obie metody prowadzą do obniżenia stężenia androgenów (hormonów męskich) we krwi.

Do głównych działań niepożądanych hormonoterapii należą: utrata popędu płciowego, impotencja, uderzenia gorąca, zmiany nastroju, osteoporoza, osłabienie mięśni, nieprawidłowe powiększenie piersi (ginekomastia), oporność na insulinę oraz zwiększenie zawartości tłuszczu.

Podczas hormonoterapii może rozwinąć się choroba oporna na kastrację. Polega ona na tym, że w czasie stosowania hormonoterapii nowotwór staje się oporny na tego typu leczenie. Pacjenci, u których wystąpi oporność w dalszym ciągu mają utrzymaną supresję androgenów oraz rozważa się u nich kwalifikację się do innych metod leczenia np. chemioterapii lub nowych leków hormonalnych.

7.4.2. Chemioterapia (CHT)

Ta forma leczenia działa poprzez zaburzenie wzrostu oraz podziału komórki nowotworowej. Jednak z uwagi na jej nieselektywny charakter może uszkadzać także zdrowe komórki w organizmie i powodować działania niepożądane.

Chemioterapię można podać w ramach leczenia indukcyjnego (leczenie początkowe stosowane w celu zmniejszenia guza) lub w przypadku choroby rozsianej stosuje się chemioterapię paliatywną w celu poprawy jakości życia, kontroli objawów choroby oraz wydłużenia przeżycia.

Skutki uboczne chemioterapii różnią się w zależności od stosowanych leków, dawek oraz rytmu

podawania. Do głównych działań niepożądanych chemioterapii zalicza się: osłabienie, nudności, wymioty, biegunki, wypadanie włosów, uszkodzenie układu krwiotwórczego, obniżenie liczby neutrofilów, co w konsekwencji może prowadzić do zwiększenia ryzyka infekcji, zaburzenia funkcjonowania innych narządów np. wątroby, nerek. Ponadto mogą wystąpić odczyny uczuleniowe, polineuropatia obwodowa, czyli uszkodzenie nerwów prowadzące do drętwienia i mrowienia stóp oraz rąk, zwiększone gromadzenie płynów w organizmie oraz uszkodzenie płytki paznokciowej. Najpoważniejszym powikłaniem jest wystąpienie gorączki neutropenicznej, czyli wystąpienie temperatury > 38 st. C ok. 7-10 dni po chemioterapii,

gdy ilość ciałek odpornościowych (leukocytów oraz neutrofilii) jest najniższa (tzw. nadir). Niezwykle istotne jest wtedy wykonanie morfologii krwi oraz zgłoszenie się z wynikiem do swojego lekarza rodzinnego bądź onkologa celem rozważenia dalszego leczenia i ew. wdrożenia antybiotykoterapii. W Szpitalu, chemioterapia w raku gruczołu krokowego, jest podawana w trybie ambulatoryjnym w warunkach Dziennego Oddziału Chemioterapii (znajduje się on na parterze w Budynku L) i wiąże się z możliwością powrotu pacjenta do domu. Dzień przed planowanym podaniem chemioterapii należy pobrać krew na badania, a w następnym dniu odbywa się wizyta u lekarza i podanie leku. Przed rozpoczęciem leczenia odbywa się wizyta przygotowująca u lekarza prowadzącego, w czasie której pacjent jest informowany o planowanym leczeniu, potencjalnych działaniach niepożądanych, otrzymuje ulotki informacyjne na temat leków oraz dokument zgo-

dy na chemioterapię. Ponadto chory jest mierzony oraz ważony, ponieważ dane te są niezbędne do ustalenia dawki większości leków. Pobyt w warunkach Oddziału Dziennego zazwyczaj trwa kilka godzin i składa się m. in. z czasu na przygotowanie leku w Pracowni Cytostatyków, jego podaniem dożylnym bądź wydaniem leków w formie tabletek. Chemioterapia odbywa się cyklicznie, a długość cyklu zależy od zastosowanego schematu leczenia np. co trzy tygodnie. Ponadto w czasie leczenia onkologicznego pacjent ma regularnie wykonywane badania obrazowe (TK) celem okresowej oceny skuteczności terapii. U pacjentów z zaawansowaną chorobą miejscową lub objawami klinicznymi związanymi z przerzutami do narządów odległych (kości, wątroba, płuca) preferowaną metodą leczenia jest chemioterapia. Wykorzystywanym cytostatykiem jest docetaksel podawany dożylnie w formie wlewów.

7.4.3. Port naczyniowy – zakładany w celu podawania chemioterapii i innych leków dożylnych

Port naczyniowy jest często wykorzystywaną drogą dostępu dożylnego u pacjentów leczonych onkologicznie. Stanowi wygodny i bezpieczny sposób prowadzenia długotrwałej chemioterapii w formie dożylniej, ponieważ minimalizuje dyskomfort związany z częstym nakłuwaniem żyły i jej kaniulacją. Szczególnie jest wskazany u pacjentów, u których nie ma możliwości podawania chemioterapii przez żyły obwodowe oraz u których przewiduje się długotrwałe leczenie. Zabieg wykonuje lekarz anestezjolog w warunkach sali operacyjnej w trybie jednodniowym. Port jest wszczepiany pod skórę i składa się z komory połączonej z cewnikiem, który wprowadza się do żyły podobojczykowej lub szyjnej. Zbiornik podskórny umieszcza się w kieszonce utworzonej na mięśniu piersiowym większym, najczęściej w okolicy podobojczykowej prawej.

Następnie dostęp do zbiornika uzyskuje się za pomocą specjalnej igły. Po wykonanym zabiegu pacjent ma wykonywane RTG klatki piersiowej celem zweryfikowania ułożenia portu wraz z cewnikiem. Przed wykonaniem zabiegu konieczne jest posiadanie aktualnych badań krwi: morfologii, APTT i PT/INR. Chory powinien być dobrze nawodniony w celu ułatwienia wykonania zabiegu.

W tym dniu należy się powstrzymać od jedzenia, natomiast do 2 godzin przed zabiegiem można pić czystą wodę. Z uwagi na obecność wewnątrznaczyniowego ciała obcego z bezpośrednią komunikacją ze środowiskiem zewnętrznym zwiększa się ryzyko zakażenia tego miejsca. Infekcje są najczęstszym powikłaniem u chorych na nowotwór z obecnym na stałe portem naczyniowym, stąd konieczność zachowania ścisłej higieny tej okolicy.



Implantacja portu naczyniowego odbywa się w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii tutaj Szpitala. W sprawie ustalenia terminu zabiegu zalecamy kontakt z Kierownikiem Oddziału pod nr tel 68 32 96 347 lub z Dyżurką Pielęgniarską pod nr tel. 68 32 96 351.

7.4.4. Nowe leki o działaniu hormonalnym

W przypadku progresji choroby po chemioterapii lub u wybranej grupy pacjentów przed chemoterapią można rozważyć zastosowanie leków z tej grupy, które obejmuje abirateron lub enzalutamid. Nowoczesne antyandrogeny (apalutamid oraz doralutamid) są wskazane u mężczyzn w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów z dużym ryzykiem ich wystąpienia. Jednak obecnie te dwa ostatnie leki są w Polsce nierefundowane.

Abirateron to nowoczesny lek hormonalny stosowany w leczeniu raka prostaty. W Polsce do leczenia tym preparatem w skojarzeniu z lekiem sterydowym (prednizonem lub prednizolonem) kwalifikują się chorzy:

- przed chemioterapią: w dobrym stanie ogólnym i bez objawów choroby lub z objawami o niewielkim nasileniu, którzy nie przyjmują opioidowych leków przeciwbólowych oraz u których rozpoznano raka gruczołu krokowego niewrażliwego na supresję androgenową (opornego na kastrację) z przerzutami do narządów odległych,

- po chemioterapii: w dobrym stanie ogólnym oraz z umiarkowanymi dolegliwościami, jeśli podczas lub po leczeniu rozsianego raka gruczołu krokowego nastąpiła progresja choroby po chemioterapii z udziałem docelakselu.

Enzalutamid to także nowoczesny lek hormonalny, który nie wymaga jednoczesnego przyjmowania leków sterydowych. Kryteria kwalifikacji do leczenia tym preparatem są podobne jak w terapii abirateronem.

Oba te leki wykazują podobną skuteczność, a różnią się profilem toksyczności. Leczenie nimi jest prowadzone w oparciu o Programy Lekowe Ministerstwa Zdrowia.

7.4.5. Inne metody leczenia

W przypadku bolesnych przerzutów do kości inną zalecaną metodą leczenia choroby opornej na kastrację jest Rad-223. Ten rodzaj terapii radioizotopowej polega na dożylnym podaniu źródła promieniowania ukierunkowanego na tkankę kostną, które może osiągnąć miejsce docelowe (kości) i emitować tam promieniowanie.

Ponadto u pacjentów z bólem kości, który utrzymuje się pomimo zastosowania paliatywnej radioterapii i leków przeciwbólowych należy rozważyć zastosowanie bisfosfonianów (kwasu zoledronowego) lub denosumabu.

Wykazano, że leki te mogą zapobiegać bądź opóźniać niepożądane zdarzenia kostne (SRE, skeletal related events), z których najpoważniejszymi są: złamania kości i kręgow na skutek patologicznych zmian wywołanych przez nowotwór, ucisk na rdzeń kręgowy w następstwie złamania kręgow lub hiperkalcemia (podwyższone stężenia wapnia we krwi).

Z uwagi na potencjalne działanie niepożądane kwasu zoledronowego jakim jest martwica kości żuchwy zaleca się staranne utrzymywanie higieny jamy ustnej i regularne wizyty u stomatologa.

8. Wsparcie psychologiczne

Często diagnoza oraz leczenie choroby nowotworowej potrafi emocjonalnie przytłaczać. Jeśli chorzy czują niepokój lub mają obniżony nastrój to lekarz lub pielęgniarka mogą go skierować na konsultację do psychologa, który ma doświadczenie w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi pacjentów chorujących na nowotwór.

Pomocne może być również dołączenie do grupy wsparcia, aby móc porozmawiać z innymi osobami, które mają podobne doświadczenia.

Do psychologa można się umówić w Rejestracji Poradni Onkologicznej bądź dzwonić pod numer telefonu Call Center – (68) 32 96 200. Na konsultację psychologiczną nie jest wymagane skierowanie.

9. Wsparcie dietetyczne

Na terenie Poradni Onkologicznej istnieje możliwość konsultacji w ramach Poradni Dietetycznej. Konsultacja jest szczególnie zalecana dla pacjentów, u których występują trudności w przyjmowaniu pokarmów oraz występuje utrata > 5% masy ciała. Poradnia jest czynna we wtorki i czwartki w godzinach 9:00–11:00. Rejestracja odbywa się pod numerem telefonu Call Center – (68) 32 96 200. W gabinecie Poradni przyjmuje doktor Izabella Kołakowska – Kocz oraz magister Katarzyna Gawłowicz.

10. Obserwacja po leczeniu

Pacjenci, którzy ukończyli leczenie są zazwyczaj obserwowani w Poradni Onkologicznej. W ramach kontroli mają regularnie wykonywane badania obrazowe oraz stężenie PSA, aby w razie nawrotu choroby móc rozpocząć kolejną linię leczenia. Pacjenci po leczeniu raka prostaty powinni mieć na uwadze, że przez pewien czas (przez 4–6 miesięcy po leczeniu radykalnym) nie powinni wykonywać ćwiczeń w pozycji siedzącej np. jazdy na rowerze.

11. Ważne telefony i miejsca wykonywania poszczególnych badań

Telefon do koordynatora do spraw leczenia onkologicznego
Pani Aleksandra Kita i Pani Magdalena Janczak

(68) 3296 597, 730 711 718

Zakład Diagnostyki Obrazowej
Budynek C, Piętro 0, -1 (Badanie RTG kl. piersiowej, TK i MR)

Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego

Rejestracja: (68) 3296 330

USG jamy brzusznej, USG piersi, RTG

Rejestracja: (68) 3296 330

Zakład Patomorfologii – Budynek O, Piętro 0,1

Rejestracja: (68) 32 96 338

Poradnia Onkologiczna – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnia Radioterapii – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnia Chirurgii Onkologicznej – Budynek L, Piętro 0

Rejestracja: (68) 329 65 32

Poradnie Przyszpitalne – ul. Podgórna 46C

Poradnia Kardiologiczna, USG serca – Budynek U, Piętro 1

Rejestracja: (68) 329 62 00

Centralna Endoskopia – Budynek C, Piętro 1

Rejestracja: (68) 329 62 78

Pracownia Biopsji Aspiracyjnej Cienkoigłowej (BAC) – Budynek U

Rejestracja: (68) 329 65 09

12. Ważne telefony do Oddziałów szpitalnych

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Budynek C, Piętro 1

tel. 68 329 63 65

Kliniczny Oddział Radioterapii i Zakład Radioterapii – Budynek U/R, Piętro 3/0

tel. 68 329 64 97

Kliniczny Oddział Onkologii – Budynek L, Piętro 1

tel. 68 329 65 31

Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Budynek B, Piętro 1

tel. 68 329 63 52

13. Pytania do wywiadu lekarskiego

1. Obecne dolegliwości/czy nastąpiła utrata masy ciała? (np. w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy ile kilogramów Pan schudł?):
2. Dolegliwości bólowe:
3. Choroby towarzyszące/zabiegi operacyjne/pobyty w szpitalu:
4. Przyjmowane leki:
5. Uczulenia:
6. Wywiad rodzinny (pod kątem obecności chorób nowotworowych):
7. Używki:
8. Palenie tytoniu (ile lat? ile sztuk na dobę?):
9. Spożywanie alkoholu (ilość alkoholu wypijanego w ciągu tygodnia?):
10. Przyjmowanie suplementów diety:
11. Masa ciała:
12. Wzrost:



Informator został napisany w oparciu o najnowsze zalecenia
Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) oraz
Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO).



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

„Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony /
Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen“



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego