

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE CZĘSTO I RZADKO WYSTĘPUJĄCE – KOMPLEKSOWE POSTĘPOWANIE

Maciej Krzakowski

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy
w Warszawie

Oszacowania Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że w 2020 roku liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych osiągnie – odpowiednio – liczbę około 190 tysięcy i 110 tysięcy. Szansę przeżycia 5-letniego ma w Polsce około 40% u mężczyzn i około 55% u kobiet z rozpoznaniem nowotworu. Wymienione wskaźniki potwierdzają, że nowotwory stanowią bardzo istotny problem zdrowotny.

Pod względem częstości występowania nowotwory można podzielić na rozpoznawane często (powyżej 6/100 tysięcy – np. rak gruczołu krokowego, rak płuca, rak jelita grubego lub rak piersi), rzadko (poniżej 6/100 tysięcy – np. nowotwory zarodkowe jądra, złośliwy międzybłoniak opłucnej, mięsaki tkanek miękkich lub kości) i bardzo rzadko (poniżej 1/100 tysięcy – nowotwory identyfikowane na podstawie diagnostyki genetyczno-molekularnej i stanowiące odmienne biologicznie podgrupy wśród nowotworów rozpoznawanych często). Szczególne wyzwanie stanowią nowotwory o niewielkiej częstości występowania, ponieważ określenie najbardziej odpowiedniego postępowania utrudniają ograniczenia w prowadzeniu perspektywnych badań klinicznych.

Rokowanie chorych z rozpoznaniem nowotworów rozpoznawanych często lub występujących rzadko zależy – w największym stopniu – od kompleksowości podejścia diagnostyczno-terapeutycznego, które polega na współdziałaniu różnych specjalistów w celu wybrania najskuteczniejszego i najbardziej bezpiecznego postępowania dostosowanego do indywidualnej sytuacji. Wyniki wielu analiz kohortowych stanowią uzasadnienie dla kompleksowości postępowania w nowotworach często rozpoznawanych (przykładowo – 5-letnie przeżycia chorych na raka piersi są o około 10% lepsze u chorych objętych wielospecjalistyczną opieką, a w przypadku raka płuca ryzyko zgonu jest o ponad 20% mniejsze w przypadku podejmowania decyzji w ramach wielospecjalistycznych konsyliów). Podobna sytuacja występuje w przypadku nowotworów występujących rzadko, a przykładem

są wyniki leczenia chorych na zarodkowe nowotwory jądra – wskaźniki 5-letniego przeżycia chorych objętych opieką wielospecjalistyczną w Uniwersytecie Indiana (Indianapolis) były o prawie 20% lepsze w porównaniu do wyników ogólnie amerykańskich ocenianych na podstawie rejestru SEERs (Surveillance, Epidemiology and End Results) Narodowego Instytutu Nowotworów w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

Rokowanie – mierzone wskaźnikami przeżycia 5-letniego – chorych na nowotwory w Polsce jest gorsze w porównaniu z średnimi wartościami osiąganymi w wielu krajach zachodniej Europy lub Stanach Zjednoczonych Ameryki, a poprawienie sytuacji wymaga uzyskania większej kompleksowości i koordynacji postępowania. W przypadku nowotworów częstych niezbędne jest tworzenie ośrodków kompetencji wyspecjalizowanych w opiece nad dużymi grupami chorych z rozpoznaniem jednego z częstych nowotworów (np. ośrodki raka piersi – Breast Cancer Unit lub raka płuca – Lung Cancer Unit). Ośrodki kompetencji powinny posiadać możliwość wykorzystywania wszystkich metod rozpoznawania i leczenia oraz koordynować działanie innych jednostek (przede wszystkim – tworzenie wytycznych postępowania i monitorowanie jakości oraz wyników). W przypadku nowotworów rzadkich i ultraradkich uzasadnione jest tworzenie ośrodków doskonałości, które powinny posiadać odpowiednie kompetencje dla zapewnienia optymalnej opieki na nowotwory o mniejszej częstości występowania. Ośrodki kompetencji i doskonałości powinny być tworzone na bazie uczelni medycznych lub regionalnych centrów onkologii wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej. Powinny prowadzić badania naukowe w zakresie wprowadzania nowoczesnych metod postępowania przeciwnowotworowego. Ważnym celem działania wymienionych ośrodków powinna być optymalizacja tzw. „ścieżki” chorych na nowotwory w systemie ochrony zdrowia i standaryzacja procesów diagnostycznych oraz terapeutycznych.