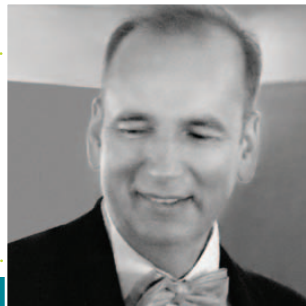


Marek Rząca
dr nauk medycznych
specjalista chirurgii onkologicznej



Obserwacja po leczeniu onkologicznym

Co to jest obserwacja po leczeniu onkologicznym i dlaczego jest ważna?

Zachorowanie na nowotwór jest zawsze wielkim przeżyciem dla człowieka. Mimo epidemii chorób nowotworowych, z jaką mamy do czynienia w ciągu ostatnich 50 lat w wielu środowiskach, szczególnie małych takich jak wieś czy małe miasto, chorzy na nowotwór żyją pod presją społeczeństwa, napiętnowani chorobą. Związane jest to z ograniczeniem ich sprawności fizycznej, zmianą wyglądu zewnętrznego, zmianami psychicznymi związanymi zarówno z przeżytym stresem jak i przeżytym leczeniem.

Właściwie nie można mówić o przebyciu choroby nowotworowej. W większości przypadków jest to ciągłe chorowanie, w którym są dłuższe lub krótsze przerwy dobrego zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia „*zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)*”. Czy wobec takiej definicji chory na nowotwór nawet po zakończeniu całego leczenia może czuć się w pełni zdrowy? Aktualny stan wiedzy medycznej niestety nie zapewnia pewnego wyleczenia. Przyjęto więc na użytek lekarzy i statystyków pewne długości okresów przeżycia, dzięki którym możliwe jest porównywanie osiąganych wyników leczenia przez różne ośrodki szpitalne. Mówimy o pięcio- i dziesięcioletnich przeżyciach. Są to przedziały czasowe przyjęte na podstawie wieloletnich i wieloosrodkowych obserwacji. Okazuje się, że przeżycie przez chorego na nowotwór 5 lat daje mu dużą szansę na dalsze spokojne życie, choć tego nie zapewnia.

Wiadomo, że kto przeżył 5 lat ma znacznie mniejszą szansę na nawrót choroby, gdyż wznowy i przerzuty odległe najczęściej występują w ciągu pierwszych 3 do 5 lat po zakończeniu leczenia. Jeszcze lepszym wskaźnikiem jest określenie przeżyć dziesięcioletnich. Chorujący na chorobę nowotworową przywiązują do tych trochę sztucznie wyznaczonych okresów bardzo dużą wagę. Nie należy się temu dziwić. W każdym z nas jest bowiem naturalna potrzeba pewności co do swojej przyszłości.

Losem chorego na chorobę nowotworową jest stałe poddawanie się badaniom kontrolnym. Z jednej strony pozwala to na poczucie spokoju i przeświadczenie, że jest się zdrowym, z drugiej dostarcza lekarzom informacji na temat aktualnego stanu chorego i daje pewne szanse na wczesne przeciwdziałanie nawracającej chorobie. Badania kontrolne stoją trochę w sprzeczności z cytowaną wcześniej definicją zdrowia. Zmuszają one do ciągłego myślenia o chorobie, wyzwalamy strach i niepewność w oczekiwaniu na wyniki wykonanych badań dodatkowych. Ogólnie przyjęto, że badania kontrolne należy wykonywać, choć istnieją również zupełnie przeciwne teorie. Aby je pogodzić przyjmuje się, że część obserwacji powinna być prowadzona przez samego chorego tak, aby zmniejszyć częstotliwość wizyt w poradni onkologicznej. Powszechnie propagowane jest samobadanie piersi, fotografowanie skóry i oglądanie znamion skórnych, dotykanie miejsc operowanych w celu wykrycia powstających na nowo guzków i zgrubień, obserwacja wydaliny takich jak stolec, mocz, wydzielina górnych dróg oddechowych, obserwacja wydzielin – wycieki z dróg rodnych, brodawek sutkowych, nosa.

Okazuje się, że uważne przyglądanie się sobie ma często najwyższą wartość spośród wszystkich metod diagnostycznych.

Obecnie jesteśmy skłonni pokładać całą nadzieję w osiągnięciach technicznych medycyny. Dzięki nowoczesnym sposobom obrazowania możemy dość precyzyjnie zajrzeć do wnętrza człowieka i obiektywnie stwierdzić, czy nowotwór pozostaje wyleczony, czy też daje wznowę miejscową lub przerzuty odległe. Metody diagnostyczne mają jednak kilka zasadniczych wad, o których chorzy często zapominają. Najważniejsze z nich to koszt, brak pewności czy wykonane badanie rzeczywiście rozpoznało to, co trzeba i konieczność wykonywania dalszej diagnostyki w przypadku uzyskania niepewnych wyników. Rocznie w Polsce zapada na nowotwory ok. 150 tysięcy osób, a liczba chorych żyjących z nowotworem przekracza 500 tysięcy.

Wykonywanie badań kontrolnych u potencjalnie wyleczonych osób zmniejsza i tak małą pulę pieniędzy przeznaczonych na leczenie nowych, świeżo rozpoznanych przypadków nowotworów.

Wszystkie metody diagnostyczne mają swoją określoną wydolność. Mierzy się ją zdolnością odróżniania chorych od zdrowych oraz specyficzną zdolnością rozpoznania tej, a nie innej choroby. Nie ma metod diagnostycznych, które w 100 % pozwoliłyby na rozpoznanie. Nawet najnowocześniejsze badania typu pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) nie mają takiej wydolności. Uzyskanie niepewnego wyniku badania jest sytuacją bardzo deprymującą dla chorego, a lekarza zmusza do wykonania kolejnych badań, aby doprecyzować diagnozę. To z kolei zwiększa koszty prowadzonej obserwacji i stres chorego.

W Polsce przyjęto schemat badań kontrolnych po leczeniu choroby nowotworowej o znacznej intensywności. Chorzy poddawani są zarówno badaniom lekarskim, jak i obrazowym. Wykonywane są też badania krwi zarówno w kierunku oznaczenia markerów nowotworowych jak i innych parametrów morfologicznych i biochemicznych. Obserwacja po leczeniu obejmuje przegląd historii leczenia chorego oraz wykonanie badania lekarskiego i ewentualnych badań dodatkowych.

Do tych badań należą:

- **badania obrazowe**

ultrasonografia, tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, pozytonowa tomografia emisyjna, badania rentgenowskie;

- **badania endoskopowe**

gastroskopia, kolonoskopia, laryngoskopia, cystoskopia;

- **badania laboratoryjne**

biochemiczne, morfologiczne.

Badania kontrolne pozwalają na rozpoznanie, czy przebyta choroba nowotworowa nie nawraca w miejscu jej pierwotnego umiejscowienia (wznowa miejscowa) lub nie daje przerzutów (wznowa w odległych narządach). Ponieważ wizyty kontrolne nie zawsze będą realizowane przez tego samego lekarza, konieczne jest odpowiednie przygotowanie się do nich. Chory powinien mieć ze sobą kartę informacyjną leczenia, w której uwzględniono rozpoznanie, datę rozpoczęcia leczenia, jego sposób, wyniki badań dodatkowych sprzed leczenia i tych wykonanych ostatnio. Jeżeli chory jest uczestnikiem badań klinicznych powinien mieć ze sobą informacje na ten temat.

Podczas pierwszej wizyty kontrolnej pacjent po leczeniu onkologicznym powinien otrzymać odpowiedź na następujące pytania:

- Jak często będę przychodził na wizyty kontrolne?
- Do lekarzy jakich specjalności będę musiał chodzić?
- Jakie jest prawdopodobieństwo nawrotu mojej choroby?
- Czy mogę zachorować na inny typ nowotworu?
- Na jakie objawy powinienem zwracać uwagę?
- Jeżeli stwierdzę objawy, kiedy i do kogo mam się zgłosić?
- Jakie objawy uboczne leczenia lub późne efekty leczenia mogą mnie spotkać?
- Jakie badania dodatkowe i jak często będą wykonywane?
- Co mogę zrobić sam, aby zmniejszyć ryzyko ponownego zachorowania?
- Czy mogę korzystać z rehabilitacji lub grup wsparcia?
- Czy i kiedy mogę podjąć pracę zawodową?
- Czy mogę mieć kłopoty z ubezpieczeniem się?

Obowiązują schematy obserwacji onkologicznej zależne od rodzaju choroby nowotworowej. W każdym z nich podstawą jest jednak badanie lekarskie, na które składa się zebranie wywiadu i wykonanie badania przedmiotowego (oglądanie, badanie ręczne, osłuchiwanie).

Obserwacja po leczeniu raka piersi

Badanie lekarskie wykonuje się co 3–6 miesięcy przez pierwsze 5 lat. Potem okres ten wydłuża się do 1 roku, ale nie ma punktu, w którym można zaprzestać obserwacji. Mammografia 1 raz w roku u kobiet, które przeżyły amputację piersi. W przypadku kobiet po leczeniu oszczędzającym mammografię piersi operowanej wykonuje się co 6 miesięcy w pierwszym roku, a następnie 1 raz w roku. U kobiet obarczonych zwiększonym ryzykiem zachorowania – nosicielek mutacji genowych BRCA1 i BRCA2 – wskazane jest wykonywanie 1 raz w roku badania rezonansu magnetycznego piersi. Badanie ginekologiczne powinno być wykonane 1 raz w roku z uwzględnieniem badania ultrasonograficznego przez pochwę. Radiogram klatki piersiowej i ultrasonografia jamy brzusznej, choć nie są zalecane do rutynowego wykonywania, powinny być jednak wykonywane 1 raz w roku. Pozostałe badania wykonywane są tylko ze wskazań lekarskich. Nie ma powodu do rutynowego wykonywania badania markerów nowotworowych.

Wszystkie kobiety, które przychodzą na badanie kontrolne powinny pamiętać, że decyzja o wykonaniu konkretnego badania leży w gestii badającego je lekarza. Nie ma sposobu, aby ktokolwiek w 100 % wykluczył możliwość nawrotu choroby.

Obserwacja po leczeniu raka jelita grubego i odbytnicy

Badanie lekarskie wykonuje się co 3–6 miesięcy przez pierwsze 5 lat. W przypadkach choroby bardziej zaawansowanej kontrole powinny odbywać się co 3 miesiące. Badanie poziomu markera nowotworowego CEA w surowicy krwi powinno wykonywać się co 3–6 miesięcy przez 3 lata, potem co 6–12 miesięcy. Kolonoskopia powinna być wykonana w ciągu pierwszego roku po operacji. Dalsze badania kolonoskopowe wykonywane są w terminie 3 i 5 lat po zakończeniu leczenia. U chorych, którzy przebyli wycięcie odbytnicy i mieli wykonaną kolonoskopię przed operacją wskazane jest wykonywanie jedynie badania odbytnicy (rektosigmoidoskopia) co 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata. Rak jelita grubego cechuje się dużym ryzykiem powstawania przerzutów szczególnie do wątroby i płuc. Wczesne wykrycie takich zmian pozwala na wykonanie radykalnej operacji i wydłużenie życia chorego. Dlatego rekomendowane są badania obrazowe jamy brzusznej w postaci tomografii komputerowej z częstotliwością 1 raz w roku przez 3 lata. Można zastosować także badanie ultrasonograficzne co 6 miesięcy. Jest ono mniej dokładne, jednak nie niesie ze sobą obciążenia w postaci promieniowania rentgenowskiego. Badanie klatki piersiowej metodą tomografii komputerowej powinno być wykonane 1 raz w roku przez 3 lata. Wykonywanie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej ze względu na jego niską czułość nie jest rekomendowane. Pozostałe badania diagnostyczne mogą być wykonywane w zależności od stwierdzonej w badaniu lekarskim sytuacji klinicznej i wywiadu zebranego od chorego.

Obserwacja po leczeniu raka płuca

Badanie lekarskie przeprowadza się co 3–6 miesięcy przez pierwsze 5 lat. Badaniem obrazowym z wyboru zalecanym przez ekspertów jest tomografia komputerowa, która powinna być wykonywana co 6 miesięcy. Chorzy palący papierosy mimo przebytej choroby powinni być skierowani na leczenie odwykowe. Badania obrazowe jamy brzusznej nie są wskazane rutynowo, choć w przypadku niektórych postaci raka płuca są zalecane.

Obserwacja po leczeniu raka żołądka

Badanie lekarskie przeprowadza się co 3–6 miesięcy przez 3 lata, potem 1 raz w roku. Badanie endoskopowe – 1 raz w pierwszym roku po zakończeniu leczenia, ale nie ma rekomendacji do takiego postępowania. Właściwie to konieczność wykonania badania endoskopowego wynika z objawów zgłaszanych przez chorego. Badania obrazowe klatki piersiowej i jamy brzusznej zlecane są w zależności od sytuacji klinicznej i nie ma w tym zakresie konkretnych rekomendacji. Chorzy po wycięciu żołądka wymagają natomiast okresowej kontroli morfologii krwi i poziomu witaminy B₁₂.

Obserwacja po leczeniu czerniaka skóry

Sposób obserwacji zależy od stopnia zaawansowania miejscowego choroby. W przypadku czerniaków przedinwazyjnych wystarczy kontrolne badanie lekarskie 1 raz w roku przez całe życie chorego. W przypadkach czerniaków zaawansowanych **badanie lekarskie przeprowadza się co 3–6 miesięcy przez 5 lat**, a następnie 1 raz w roku. Warto jednak w ciągu pierwszych 2 lat wykonywać kontrolne badanie lekarskie co 3 miesiące. Chorzy powinni być zachęceni do systematycznej samokontroli skóry i węzłów chłonnych. Wszelkie badania obrazowe nie powinny być wykonywane rutynowo. O ich wykonaniu decyduje lekarz i sytuacja kliniczna.

Obserwacja po leczeniu raka nerki

Badanie lekarskie co 6 miesięcy z uwzględnieniem badania biochemicznego krwi przez 2 lata, a następnie 1 raz w roku do 5 lat. Ze względu na dość agresywny przebieg choroby zalecane jest wykonywanie badania rentgenowskiego lub tomografii komputerowej klatki piersiowej 1 raz w roku. Zalecane jest też wykonywanie badania tomograficznego jamy brzusznej 1 raz w roku.

Obserwacja chorych po leczeniu raka gruczołu krokowego

W przypadku tego nowotworu sposób prowadzenia badań kontrolnych zależy w dużej mierze od sposobu leczenia. **Chorzy leczeni wyłącznie hor-**

monalnie wymagają częstszych kontroli co 3–6 miesięcy. Chorzy, którzy przebyli radykalne leczenie chirurgiczne oraz radioterapię wymagają badania lekarskiego co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia potem co 6–12 miesięcy. Oznaczenie stężenia antygenu PSA powinno odbywać się podczas każdej wizyty w pierwszym roku po leczeniu, a następnie co 6 miesięcy przez kolejne 3 lata, potem 1 raz w roku. Chorzy powinni być badani palcem przez odbytnicę podczas wizyt lekarskich. Badania obrazowe klatki piersiowej i jamy brzusznej zlecane są po ustaleniu wskazań przez kontrolującego lekarza, ale nie ma pewnych rekomendacji co do ich harmonogramu.

Obserwacja po leczeniu raka jajnika

Rak jajnika jest nowotworem cechującym się dużą częstością nawrotów miejscowych. W zaawansowanych przypadkach częstość wznów może sięgać 70 %. Najczęściej ujawniają się one już w ciągu pierwszych 2 lat po leczeniu. **Chore powinny być poddawane badaniu lekarskiemu co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata,** a potem co 6 miesięcy aż do 10 lat po leczeniu. Podczas każdej wizyty zalecane jest oznaczanie poziomu antygenu Ca-125. Oznaczenie tego wskaźnika jest bardzo przydatnym testem. Wzrost jego poziomu wyprzedza pojawienie się klinicznych cech wznowy choroby. Dlatego wykonywanie badań obrazowych jamy brzusznej powinno być każdorazowo poprzedzone badaniem Ca-125. Wśród badań obrazowych przydatne są: tomografia komputerowa jamy brzusznej oraz badanie PET. Należy jednak pamiętać, że nie ma zaleceń do rutynowego wykonywania badania PET i jest ono zarezerwowane dla przypadków trudnych, w których innymi metodami nie udaje się zlokalizować wznowy choroby.

Obserwacja po leczeniu raka szyjki i trzonu macicy

Badanie lekarskie, ginekologiczne jest zalecane u chorych co 3 miesiące w 1 roku, następnie co 4 miesiące w 2 roku, co 6 miesięcy w 3 roku, a potem 1 raz w roku. Obserwacja najczęściej prowadzona jest przez 5–10 lat. Badania obrazowe jamy brzusznej oraz klatki piersiowej wykonywane są ze wskazań lekarskich. Przydatne dla potwierdzenia obecności wznowy jest badanie PET.

Obserwacja po leczeniu raka tarczycy

Obserwacja po leczeniu raka tarczycy powinna być prowadzona przez całe życie chorego. Pierwsze badanie kontrolne zalecane jest po 3 miesiącach od zakończenia leczenia jodem radioaktywnym. Następne badania powinny być wykonywane co 6 miesięcy. W trakcie pierwszej wizyty wykonuje się badanie lekarskie, ultrasonograficzne szyi, badanie poziomu tyreoglobuliny, poziomu TSH. Inne badania zalecane są zgodnie ze wskazaniami medycznymi. Wskazaniem badaniem może być scyntygrafia szyi lub całego ciała z użyciem jodu. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu tyreoglobuliny bez innych cech nawrotu choroby konieczne jest wykonanie badań obrazowych w postaci tomografii komputerowej, tomografii rezonansu magnetycznego lub PET.

Przedstawione tu sposoby obserwacji chorych po leczeniu onkologicznym dotyczą najczęściej występujących nowotworów i nie wyczerpują całego tematu.

W polskim Internecie istnieją strony dotyczące nadzoru po leczeniu konkretnych nowotworów. Brakuje natomiast ogólnych informacji na ten temat. Strony takie istnieją w dużej ilości w Internecie światowym. Niektóre z nich pozwalają nawet na osobiste stworzenie planu kontroli po leczeniu. Godne polecenia są następujące strony:

- **National Cancer Institute** – Cancer Survivorship Research
<http://dccps.cancer.gov/ocs/>
- **National Cancer Institute** – Life After Cancer Treatment:
<http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment/page1>
- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**
<http://www.nccn.org/index.asp>
- **The American Society of Clinical Oncology (ASCO)**
<http://www.asco.org/>
- **Livestrong Care Plan**
<http://www.livestrongcareplan.org>