

# Jak zmienić sytuację pacjenta z rakiem jelita grubego

Polska odnotowuje najwyższą w Europie dynamikę wzrostu liczby zachorowań na raka jelita grubego. Rośnie również umieralność z jego powodu (szczególnie wśród mężczyzn), mimo że w innych krajach rokowania pacjentów poprawiają się. Codziennie z powodu nowotworu jelita grubego umiera w Polsce średnio 28 osób, a co roku 17 tys.

Pięcioletnie przeżycia chorych na raka jelita grubego są udziałem np. 65 proc. pacjentów w Australii, natomiast w Polsce — 47,6 proc. mężczyzn i 49 proc. kobiet. To bez wątpienia sytuacja niepokojąca. Przyczyn tego stanu należy upatrywać na wielu polach: począwszy od niskiej świadomości społeczeństwa, przez uwarunkowania organizacyjne, po ograniczony dostęp do nowoczesnych terapii.

W jaki sposób dogonić europejskie standardy? Odpowiedzi na to pytanie można znaleźć w opublikowanym niedawno raporcie „Sytuacja pacjenta z nowotworem jelita grubego w Polsce. Propozycje zmian”, opracowanym przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych i Fundację „Wygrajmy Zdrowie” z udziałem ekspertów, m.in. prof. nadzw. dr. hab. n. med. Lucjana Wyrwicza i dr. Jerzego Gryglewicza. Zawarte w raporcie rekomendacje dotyczą pięciu obszarów, w których autorzy dokumentu dopatrują się najpoważniejszych zagrożeń. „Postulaty dotyczą kluczowych aspektów organizacji profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego” — informuje Szymon Chrostowski, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

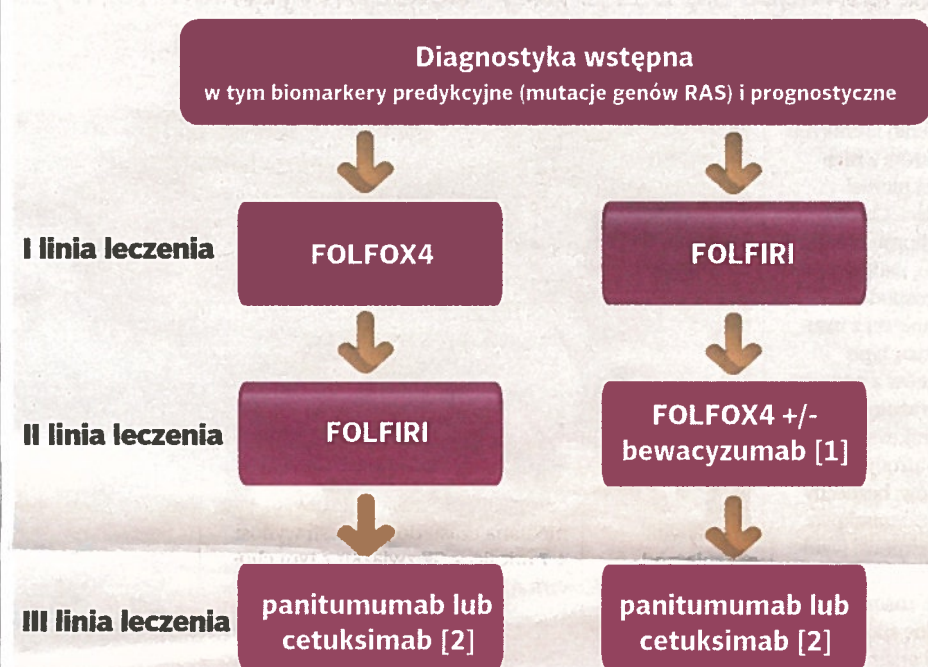
## Większy nacisk na profilaktykę

Wiadomo, że im wcześniej nowotwór zostanie wykryty, tym prostsze i tańsze będzie leczenie i większa szansa chorego na powrót do zdrowia. W przypadku raka jelita grubego najczęściej jednak tak się nie dzieje. Pacjent przez długi czas miewa bóle brzucha, biegunki, a nawet krwawienia z przewodu pokarmowego i niekiedy wielokrotnie odwiedza lekarza, nie uzyskując właściwego rozpoznania i leczenia.

Stąd pierwszą rekomendacją raportu jest potrzeba zwiększenia roli badań profilaktycznych na poziomie lekarza poz. Autorzy postulują wprowadzenie w tym celu obowiązkowego tzw. bilansu 45- i 60-latk, obejmującego również podstawowe badania w kierunku nowotworu jelita grubego.

Istnieje wprawdzie dobry program badań przesiewowych, w ramach którego od 2000 r. wykonywana jest bezpłatna kolonoskopia, jednak niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne wciąż się utrzymują. Dlatego od 2012 r. działania profilaktyczne zostały zintensyfikowane przez wysyłanie pocztą do osób w wieku 55-64 lata imiennych zaproszeń na to badanie. Program ma na celu wykrycie bardzo wczesnych zmian oraz kwalifikację pacjentów do ewentualnego usuwania niezłośliwych polipów, które mogą przekształcić się w nowotwór. We wspomnianej grupie wiekowej u co czwartej osoby znajduje się polipy, a 5 proc. osób jest zagrożone rozwojem raka. Usunięcie zmian

## Dostępność do leczenia przeciwnowotworowego RJG w ramach świadczeń gwarantowanych wg stanu obecnego



Uwagi: 1. Wyłącznie u chorych po resekcji ogniska pierwotnego 2. Wyłącznie przy braku mutacji RAS

zniejszyłoby ryzyko nowotworu o 60-90 proc.

Mimo istnienia tak pożytecznego programu, problemem jest mała zgłaszalność na te badania, wynosząca przeciętnie 16,7 proc. (najmniejsza w Lublinie, największa w Koninie), a według ankiety organizacji pacjentów jeszcze mniej, bo ok. 7 proc. Okazuje się, że barierą stanowi brak powszechnej dostępności znieczulenia do kolonoskopii. Wykonuje się je tylko u 20 proc. pacjentów, m.in. u osób po operacjach brzusznych. Głównym tego powodem, jak twierdzi dr Jerzy Gryglewicz, jest zbyt mała liczba anesteziologów. W świadomości społecznej kolonoskopia jest badaniem bolesnym i dlatego większość otrzymujących na nią zaproszenia wyrzuca je do kosza.

Zdaniem prof. Lucjana Wyrwicza, większy dostęp do kolonoskopii oznacza wzrost wykrywalności nowotworu jelita grubego, co podnosi wskaźniki zachorowalności. Jednocześnie jednak poprawia się wyleczalność, bo choroba zostaje uchwycona na wczesnym etapie. Dlatego kolejną rekomendacją raportu jest „zwiększenie wskaźników zgłaszalności pacjentów na badania kolonoskopii w programie badań przesiewowych (...) przez zapewnienie pacjentom większego dostępu do znieczulenia”.

Ze wzmocnieniem profilaktyki wiąże się również kolejny postulat autorów raportu: zwiększenie skuteczności akcji edukacyjnych, w czym miałyby brać udział organizacje pacjenckie.

## Lepszy dostęp do leczenia

Pacjenci, u których nowotwór został wcześniej wykryty, mają duże szanse na powrót do zdrowia. Prof. Lucjan Wyrwicz podaje przykład Francji, gdzie wyleczalność raka jelita grubego wynosi więcej niż u nas, bo 52 proc. Jest to efektem zastosowania w ponad połowie przypadków leczenia operacyjnego. W Polsce jest ono łatwo dostępne, podobnie jak leczenie cytostatykami, stosowanymi zwykle w zestawieniach jako programy chemioterapii wielolekowej FOLFIRI i FOLFOX-4.

Trudniejsza jest sytuacja pacjentów, u których to leczenie nie wystarcza. Jak czytamy w raporcie, dostęp do leków umieszczonych w programie „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego” (bewacyzumab, cetuksymab i panitumumab) jest zastrzeżony do wąskich wskazań. Inne leki: regorafenib, aflibercept, ramucyrumab i TAS-102 nie są w Polsce refundowane. W efekcie pacjenci z progresją nowotworu po leczeniu standardową chemioterapią nie mają już opcji terapeutycznych w kolejnych liniach leczenia.

Jednocześnie przeciwciała anti-EGFR (panitumumab i cetuksymab) można stosować w ramach programu lekowego wyłącznie w trzecim rzucie leczenia. Tymczasem wyniki badań klinicznych dowodzą znacznej skuteczności tych preparatów już w leczeniu pierwszoliniowym. Mimo zaleceń międzynarodowych towarzystw, dostęp do tych leków w Polsce jest ograniczony ze względu na wysoki koszt takiej terapii. Również jedyny dostępny u nas

Raport „Sytuacja pacjenta z nowotworem jelita grubego w Polsce. Propozycje zmian” Fundacji „Wygrajmy Zdrowie” i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, kwiecień 2017 r.

preparat antyangiogeny — bewacyzumab — można zastosować tylko w drugim rzucie leczenia dla ściśle określonej grupy chorych, podczas gdy standardy Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO) zalecają podanie go już w pierwszym rzucie.

W tej sytuacji autorzy raportu rekomendują:

- umożliwienie dostępu do terapii celowanej w pierwszej linii leczenia z uwzględnieniem akceptowalnego poziomu wzrostu jej kosztów;
- umożliwienie leczenia antyangiogeny u chorych uprzednio leczonych oksaliplatyną;
- określenie możliwości stosowania nowych opcji terapeutycznych w trzeciej i czwartej linii leczenia z zastosowaniem cytostatyków doustnych.

## Rehabilitacja to część terapii

Ostatnia, ale nie mniej ważna rekomendacja autorów raportu dotyczy zapewnienia dostępu do rehabilitacji medycznej wszystkim pacjentom. W przypadku nowotworu jelita grubego powinna ona stanowić nieodłączną część leczenia wspomagającego i być rozpoczynana jak najwcześniej. Obecne możliwości leczenia wydłużają bowiem życie pacjenta, powodują jednak powikłania i dysfunkcje. Najczęściej są one odwracalne, właśnie dzięki rehabilitacji, której celem powinna być poprawa jakości życia chorego.

Najlepiej, aby rehabilitacja medyczna zaczęła się jeszcze przed leczeniem chirurgicznym, do którego pacjent powinien zostać właściwie przygotowany, i była prowadzona po jego zakończeniu, w zależności od indywidualnych potrzeb. Obejmuje ona m.in. działania na rzecz poprawy układu oddechowego i krążenia, profilaktykę przeciwzakrzepową polegającą na aktywizacji ruchowej chorego, naukę pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz zasad odżywiania. W przypadku założenia stomii niezbędne jest odpowiednie przygotowanie chorego oraz jego otoczenia do zmiany worków itp.

Taka rehabilitacja powinna być prowadzona przez osoby o właściwych kwalifikacjach zawodowych i opierać się na naukowo uzasadnionych wytycznych.

Dostosowanie lokalnej organizacji leczenia i opieki nad pacjentami z nowotworem jelita grubego jest możliwe dzięki mapom potrzeb zdrowotnych opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Zawarta jest w nich pogłębiona — z rozbięciem na poszczególne powiaty — analiza zgonów, pokazująca znaczące różnicowanie regionalne w zakresie nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Oprac. RYS