



V KONGRES ONKOLOGII POLSKIEJ

Wyzwania kompleksowej opieki onkologicznej

Najważniejsze doniesienia z V Kongresu Onkologii Polskiej wraz z dostępem do materiałów wideo z wykładów.



Słowo wstępne

Kongres Onkologii Polskiej odbywa się raz na cztery lata i jest najważniejszym wydarzeniem naukowym w środowisku onkologicznym. Podczas Kongresu prezentowane są światowe przełomy w leczeniu nowotworów, osiągnięcia polskich onkologów, innowacje i nowe trendy w zakresie diagnostyki i leczenia oraz organizacji opieki onkologicznej.

Piąta edycja Kongresu odbyła się pod hasłem kompleksowej opieki onkologicznej. Motyw ten został wybrany na podstawie rekomendacji zawartych w Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Europejskiej Strategii Walki z Rakiem. Wprowadzenie modelu kompleksowej opieki onkologicznej to proces, który jest związany jest z wieloma wyzwaniami - począwszy od zmian organizacyjnych, kształcenia kadr, przez wdrożenie najnowszych standardów i wytycznych oraz mierników jakości, skończywszy na badaniach klinicznych i podążaniu za postępem. Każda z sesji zorganizowanych w ramach Kongresu wyznacza kierunki, w których będzie rozwijać się polska onkologia.

Podczas Kongresu odbyło się łącznie 60 sesji edukacyjnych, w tym blisko 160 wykładów, które poprowadziło 175 wykładowców. W Kongresie wzięli udział eksperci z wiodących ośrodków onkologicznych ze Stanów Zjednoczonych i Europy. Każda z sesji wyznacza kierunki, w których będzie rozwijać się polska onkologia.

Do tej pory Kongres miał zamkniętą formułę – dostęp do wykładów mieli jedynie zarejestrowani uczestnicy. W tym roku po raz pierwszy Polskie Towarzystwo Onkologiczne zdecydowało o udostępnieniu nagranych wykładów z Kongresu wszystkim zainteresowanym. Zapraszamy do lektury podsumowania z najważniejszych sesji Kongresu oraz do obejrzenia wykładów on-line (pod kodami QR znajdują się odnośniki do stron).

*Adam Maciejczyk, Przewodniczący Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.*



Patronaty

Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy

PREZYDENT.PL

Komitety Honorowy



Patronaty Towarzystw



Komitet naukowy i organizacyjny

Przewodniczący Komitetu Naukowego

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Członkowie Komitetu Naukowego

dr hab. n. med. Joanna Didkowska
 prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth
 prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź
 prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki
 prof. dr hab. n. med. Jan Kotarski
 prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
 dr n. med. Aleksandra Łacko
 dr hab. n. med. Dawid Murawa
 prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
 prof. dr hab. n. med. Ewa Sierko
 dr n. med. Agata Szulc
 prof. dr hab. n. med. Jan Walewski
 prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Członkowie Komitetu Organizacyjnego

Marek Bębenek	Monika Kurowska
Jadwiga Chmielarz	Aleksandra Łacko
Emilia Cisarż	Rafał Matkowski
Agnieszka Czajkowska	Bożena Morka
Izabela Dębicka	Jadwiga Nowacka
Iwona Dudzic	Ireneusz Pawlak
Dorota Dupla	Barbara Rossochacka
Elżbieta Garwacka-Czachor	Anna Rybicka
Władysław Głowacz	Beata Słocka-Romaniuk
Roman Hawro	Krzysztof Staśkiewicz
Piotr Hudziec	Agata Szulc
Marzena Janiszewska	Irena Toporowska
Nikola Jennek	Krzysztof Tupikowski
Małgorzata Krynicka-	Aneta Wrobel
Duszyńska	Paweł Zawadzki
Grażyna Kulesza	Marcin Ziętek

Spis treści

Sesja plenarna systemowa z udziałem Ministra Zdrowia	
Policy Paper 2021–2027 dla onkologii	prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna
Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej	dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
Narodowa Strategia Onkologiczna	prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Sesja edukacyjna — debata Konsultantów Krajowych nt. kształcenia specjalizacyjnego	
Kształcenie w onkologii klinicznej wobec wytycznych postępowania	prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
Czy i jak sprawdzać w czasie szkolenia i/lub PES umiejętności praktyczne w poszczególnych specjalizacjach onkologicznych?	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski
Specjalizacja w dobie tworzenia Ośrodków Chirurgii Narządowej	prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski
Model kształcenia w ginekologii onkologicznej dopasowany do standardów współczesnej onkologii	prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński
Sesja Value Based Cancer Care	
Wdrożenie mierników jakości zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi w Dolnośląskim Centrum Onkologii w ramach projektu iPAAC	dr n. med. Aleksandra Sztuder
Mierniki i wskaźniki opieki onkologicznej	dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
Jakość w onkologii na przykładzie międzynarodowej strategii Value Based Healthcare w ramach projektu Dragon's Grant & Endorsement	dr hab. Beata Jagielska

Sesja PTO i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Koszyk świadczeń, unity onkologiczne oraz wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jako systemowe rozwiązania wspierające leczenie oparte na jakości (przedstawienie wypracowanych rozwiązań i prowadzonych prac)

dyr. Dominik Dziurda

Taryfikacja świadczeń onkologicznych — podsumowanie i efekty dotychczasowych prac (metody, efekty prac, zmiany finansowe)

dyr. Agnieszka Włodarczyk

Sesja Organizacji Pacjentów

Priorytety opieki onkologicznej z perspektywy pacjentów

Aleksandra Rudnicka

Organizacja pacjentów ukierunkowana na profilaktykę

Paweł Zawadzki

Sesja radioterapeutyczno-fizyczna

Wprowadzenie: MR Linac w Klinice Radioterapii

prof. dr hab. n. med. Maria Werner-Wąsik

Sesja plenarna międzynarodowa

Patogeneza nowotworów jako podstawa ich nowoczesnej diagnostyki i terapii

prof. dr hab. n. med. Mariusz Wąsik

Terapia raka płuca — uzasadniony optymizm

prof. dr hab. n. med. Maria Werner-Wąsik

Sesja uroonkologiczna — część I

Prostate Cancer Unit w Polsce — spojrzenie urologa

prof. hab. n. med. Artur Antoniewicz

Wykład: Zmiany konieczne w DiLO i lekcje z pilotażu

dr n. med. Krzysztof Tupikowski

Sesja nowotworów skóry

Leczenie okołoooperacyjne czerniaka

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

Sesja nowotworów dolnego odcinka pokarmowego

Problemy u chorych na raka odbytnicy: leczenie bez operacji i całkowita terapia przedoperacyjna — tzw. TNT	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bujko
Problemy u chorych na raka odbytnicy — chemioterapia pooperacyjna i strategię leczenia chorych na przerzutowego raka odbytnicy	prof. dr hab. n. med. Lucjan S. Wyrwicz
Jakość w chirurgii jelita grubego	prof. dr hab. n. med. Marek Bębenek

Sesja „Współczesnej diagnostyki genetyczno-molekularnej”

Znaczenie badań genetycznych dla optymalizacji personalizowanego postępowania klinicznego w onkologii	prof. dr hab. n. med. Maria Sęsiadek
Wysoka jakość diagnostyki molekularnej podstawą do optymalizacji postępowania terapeutycznego w raku jajnika - doświadczenia Świętokrzyskiego Centrum Onkologii	dr hab. n. med. Artur Kowalik
Akredytacja laboratorium molekularnego gwarancją wysokiej jakości diagnostyki onkogenetycznej	dr hab. n. med. Izabela Łaczmańska

Sesja „Nowotwory głowy i szyi”

Możliwości i perspektywy radykalnego leczenia skojarzonego chorych na nowotwory narządów głowy i szyi	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski
Dylematy w wyborze leczenia systemowego u chorych z nawrotami/przerzutami odległymi raka narządów głowy i szyi	prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki
Chirurgia robotowa w nowotworach głowy i szyi	prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński

Sesja radioterapeutyczno-fizyczna

Wprowadzenie: MR Linac w Klinice Radioterapii	prof. dr hab. n. med. Maria Werner-Wąsik
-----------------------------------------------	------------------------------------------

Sesja raka piersi

Chirurgia piersi — highway to hell czy stairway to heaven?

dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki,
prof. KAIAFM

Czy możliwa jest deeskalacja RT dołu pachowego?

dr hab. n. med. Elżbieta Senkus-Konefka

Czy systemowe leczenie indukcyjne może być skrojone na miarę?

dr n. med. Aleksandra Łacko



Ceremonia Otwarcia i Sesja inauguracyjna

Podczas Ceremonii Otwarcia Kongresu, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Onkologicznego odznaczył czterech wybitnych polskich onkologów złotymi odznaczeniami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego za zasługi dla polskiej onkologii. Odznaczenie to jest dowodem wielkiego uznania dla ich wieloletniej pracy i działalności. Odznaczeni zostali: prof. dr hab. Andrzej Kułakowski, prof. dr hab. Stanisław Gózdź, prof. dr hab. Bogusław Maciejewski oraz prof. dr hab. Marian Reinfuss. Są to osoby, które od lat należą do najważniejszych postaci kształtujących obraz polskiej onkologii. Zarząd PTO wybierając kandydatów do odznaczeń kierował się ich naukowym dorobkiem, a także zaangażowaniem i pasją, z jaką przez lata poświęcali rozpowszechnianiu naukowych zdobyczy wśród społeczności onkologów. Ich indywidualny dorobek stanowi jednocześnie sukces całego środowiska onkologicznego, pozostając wielką

wartością polskiej medycyny. Wykłady inauguracyjne podczas ceremonii otwarcia wygłosili prof. Andrzej Kułakowski oraz prof. Bogusław Maciejewski.

Sesja inauguracyjna poświęcona została przypomnieniu historii onkologii w Polsce, jak również wspomnieniu wybitnych polskich onkologów, którzy odeszli w ostatnich latach, a którzy swoimi dokonaniem znacząco wpłynęli na dynamiczny rozwój tej dziedziny medycyny.

Podczas Ceremonii Otwarcia odbyła się również dyskusja o dorobku wybitnych onkologów, którzy odeszli w ostatnich latach. Wśród licznych wspomnień znaleźli się m.in. prof. Mieczysław Chorąży, prof. Andrzej Hliniak czy prof. Leszek Miszczyk.



Sesja systemowa z udziałem Ministra Zdrowia

Sesja plenarna z udziałem Ministra Zdrowia poświęcona została w dużej mierze analizie kierunków rozwoju dla onkologii oraz ocenie pierwszych wniosków z wdrożonego pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Wykład: Policy Paper 2021 – 2027 dla onkologii

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna



Policy Paper dla Polski na lata 2021 – 2027 zwraca uwagę na kilka kluczowych problemów. Jednym z nich jest Polska na tle Unii Europejskiej w kontekście relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, a jednocześnie wysokiej umieralności.

Ważnym aspektem jest niski odsetek polskiej populacji objętej badaniami przesiewowymi. Wykrywanie chorób we wczesnym stadium to kolejne wyzwanie polskiego systemu ochrony zdrowia. Ekspertci zauważają także problem braku stosowania suboptymalnego leczenia oraz monitorowania skutków wdrożonej terapii. Uwagę zwraca niska jakość leczenia chirurgicznego w mało doświadczonych ośrodkach, czego skutkiem jest wysoka śmiertelność pooperacyjna. Ważnym elementem jest brak właściwej, kompleksowej opieki rehabilitacyjnej oraz psychologicznej dla chorych z nowotworem, w wyniku czego wysokie są koszty pośrednie.

W ostatnich latach podjęto kilka istotnych kroków w zakresie wdrożenia rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji pacjentów onkologicznych. Wśród nich jest przede wszystkim wprowadzenie w 2019 roku pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej oraz przepisów tworzących Breast Cancer Unit, jak również powołanie Funduszu Medycznego i ustawy o jakości (2021).

Ważne:

- ▶ konieczny nacisk na programy profilaktyczne;
- ▶ niezbędna poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych;
- ▶ konieczna poprawa dostępności poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia oraz lepsze jej planowanie;
- ▶ należy ustanowić mechanizmy płacenia za jakość;
- ▶ ważne monitorowanie zdarzeń niepożądanych oraz utworzenie funduszu odszkodowań dla pacjentów.

Wykład: Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej

Prowadzący: dr hab. n. med. Adam Maciejczyk



Wprowadzony pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej nasuwa już ważne wnioski. Istotnym jest poprawa komunikacji z chorym oraz zwiększenie możliwości dotarcia do specjalisty, co w dobie pandemii było i jest szczególnie dużym wyzwaniem, a co z powodzeniem udało się chorym zapewnić w ramach KSO. Specjaliści nie mają wątpliwości, że pacjent musi mieć szansę odnalezienia się w zawiłej ścieżce leczenia. Ważnym celem KSO jest standaryzacja opieki nad chorym oraz konieczność mierzenia efektów działań wdrożonych w poszczególnych placówkach. Najlepszym ku temu sposobem jest bieżące badanie satysfakcji pacjentów. Ważnym elementem sprawnego działania Krajowej Sieci Onkologicznej jest odpowiednie przygotowanie oraz stałe szkolenie koordynatorów. W trakcie pilotażu określono niezbędną ilość koordynatorów, co pozwoli zapewnić chorym sprawne przejście przez ścieżkę diagnostyczną. Każdy pacjent z nowotworem powinien być leczony wg najlepszych standardów. Powinny powstać moduły kompleksowej opieki, a nie tylko samego doraźnego leczenia. Szpital wchodzący do Sieci musi być monitorowany pod kątem rozwoju.

Wymagany będzie także jednolity schemat diagnostyki (checklisty). Niezbędny jest również system monitorowania jakości opieki, a w tym celu ważne jest zbieranie i analizowanie danych. Istotnym wnioskiem płynącym z dotychczasowych działań jest pozwolenie pacjentowi na ocenę pracy specjalistów oraz funkcjonowania systemu. Choć pandemia była i jest wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej, chorzy oceniają czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia jako zadziwiająco krótki. Równie dobrze oceniają zasadność istnienia infolinii.

Ważne:

- ▶ **pacjent musi być centrum działań Krajowej Sieci Onkologicznej;**
- ▶ **niezbędna jest standaryzacja opieki nad pacjentem onkologicznym oraz właściwy i stały pomiar efektywności działań;**
- ▶ **konieczna jest poprawa komunikacji z pacjentem;**
- ▶ **niezbędny jest system monitorowania jakości oraz badanie satysfakcji pacjenta;**
- ▶ **potrzebne są kampanie społeczne, które zwiększą świadomość społeczną w zakresie możliwości, jakie daje Krajowa Sieć Onkologiczna.**

Wykład: Narodowa Strategia Onkologiczna

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski



Wśród głównych celów Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020 – 2030, zatwierdzonej w lutym 2020 roku, przyjęto trzy kluczowe cele: wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej; zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnym stadium oraz poprawę jakości życia w trakcie i po zakończonym leczeniu. Twórcy programu wybrali 5 rodzajów nowotworów podatnych na działania profilaktyczne, dzięki którym można znacząco wpłynąć na poprawę statystyk. Wytypowano nowotwór złośliwy jelita grubego, raka

piersi, raka szyjki macicy, czerniaka skóry oraz nowotwór złośliwy płuca i oszacowano zakładane rezultaty (prognozy na 2025 rok). Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada działania na rzecz następujących obszarów: inwestycji w kadry, w edukację, prewencję pierwotną i styl życia, w prewencję wtórną, inwestycję w naukę i innowacje oraz system opieki onkologicznej. Koordynacja realizacji zadań w ramach NSO opiera się na współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz innymi resortami, organizacji i prowadzeniu comiesięcznych spotkań roboczych, prowadzeniu kwartalnych spotkań podsumowujących, zapewnieniu merytorycznego wsparcia realizatorom poszczególnych zadań oraz bieżącym pozyskiwaniu, gromadzeniu i analizowaniu danych umożliwiających ocenę rezultatów.

Ważne:

- ▶ opracowano wytyczne postępowania diagnostyczno – terapeutycznego dla niektórych rodzajów nowotworów (m.in. rak szyjki macicy, rak skóry i kości czy nowotwory narządów wydzielania wewnętrznego);
- ▶ podjęto działania w zakresie prewencji: wdrożono pilotaż badań HPV – DNA oraz programy szkoleniowe, m.in. dobrowolna certyfikacja cytodiagnostów realizujących „Program profilaktyki raka szyjki macicy”;
- ▶ podjęto działania w zakresie koordynacji i monitorowania jakości profilaktyki, szczególnie w zakresie nowotworów piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego;
- ▶ podpisano umowę na utworzenie Narodowego Portalu Onkologicznego (planowane uruchomienie z końcem 2022 roku);
- ▶ opracowano mierniki i wskaźniki dla ośrodków funkcjonujących w Krajowej Sieci Onkologicznej.



Sesja edukacyjna – debata Konsultantów Krajowych nt. kształcenia specjalizacyjnego

Sesja edukacyjna poświęcona została omówienie istotnych celów rozwoju specjalizacji w zakresie onkologii, ze szczególnym uwzględnieniem konieczności zwiększenia możliwości praktyki dla przyszłych specjalistów.

Wykład: Kształcenie w onkologii klinicznej wobec wytycznych postępowania

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski



Kształcenie specjalistyczne w onkologii wymaga zmiany pewnych zasad i procedur, przede wszystkim w kontekście rzeczywistej praktyki i późniejszej realnej pracy z pacjentem, ale również samego czasu nauki. Szkolenie specjalizacyjne polega aktualnie na 3 latach interny i zawiera zaledwie 2 lata i 55 dni modułu onkologicznego. Według rekomendacji Global Curriculum in Medical Oncology i zaleceń ESMO, czas trwania nauki na internie wynosić powinien 2 lata, zaś 3 lata w przypadku modułu onkologicznego i jedynie taki system kształcenia może odpowiednio przygotować specjalistów. Aktualnie w Polsce pracuje 1000 osób z certyfikatem zawodowym w zakresie onkologii klinicznej, podczas gdy rekomendowana liczba wynosi 1600 osób. Biorąc pod uwagę rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ośrodki kompleksowego leczenia, pojawia się zasadna wątpliwość co do pokrycia zapotrzebowania w zakresie wykształconej kadry medycznej w sektorze onkologii klinicznej. Jak pokazują przykładowe dane z

sesji wiosennej z roku 2021, do egzaminu przystąpiło 80 osób, zaledwie 27 zakończyło proces pomyślnie.

Ważne:

- ▶ wyzwaniem jest niedostateczny poziom przygotowania specjalistycznej kadry w onkologii klinicznej w kontekście szerokiego zakresu opieki nad pacjentem onkologicznym;
- ▶ według rezydentów należałoby wydłużyć model onkologiczny, w tym przeprowadzić szkolenie w okresie od jednego do trzech miesięcy w ramach pobytu na oddziale onkologii;
- ▶ należy skrócić staże w module internistycznym oraz wprowadzić dodatkowe staże w module onkologicznym;
- ▶ lekarzy powinno się uświadamiać, że ich rolą jest nie tylko leczenie, ale również racjonalność postępowania rozumiana jednostkowo, jak i ogólnopopulacyjnie.

Wykład: Czy i jak sprawdzać w czasie szkolenie i/lub PES umiejętności praktyczne w poszczególnych specjalizacjach onkologicznych?



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski

System opieki onkologicznej nie może sprawnie działać bez weryfikacji praktyki w procesie kształcenia specjalistów. W codziennej pracy istnieje duży problem z wdrożeniem procesu diagnostycznego, szczególnie wśród rezydentów dziedzin zabiegowych. Kandydat na specjalistę powinien praktykować na realnym problemie terapeutycznym, czyli pacjencie, który trafia jako kolejny do danego ośrodka i zaczyna

swoją drogę w ramach terapii, poczynając od diagnozy. Rekomendacja dotyczy wszystkich czterech obszarów onkologii. Rozwiązaniem tego problemu może być powołanie nowej specjalizacji – diagnostyki onkologicznej. Należy położyć nacisk na cały proces leczenia, którego finałem powinna być całościowa ocena wszystkich lat szkolenia specjalizacyjnego. Istotnym wyzwaniem są także różnice w profilach i jakości ośrodków klinicznych, na skutek czego kandydaci na specjalistów mogą być słabo przygotowani do późniejszej efektywnej pracy.

Ważne:

- ▶ powinna powstać nowa dziedzina w onkologii – diagnostyka onkologiczna;
- ▶ praktyka musi dotyczyć lekarza specjalizującego się oraz pacjenta onkologicznego, czyli konkretnych problemów do rozwiązania;
- ▶ należy położyć nacisk na cały proces szkolenia, aby ocena umiejętności praktycznych wynikała z oceny wszystkich lat szkolenia specjalizacyjnego;
- ▶ należy inaczej wykorzystać kurs atestacyjny dla rezydentów (na przykład poprzez przeznaczenie dwóch tygodni na indywidualny pobyt rezydenta w wybranym referencyjnym ośrodku, w którym byłby członkiem zespołu leczącego i byłby sprawdzany dzień po dniu);
- ▶ subiektywność oceny można minimalizować procedurą kolegiałości i weryfikacji tych samych kryteriów.



Wykład: Specjalizacja w dobie tworzenia Ośrodków Chirurgii Naczyniowej



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski

Sprawny chirurg to taki, który wykonuje wiele operacji, a doświadczenie zdobywa w różnych miejscach, czyli praktykuje poprzez migrację po różnych ośrodkach w całej Polsce. W 2022 roku wejdzie w życie nowy program specjalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej, który obejmie tryb rezydencki oraz pozarezydencki. Rolą kierownika specjalizacji powinno być dobre przygotowanie stażysty, poprzez zapewnienie mu odpowiedniego doświadczenia przez

zaangażowanie go w codzienną pracę kliniczną i naukę od dobrze przygotowanych praktyków. Problemem jest także brak dobrego finansowania, choć w zakresie chirurgii małoinwazyjnej miało ono ulec poprawie o 15%. Elementem niezbędnym do rozwoju chirurgii w onkologii jest wykorzystanie nowoczesnych narzędzi oraz skrócenie krzywej uczenia.



Ważne:

- ▶ potrzebni dobrze wyszkoleni chirurdzy;
- ▶ konieczna implementacja nowych technologii – wdrożenie sztucznej inteligencji oraz wirtualnej rzeczywistości w proces kształcenia;
- ▶ niezbędne staże w ośrodkach narządowych;
- ▶ potrzebne (na wzór Amsterdam Skill Centre) centrum, które w nowoczesny sposób wykształci specjalistów;
- ▶ kluczowym wnioskiem jest stworzenie takich możliwości, aby lekarze robiący specjalizację mieli szansę poznania właściwych standardów leczenia według najlepszych wzorców.

Wykład: Model kształcenia w ginekologii onkologicznej dopasowany do standardów współczesnej onkologii



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński

Celem systemu kształcenia powinno stać się nauczenie spojrzenia i myślenia onkologicznego, działania w zakresie całej filozofii, która jest sednem pracy lekarza. Problemem w zakresie ginekologii onkologicznej są braki kadrowe, niepokrywające aktualnego zapotrzebowania. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworowego za rok 2018 wynika, że rocznie 1300 kobiet zapada na nowotwory narządów płciowych, a

oprócz tego należy brać pod uwagę nawroty raka lub inne incydenty. Wyzwaniem jest zachęcenie specjalistów z ginekologii i położnictwa, których kształcenie trwa obecnie 6 lat, do poszerzenia specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Dotychczas edukacja trwała 2 lata, od 2022 roku będzie zwiększona o rok. Rozwiązaniem problemu jest wielokierunkowe kształcenie specjalistów, dlatego należy znacząco zwiększyć staże z poszczególnych sektorów onkologii, aby ginekolog onkolog miał szansę uzupełnienia swojej wiedzy. Podstawą jest praktyczne szkolenie specjalistów. Potrzebne są także nowe umiejętności w zakresie chirurgii naczyniowej oraz plastycznej. Istotnym kierunkiem jest też wypracowanie nawyków pracy interdyscyplinarnej w diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji po zakończonej terapii.

Ważne:

- ▶ model kształcenia w ginekologii onkologicznej musi być dopasowany do standardów współczesnej onkologii;
- ▶ ważnym elementem jest obniżenie średniej wieku specjalistów (obecnie wynosi ona 54 lata);
- ▶ niezbędne kształcenie kadry w zakresie chirurgii naczyniowej oraz plastycznej;
- ▶ konieczne wprowadzenie nowych umiejętności: genetyka nowotworów czy ultrasonografia nowotworów narządów płciowych u kobiet;
- ▶ wprowadzenie egzaminu specjalizacyjnego na równorzędnych prawach z egzaminem europejskim.



Sesja Value Based Cancer Care / Onkologia

Medycyna oparta na wartości to stosunkowy młody nurt, który znajduje zastosowanie zwłaszcza w onkologii. Wyzwaniem jest właściwe mierzenie wskaźników jakości, a koniecznością czerpanie z międzynarodowych najlepszych standardów w tym zakresie.

Wykład: Wdrożenie mierników jakości zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi w Dolnośląskim Centrum Onkologii w ramach projektu iPAAC



Prowadząca: dr n. med. Aleksandra Sztuder

Dolnośląskie Centrum Onkologii jako pierwsza i jak dotąd jedyna placówka w Polsce otrzymała certyfikację iPAAC jako Kompleksowe Centrum Onkologii oraz dwa certyfikaty szczegółowe – dla Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego i Trzustki. Celem inicjatywy europejskiej Sieci Kompleksowej Opieki Onkologicznej jest rozwinięcie innowacyjnego leczenia chorób onkologicznych oraz podejścia do zwalczania nowotworów. Trzyletnia praca nad wdrożeniem zmian w DCO zakończona została szczegółowym audytem, w ramach którego ocenione zostały nie tylko wyniki leczenia, ale i wprowadzone procedury. Wśród wyzwań w realizacji koncepcji należy wymienić przygotowanie systemu informatycznego, za pomocą którego można odpowiednio zbierać i analizować dane. Digitalizacja dokumentacji pozwala jednak na analizę big data, co jest dodatkową olbrzymią wartością wprowadzonych zmian. Certyfikacja iPAAC dotyczyła kompleksowej opieki onkologicznej, obejmując takie obszary jak diagnostyka (od pierwszego rozpoznania), opieka

psychologiczna i socjalna, profilaktyka i nadzór nad chorym po zakończonym leczeniu. Najważniejsze

Ważne:

- ▶ Dolnośląskie Centrum Onkologii jako pierwszy i jedyny szpital w Polsce z międzynarodową certyfikacją iPAAC;
- ▶ uzyskanie certyfikatu nie byłoby możliwe bez pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej (wykorzystano m. in. system monitorowania jakości);
- ▶ udoskonalono proces diagnostyczny (raport zawiera dużo więcej szczegółowych informacji);
- ▶ wdrożono dokumentację cyfrową, która umożliwia policzalność i przejrzystość procedur;
- ▶ rozwinięto obszar profilaktyki dzięki zmierzeniu liczby powikłań po kolonoskopii (odsetek powikłań wynosi zaledwie 0,01%).

zmiany dotyczą skrócenia czasu diagnostyki, poszerzenia liczby lekarzy w ramach konsylium (z 3 do 5), wprowadzenie koordynatorów, którzy pomagają pacjentowi odnaleźć się w skomplikowanej ścieżce leczenia, łącznie z zarządzaniem terminarzem badań. Ważnym elementem wdrożenia zmian było także

mierzenie powikłań po kolonoskopii oraz całkowite przejście na dokumentację cyfrową, umożliwiającą klarowny pomiar wyników leczenia, rodzaju i ilości powikłań czy też średniego czasu oczekiwania na badania lub przyjęcie do szpitala.

Wykład: Mierniki i wskaźniki opieki onkologicznej

Prowadzący: dr hab. n. med. Adam Maciejczyk



System monitorowania jakości to głównie metodyka zbierania danych oraz monitorowanie procesów czyli ustalenie konkretnych kryteriów pomiaru oraz rodzaju danych i celu ich zbierania, aby móc dalej odpowiednio je analizować i na ich podstawie

wprowadzać zmiany w systemie. Do tego rodzaju procedury Dolnośląskie Centrum Onkologii zostało zobligowane w ramach przygotowania do uzyskaniu certyfikacji iPAAC. Poza klasycznymi informacjami zbierano takie mierniki jak czas oczekiwania na wynik badania czy pierwszą wizytę, stopień zaawansowania choroby czy dane z ankiet satysfakcji pacjenta. Istotnym miernikiem okazała się wielodyscyplinarność zespołów terapeutycznych, która dokonuje wstępnej diagnostyki pacjenta. W ramach zbierania danych porównano DCO z innymi ośrodkami z województwa. W zakresie oceny mierników oszacowano też dostęp do innowacyjnych terapii w ramach programów lekowych. Badaniem objęto także wykonanie badań genetycznych w kontekście wpływu pandemii COVID-19. Kluczowym wnioskiem dla Dyrekcji DCO okazała się przede wszystkim konsekwencja w działaniu, wdrażanie korzystnych zmian i ustalenie wysokich standardów kompleksowego leczenia, które następnie można przełożyć na działania poszczególnych jednostek w całym kraju. Przydatność mierników jest szeroka, bowiem pozwala określić obszary wymagające poprawy, nie tylko w kontekście Krajowej Sieci Onkologicznej.

Ważne:

- ▶ w trakcie analizy okazało się, że są miejsca, które deklarują opiekę nad pacjentem onkologicznym, podczas gdy zajmują się jedynie wybranymi typami nowotworów;
- ▶ czas oczekiwania na badanie histopatologiczne w DCO wynosi 9 dni (w pozostałych placówkach z województwa średnia wynosi 18 dni);
- ▶ odsetek pacjentek, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych wynosi dla DCO 91,58% (w pozostałych placówkach województwa średnia wynosi 80,33%);
- ▶ odsetek pacjentek, u których wykonano badania genetyczne w kontekście wpływu pandemii COVID-19 wyniósł dla DCO 65,76% (w pozostałych placówkach województwa średnia wynosi 43,97%);
- ▶ przygotowanie placówki do certyfikacji iPAAC pozwoliło znacząco poprawić dostępność i jakość kompleksowego leczenia.

Wykład: Jakość w onkologii na przykładzie międzynarodowej strategii Value Based Healthcare w ramach projektu Dragon's Grant & Endorsment



Prowadząca: dr hab. n. med. Beata Jagielska

Dragon's Grant & Endorsment to konkurs, którego celem jest budowanie świadomości w kontekście całościowej koncepcji systemu ochrony zdrowia, a którego podstawą jest wartość oraz wdrażanie innowacyjnych rozwiązań celem zwiększenia efektywności tego systemu. Konkurs ma także na celu promocję praktycznych rozwiązań w oparciu o jakość. Wyróżnione projekty muszą charakteryzować się dostępnością do świadczeń medycznych wysokiej jakości, ich podstawą musi być pacjent, są opłacalne i wprowadzają innowacje, aby następnie móc znaleźć swoje zastosowanie w praktyce klinicznej. Nagrody przyznawane są za wyniki leczenia pacjentów, efektywność kosztową oraz najlepszą współpracę.

Dwa polskie projekty zostały nominowane do nagrody: Pomorski Model Zintegrowanej Opieki dla chorych na zaawansowaną POCHP oraz Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej na Dolnym Śląsku.

Drugie miejsce w konkursie w kategorii „Endorsment” zajął pilotaż KSO, koordynowany przez Dolnośląskie Centrum Onkologii. Jury konkursu oceniło polski projekt najwyżej ze wszystkich inicjatyw onkologicznych w Europie. Jego zaletą jest to, że to inicjatywa systemowa. Dodatkowo ogromny entuzjazm jury wzbudziło zaangażowanie twórców Sieci w przygotowanie projektu i jego realizację.

Ważne:

- ▶ Dragon's Grant & Endorsment – konkurs, którego celem jest budowanie świadomości w kontekście systemu opieki zdrowotnej opartego o wartość;
- ▶ promocja praktycznych rozwiązań w oparciu o jakość;
- ▶ Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej w finale konkursu w kategorii „Endorsment”;
- ▶ Krajowa Sieć Onkologiczna jako projekt systemowy oceniona najwyżej ze wszystkich inicjatyw onkologicznych w Europie.

Sesja PTO i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Leczenie oparte na jakości staje się coraz częściej kluczowym elementem działań prowadzonych w ramach wyceny procedur. To jednak ma na celu właściwe szacowanie potrzebnych środków w kontekście dotychczas ponoszonych kosztów, w oparciu o najlepsze standardy udzielania świadczeń.

Wykład: Koszyk świadczeń, unity onkologiczne oraz wytyczne postępowania diagnostyczno – terapeutycznego jako systemowe rozwiązania wspierające leczenie oparte na jakości



Prowadzący: dyr. Dominik Dziurda / AOTMiT

Ważne:

- ▶ stworzono 10 raportów w zakresie re-oceny świadczeń gwarantowanych;
- ▶ stworzono 9 opracowań na temat zmian systemowych w organizacji udzielania świadczeń onkologicznych;
- ▶ w zakresie oceny standardów jakości opieki, AOTMiT dopuszcza perspektywę i opinie pacjenta – element dodatkowy – jeden z kryteriów tworzenia standardu optymalnego;
- ▶ model unit'ów onkologicznych opiera się na koncepcji sieci onkologicznej;
- ▶ AOTMiT wykorzystuje narzędzie AGREE, pozwalające ocenić jakość wytycznych.

Koszyk świadczeń gwarantowanych w swoich podstawowych założeniach musi zapewniać bezpieczeństwo i skuteczność kliniczną procedur, kompleksowość oraz dostosowanie do warunków organizacyjnych. Kształtowanie jakości opieki zdrowotnej opiera się na kilku poziomach prac, którego celem jest dostarczenie kompleksowego rozwiązania. W procesie definiowane są pożądane standardy jakości opieki. Koncepcja unitów onkologicznych opiera się na wprowadzeniu rozwiązań organizacyjnych w postaci opieki kompleksowej w najczęstszych nowotworach narządowych jako sposób poprawy wyników leczenia. Oczekiwane korzyści dla chorych to m.in. wzrost przeżycia powyżej 5 lat, rozszerzenie dostępności badań przesiewowych, zapewnienie wysokiego standardu leczenia, poszerzenie dostępności diagnostyki. Na kompletny

pakiet regulacji składający się na „model kompleksowej sieci onkologicznej” opracowywany przez AOTMiT składają się: wytyczne postępowania, model organizacyjny oraz taryfikacja świadczeń, których kluczowym elementem są wytyczne kliniczne.

Istotnym elementem działań Agencji jest współpraca z ekspertami oraz takie tworzenie rekomendacji, których celem głównym jest uzyskanie całkowitej transparentności procesu.

Wykład: Taryfikacja świadczeń onkologicznych – podsumowanie i efekty dotychczasowych prac (metodyka, efekty prac, zmiany finansowe)



Prowadząca: dyr. Agnieszka Włodarczyk / AOTMiT

Proces taryfikacji w ramach działalności AOTMiT składa się z wielu etapów, począwszy od zaplanowania procesu i wybór świadczeniodawców w zakresie pozyskiwania danych, przez samo pozyskanie danych, ich analizę i ustalenie projektów taryf, aż po konsultacje publiczne i uzyskanie decyzji Ministra Zdrowia. Procedura kończy się obwieszczeniem Prezesa AOTMiT. W zakresie wyceny świadczeń w obszarze onkologii, kluczowym punktem odniesienia była kompleksowość świadczeń, przede wszystkim jako kompleksowość diagnostyczno – terapeutyczna, jak również kompleksowość zasobów oraz wycen. Ważnym elementem, na który zwrócono uwagę było podniesienie wycen diagnostyki patomorfologicznej. Aktualnie trwa pilotaż modelu finansowania tego obszaru onkologii, na który przeznaczono środki finansowe rzędu 10 mln zł. Łączny wzrost finansowania wynikający z działań AOTMiT dla onkologii wynosi 270 mln zł. W planach Agencji jest dokończenie projektu ryczałtów diagnostycznych w programach lekowych, weryfikacja modelu finansowania diagnostyki patomorfologicznej oraz taryfikacja onkologicznej opieki kompleksowej – reorganizacja świadczeń.

Wyzwaniem jest ocena finansowania jakości po pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.

Podstawowe działania AOTMiT dotyczą urealnienia taryf względem ponoszonych kosztów, promowanie jakości wynikającej z kompleksowości, uwzględniania postulatów środowiska, identyfikacja problemów i wyznaczenie właściwych kierunków prac.

Ważne:

- ▶ w zakresie chirurgii onkologicznej działania AOTMiT przyczyniły się do wzrostu finansowania o 90,451 mln zł, co daje wzrost o ponad 21%;
- ▶ w zakresie teleradioterapii działania AOTMiT przyczyniły się do wzrostu finansowania o 12,065 mln zł, co daje wzrost o ponad 1%;
- ▶ w zakresie hospitalizacji i porad działania AOTMiT przyczyniły się do wzrostu finansowania o 78,473 mln zł, co daje wzrost o ponad 8%;
- ▶ w zakresie hematoonkologii działania AOTMiT przyczyniły się do wzrostu finansowania o 44,72 mln zł, co daje wzrost o ponad 11%;
- ▶ łączne finansowanie dla onkologii wynosi 270 mln zł.

Sesja Organizacji Pacjentów

Sesja poświęcona została ocenie systemu opieki zdrowotnej przez organizacje pacjentów, jak również przedstawieniu istotnych z punktu widzenia chorych pożądanych zmian.

Wykład: Priorytety opieki onkologicznej z perspektywy pacjentów

Prowadząca: Aleksandra Rudnicka



Kluczowym przekazem z punktu widzenia pacjentów jest konieczność położenia nacisku na to, aby pacjent

onkologiczny był podmiotem systemu opieki zdrowotnej, poczuł się zaopiekowany i potrafił odnaleźć się w skomplikowanej ścieżce leczenia. Aby zrealizować ten cel należy wprowadzić kilka istotnych elementów. Głównym z nich jest koordynator, który będzie towarzyszył pacjentowi od momentu diagnozy. Dodatkowo należy znacząco zwiększyć rolę lekarza POZ oraz specjalisty (jeśli pacjent cierpi na inne schorzenia) i włączyć ich w wielodyscyplinarny zespół sprawujący opiekę nad chorym. Dodatkowo niezbędne jest utworzenie ostrych dyżurów onkologicznych, dzięki którym pacjent w nagłym stanie, wykazujący ewidentne powikłania związane z leczeniem onkologicznym, uzyska odpowiednią pomoc. Równie ważnym czynnikiem właściwej opieki nad pacjentem z nowotworem jest odpowiednia komunikacja oraz uwzględnienie stanu psychicznego pacjenta, jak również jego sytuacji i możliwości socjalnych.

Ważne:

- ▶ potrzebne opracowanie ścieżek pacjentów z określonymi typami nowotworów;
- ▶ zwiększenie roli lekarza POZ oraz innych specjalistów;
- ▶ ważnym elementem jest dobra informacja, również w zakresie specyfiki wybranej ścieżki terapeutycznej, w tym także możliwych skutków ubocznych;
- ▶ konieczne utworzenie ostrych dyżurów onkologicznych;
- ▶ lekarz powinien brać pod uwagę stan psychiczny pacjenta oraz jego możliwości socjalne.

Wykład: Organizacja pacjentów ukierunkowana na profilaktykę

Prowadzący: Paweł Zawadzki



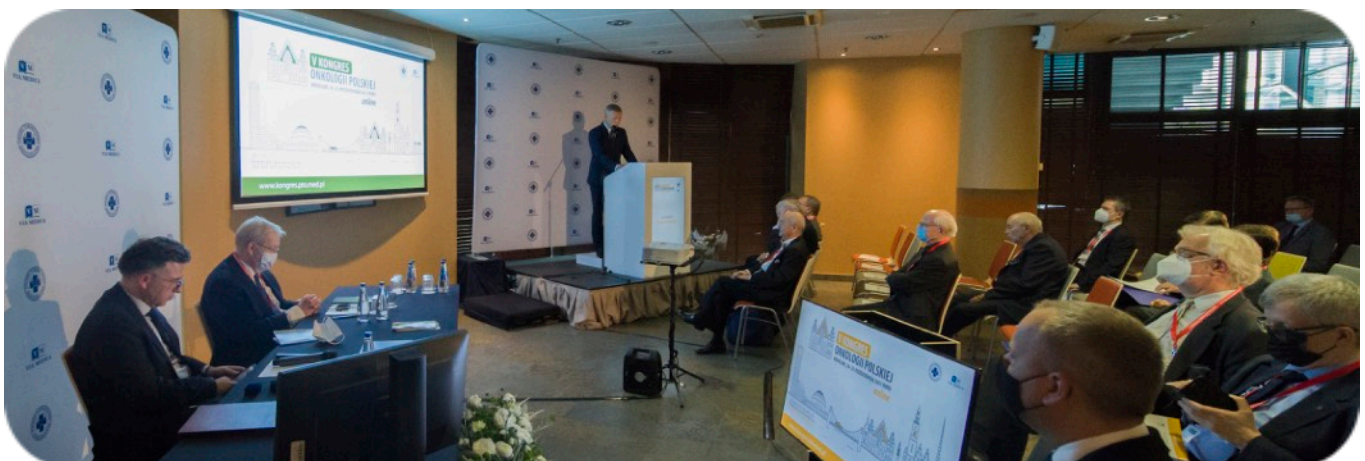
Długofalowe efekty w zakresie poprawy zdrowia populacji może przynieść ukierunkowanie na profilaktykę, szczególnie prowadzoną wśród najmłodszych. W ramach tych założeń powstał projekt Onkologika 2.0, skierowany do młodzieży szkół podstawowych. Celem inicjatywy jest poszerzenie świadomości w zakresie profilaktyki onkologicznej oraz specyfiki niektórych rodzajów nowotworów (m.in. rak płuca czy białaczka). Jednym z priorytetów projektu było dotarcie do młodzieży dzięki komunikacji opartej na prostych, zrozumiałych treściach, czyli poważnych kwestiach przekazanych językiem dziecka.

Dodatkowo organizatorzy zadbali o to, aby zwiększać świadomość w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. Jak wynika z badań, aż 23% młodzieży w wieku 16 – 19 lat sięga po e-papierosy, dlatego istotnym elementem kampanii jest pokazanie rzeczywistych skutków palenia, a w konsekwencji raka płuc. Drugą część kampanii stanowi zachęcanie młodzieży do tworzenia filmów, które pokażą oczami dzieci jakie efekty przynosi edukacja profilaktyczna.

Projekt zakłada 5 godzin lekcyjnych, w ramach których organizatorzy realizują założone cele. W Onkologika 2.0 zaangażował się Prezydent Miasta Wrocław – Jacek Sutryk.

Ważne:

- ▶ tylko edukacja od najmłodszych lat może przynieść długofalowe efekty;
- ▶ projekt Onkologika 2.0 ma przybliżyć uczniom szkół podstawowych specyfikę chorób onkologicznych;
- ▶ uczniowie aktywnie uczestniczą w projekcie poprzez własne realizacje filmowe, które przybliżają ich oczami problem onkologiczny i skutki niewłaściwego stylu życia.



Sesja radioterapeutyczno - fizyczna

Sesję poświęcono omówieniu głównych zalet z wykorzystania nowoczesnych technologii w zakresie radioterapii.

Wykład: MR Linac w Klinice Radioterapii

Prowadząca: prof. dr n. med. Maria Werner - Wąsik



Magnetyczny akcelerator rezonansu magnetycznego z przewodnikiem – MR Linac, to przełom w leczeniu nowotworów szczególnie tkanek miękkich, ponieważ pozwala wykorzystać obrazowanie rezonansem

magnetycznym, jak również jednocześnie wykonać zabieg radioterapii. Dodatkowo ta technologia likwiduje potrzebę wszczepiania markerów, pozwala na obserwowanie dynamicznych zmian guzów i tkanek podczas radioterapii. Jednym z najbardziej obiecujących zastosowań MR Guidance jest leczenie raka trzustki, pozwalające na ochronę dwunastnicy i jelita grubego. Wdrożenie tak nowoczesnej technologii wiąże się również z wieloma wyzwaniami, wśród których kluczowym jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi. Jak pokazuje dotychczasowe doświadczenie, pacjenci mimo zmęczenia i pewnego dyskomfortu podczas zabiegu czują się dobrze, również doceniają możliwość obserwowania guza i jego pracę podczas naświetlania. MR Guidance wzbudza wiele entuzjazmu, głównie za sprawą dotarcia i możliwości obejrzenia trudno widocznych guzów.

Ważne:

- ▶ **MR Guidance reprezentuje zmianę paradygmatu leczenia nowotworów;**
- ▶ **pozwała na bezpieczne dostarczenie dawki ablacyjnej do każdej części organizmu;**
- ▶ **ułatwia leczenie tych pacjentów, którzy wcześniej z różnych powodów nie byli kierowani na radioterapię;**
- ▶ **pozwała na skrócenie kursu terapii, co zwiększa wygodę pacjenta i redukuje koszty.**

Sesja plenarna międzynarodowa

Sesję poświęcono omówieniu podstawowych czynników odpowiedzialnych za nowotworzenie oraz podstaw nowoczesnej, skutecznej terapii.

Wykład: Patogeneza nowotworów jako podstawa ich nowoczesnej diagnostyki i terapii



Prowadzący: prof. dr n. med. Mariusz Wąsik

W niedalekiej przyszłości podstawą leczenia onkologicznego będzie biologia nowotworów. Diagnostyka zmierza w kierunku określenia biologii nowotworów, jak i terapia w kierunku jej wykorzystania (terapia ukierunkowana na zneutralizowanie onkogenów). Tym samym przed nami era molekularnej anatomii patologicznej, a następnie molekularnej patofizjologii oraz terapii celowanej. Jest to proces, który już się rozpoczął, na razie dotyczy jednak niewielu pacjentów. Postęp ten nastąpił w przypadku leczeniu białaczki mielocytarnej i zajął około 60 lat – od odkrycia chromosomu „Filadelfia” w latach 1960, poprzez próby kliniczne, do ogłoszenia odpowiedzi na inhibitor kinazy BCR-ABL w 2017 r. Jest to niewątpliwy sukces onkologii, pokazujący kierunek w jakim będą rozwijać się inne terapie przeciwnowotworowe.

Obecnie postęp następuje znacznie szybciej. Częściowy sukces odnoszony jest również w innych nowotworach, np. kinazy EGFR, ALK, KIT, NTAK 1-3, PDGFRa, FGFR 1-3, C-MET (GHFR), B-FAR, RET, K-RAS. Mamy obecnie około 100 leków na kinazy, z których korzysta ok. 10-20 proc. pacjentów. Głównym

problemem w rozwoju nowoczesnej onkologii jest czas, optymizmem napawa jednakże fakt, iż jest to problem do rozwiązania. W stosunkowo niedługim czasie możliwe będzie zbadanie kilkuset, a nawet kilku tysięcy genów maksymalnie w ciągu tygodnia. Większość nowotworów jest heterogenna, nowotworzenie powstaje na podstawie wielu słabych onkogenów. Można powiedzieć, że u jednego pacjenta mamy do czynienia z całą grupą jednostek chorobowych.

Ważne:

- ▶ przyszłością nowoczesnej diagnostyki i terapii są szerokie panele genetyczne (NGZ) przeprowadzane w ciągu tygodnia i badanie translokacji (onkogeny aktywne);
- ▶ ciekawym rozwiązaniem jest ciekła biopsja przeprowadzana w celu szukania kinazowego DNA z mutacjami w ciele pacjenta. W przyszłości ciekła biopsja może zastąpić radiologię.

Wykład: Terapia raka płuca — uzasadniony optymizm?



Prowadząca: prof. dr n. med. Maria Werner-Wąsik

Rak płuca stanowi w Stanach Zjednoczonych najczęstszą przyczynę zgonów. Poza paleniem papierosów, duży wpływ na ryzyko zachorowania na nowotwory płuc ma zanieczyszczenie powietrza. Zbyt niski odsetek populacji bierze udział w badaniach przesiewowych, dzięki którym można wykryć zmianę we wczesnym etapie rozwoju. Pacjenci w I stopniu zaawansowania choroby nowotworowej kwalifikowani są do radioterapii stereotaktycznej (SBRT), która jest wielkim sukcesem radioterapii w ostatnich latach, ponieważ charakteryzuje się dużą skutecznością i niską toksycznością, jednak nie udało się ustalić jednolitego standardu leczenia. Dzięki najnowszym technikom lokalizacja celu naświetlania oraz przypisane dawki są dużo dokładniejsze (przypisywanie dawki jest

wolumetryczne), stosowane są niższe energie fotonów, możliwe jest zastosowanie korekcji heterogeniczności (tj. gęstości tkanki płucnej vs gęstości guza). Uwzględniony jest także ruch organów wewnętrznych i guza (symulacja 4D CT). Aktualnie prowadzone są badania naukowe nad tym czy SBRT może dorównać chirurgii. Badacze porównują parametry takie jak całkowity czas przeżycia bez progresji czy wznowy miejscowe. Wstępne wyniki wskazują, że SBRT może być bardziej korzystna w stosowaniu przed immunoterapią. Aktualnie prowadzone są również liczne badania leczenia SBRT pacjentów w III stopniu zaawansowania raka płuca. Wyniki wskazują m.in., że stosowanie SBRT w III stopniu zaawansowania z jednoczesną chemioterapią wykazuje lepsze wyniki o 5%. Badana jest również kardiotoxyczność SBRT, której stopień nasilenia jest uzależniony od tego, czy przed terapią u pacjenta występowały już zaburzenia. Prowadzone są badania dotyczące wpływu SBRT na występowanie limfopenii oraz sposobów jej redukcji. Interesujące badania prowadzone są także w obszarze protonoterapii, jednak rodzi się pytanie czy protony są lepsze niż fotony. Jak na razie żadne z prowadzonych badań nie wykazało przewagi jednej lub drugiej metody. W przypadku leczenia choroby oligometastatycznej SBRT nie jest standardem. Trwają badania trzeciej fazy (obecnie prowadzone 4 badania) i być może one dostarczą więcej informacji.

Ważne:

- ▶ jest coraz więcej wskazań do SBRT;
- ▶ optymalne frakcjonowanie nie zostało ustalone;
- ▶ brak odpowiedzi na pytanie jak bezpiecznie stosować SBRT w guzach ultra-centralnych;
- ▶ SBRT w III oraz IV stopniu zaawansowania wymaga dalszych badań;
- ▶ kombinacja immunoterapii oraz SBRT jest obiecująca.

Sesja uroonkologiczna

W dyskusji o konieczności wdrażania zmian w systemie opieki onkologicznej ważne jest spojrzenie praktyków. Sesję poświęcono ocenie już wdrożonych rozwiązań systemowych oraz wniosków z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w kontekście uroonkologii.

Wykład: Prostate Cancer Unit w Polsce — spojrzenie urologa



Prowadzący: prof. hab. n. med. Artur Antoniewicz

Rokrocznie rośnie zapadalność rejestrowana na raka prostaty, przy czym należy zauważyć, że Krajowy Rejestr Nowotworów niedoszacowuje ok. 20% przypadków w stosunku do danych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Według danych KRN zapadalność na nowotwory gruczołu krokowego w 2016 r. wyniosła 15 950, natomiast według danych NFZ – 23 450. W przypadku raka nerki, KRN wykazał liczbę 5 560, a NFZ – 11 010. Podobne rozbieżności widoczne są w nowotworach pęcherza, gdzie KRN wykazał 7 120 przypadków, natomiast NFZ 13 920. Udział metod leczenia wygląda następująco: 47% pacjentów leczonych jest radioterapią, u 29% przeprowadza się prostatektomię radykalną, a u 24% stosuje się chemioterapię. Wskaźniki przeżycia 5-letniego są gorsze niż w innych krajach europejskich, np. w Niemczech czy Czechach. System leczenia w Polsce charakteryzuje rozproszenie, niska jakość, brak raportowania oraz rosnące koszty. Rozproszenie świadczeń widoczne jest na przykładzie procedury prostatektomii radykalnej, którą wykonuje kilkadziesiąt ośrodków w całym kraju – w jednym z nich

przeprowadza się 280 zabiegów, w innym – 4. Pod względem wskaźników leczenia raka prostaty Polska znajduje się w „dolnej strefie stanów średnich”, co

Ważne:

- ▶ niezbędne prowadzenie rzetelnych i kompletnych rejestrów epidemiologicznych;
- ▶ niezbędne prowadzenie diagnostyki i leczenia w wyspecjalizowanych jednostkach koordynujących terapię (ang. cancer unit);
- ▶ istotne wprowadzenie maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, głównie w zakresie diagnostyki nowotworów;
- ▶ funkcjonowanie w procesie leczenia multidyscyplinarnych zespołów lekarzy składających się z przedstawicieli różnych specjalności i zawodów medycznych;
- ▶ powołanie koordynatorów, których zadaniem będzie bezpośredni kontakt z pacjentem oraz prowadzenie go przez proces leczenia.

wskazuje na pilną potrzebę poprawy jakości i dostępności do kompleksowej opieki nad chorymi z rakiem prostaty.

Definicja Prostate Cancer Unit po raz pierwszy pojawiła się w 2011 r. Na podstawie badań stwierdzono, że lepsze wyniki odległe – nawet o 10 pp. – osiąga się stosując wielodyscyplinarne podejście. W 2019 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wypracowała koncepcję Prostate Cancer Unit w Polsce, czyli model organizacji diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego w celu

poprawy wyników leczenia. Obecnie 11 ośrodków publicznych i niepublicznych w Polsce jest typu PCU. Do najpilniejszych zadań należą refundacja biopsji fuzyjnej oraz rozszerzenie karty diagnostyki i leczenia (DiLO) do poziomu rejestru. Docelowym kierunkiem jest tworzenie ośrodków kompleksowej opieki nad pacjentem z rakiem prostaty, pęcherza i nerki (uro-cancer unit). Obecnie ważne jest opracowanie ścieżki pacjenta w Uro-Cancer Unit niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka oraz raka prostaty opornego na kastrację.

Zmiany konieczne w DiLO i lekcje z pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej



Prowadzący: dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dr n. med. Krzysztof Tupikowski

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej objął również pacjentów z rakiem gruczołu krokowego. Od 1 lutego 2019 r. do września 2021 r. do pilotażu w

województwie dolnośląskim włączono 2552 pacjentów z rozpoznaniem C61. Przeważają pacjenci z oddziałów urologicznych. Spośród 16 szpitali, które są w pilotażu tylko połowa jest aktywna w opiece nad pacjentami z nowotworami prostaty. W niektórych subregionach województwa szpitale nie przyjmują w ogóle pacjentów z rakiem gruczołu krokowego, co świadczy o nierównym dostępie do opieki onkologicznej na terenie województwa i wymaga pilnej poprawy. Najwięcej pacjentów (ponad tysiąc) przyjęło Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu. W ramach pilotażu powstanie mapa do poziomu powiatów o przepływie pacjentów – gdzie otrzymują kompleksową opiekę, a gdzie dostęp do niej jest utrudniony. W raku prostaty 63% pacjentów jest w I i II stopniu zaawansowania choroby. Pozostali pacjenci są w III i IV stopniu. Nadal jest duży potencjał do

Ważne:

- ▶ system DiLO i pilotaż KSO to wzajemnie przenikające się i uzupełniające systemy;
- ▶ rozszerzenie istniejącego systemu DiLO daje szeroki wachlarz możliwości oceny jakościowej i ilościowej oraz kontroli finansowania systemu;
- ▶ modyfikacja DiLO może umożliwić proste scentralizowanie raportowania danych medycznych w ramach KSO, włącznie z centralnym rejestrem nowotworów.

poprawy badań przesiewowych i profilaktycznych. Pandemia nie wpłynęła na zwiększenie pacjentów w III i IV stopniu zaawansowania. Według danych NFZ za 2020 r. próg zabiegów w raku prostaty (75) w województwie dolnośląskim osiągnęły zaledwie cztery na dziesięć ośrodków, w których operowano 75% wszystkich pacjentów. Oznacza to, że 25% pacjentów nie miało dostępu do leczenia o wysokiej jakości.

Z danych z pakietu onkologicznego wynika, że nie wszystkie szpitale wystawiają pacjentom kartę DiLO. Prawdopodobnie wynika to z faktu, karta jest odbierana przez świadczeniodawców jako narzędzie dla płatnika do „niepłatania za wykonaną pracę”. Doświadczenia z pilotażu KSO wskazują, że oba procesy (tj. pakiet i pilotaż) przenikają się i uzupełniają. W pilotażu kontrolowany jest czas wykonania procedur, zawartość i kompletność etapów diagnostyki, oceniana jest w czasie rzeczywistym ścieżka pacjenta oraz działania całego systemu opieki onkologicznej. Z kolei karta DiLO daje możliwość kontroli czasu etapów diagnostyki oraz wymusza przeprowadzanie kolejnych etapów diagnostyki.

System DiLO nie uwzględnia jednak nadzoru po leczeniu, leczenia ambulatoryjnego, wznowy procesu nowotworowego, a także konsylium przed i po leczeniu – czyli standardów dzisiejszej kompleksowej opieki onkologicznej. Modernizacja karty DiLO może zmierzać w dwóch kierunkach – jej uproszczenie lub rozbudowanie dla każdego nowotworu (karty narządowe). Rozbudowanie wiąże się m.in. z uwzględnieniem informacji o grupie ryzyka EAU u mężczyzn po zakończeniu etapu diagnostyki wstępnej. Tylko ta prosta modyfikacja dałabym możliwość wielowymiarowej kontroli oceny jakości. Karta w wariantcie narządowym powinna być oparta o ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne opracowane przez AOTMiT. Wyznaczone powinny być minima diagnostyczne, w tym dla opisów badań obrazowych, biopsyjnych, histopatologicznych, np. obligatoryjne przestrzeganie zaleceń PTP, PTR. Docelowo finansowanie świadczeń powinno być uzależnione od jakości wykonywanych procedur. Należy zmierzać w kierunku objęcia kartą DiLO wszystkich pacjentów z nowotworami oraz urealnienia wyceny etapów i procedur.



Sesja nowotworów skóry

Sesję poświęcono omówieniu innych niż operacyjnych możliwości leczenia nowotworów skóry, ze szczególnym zwróceniem uwagi na leczenie uzupełniające w terapii czerniaka.

Wykład: Leczenie okołoooperacyjne czerniaka



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

Leczenie okołoooperacyjne to zarówno leczenie adjuwantowe (obecnie jest standardem), jak i neoadjuwantowe (prawdopodobnie niedługo będzie standardem) – dotyczy głównie III, ale też częściowo IV stopnia zaawansowania. W III stopniu zaawansowania ok. 60% chorych ma przerzuty do węzłów chłonnych, w II stopniu – ok. 40% chorych. Leczenie adjuwantowe stosowane jest praktycznie u wszystkich chorych w III stopniu (z wyłączeniem IIIA SLNB do 1mm) oraz w resekcyjnym IV stopniu można stosować leczenie uzupełniające.

Według wyników badań leczenie uzupełniające i immunoterapia długofalowo obniżają ryzyko nawrotu choroby (ok. 20% w wartościach bezwzględnych, 30-50% w wartościach względnych). Wszystkie stosowane leki mają wysoką kategorię wiarygodności i są obecnie preferowanym sposobem leczenia (wytyczne NCCN). W badaniach szczegółowych leczenie ukierunkowane molekularnie wykazuje dużą skuteczność w pierwszym roku leczenia, następnie korzyść jest u chorych, u których udało się zniszczyć chorobę resztkową i ta grupa ma wykazaną poprawę przeżycia całkowitego. Toksyczność jest wysoka, ale jest odwracalna. W przypadku immunoterapii – około 40% chorych ma nawroty, jednak u części pacjentów

występuje wczesne niepowodzenie tego leczenia. Immunoterapia w dużych przerzutach musi mieć czas na zadziałanie. Toksyczność dotyczy 14% pacjentów i jest nieodwracalna. Przy każdym ze sposobów

Ważne:

- ▶ **postęp w systemowym leczeniu uzupełniającym czerniaków o wyższym ryzyku to najważniejsze osiągnięcie terapeutyczne ostatnich lat;**
- ▶ **mutacje BRAF i MEKi – poprawa przeżycia wolnego bez nawrotów, przeżycia całkowitego w III stopniu > 1mm mikromet;**
- ▶ **Anty-PD-1: wygodnie (w stałej dawce), poprawa wyników w III i IV stopniu, również w M1;**
- ▶ **brak bezpośredniego porównania BRAFi + MEKi vs PD-1 w BRAFm stopniu III;**
- ▶ **nowe kierunki leczenia to biomarkery dla leczenia uzupełniającego i terapia uzupełniająca w II stopniu zaawansowania.**

leczenia wykazano redukcję przerzutów odległych, szczególnie w zakresie zaawansowanych przypadków.

Średnio 40 do 50% chorych będzie miało nawroty, niezależnie od zastosowanej metody leczenia. Nowe wyniki badań (badanie Keynote-716) wykazały leczenie uzupełniające w II stopniu o wysokim ryzyku z ujemną biopsją węzła wartowniczego zastosowano pemrolizumab i po 12 miesiącach wykazano, że można osiągnąć jedynie 3 proc. zysk w redukcji ryzyka przerzutów. Obecnie rozpoczęło się badanie niekomercyjne EORTC u pacjentów w II stopniu z mutacją BRAF. Opcje lecznicze u chorych po regresji do choroby neresekcyjnej po leczeniu uzupełniającym

– najlepszym schematem kombinacja Ipilimumabu i nivolumabu, w przypadku mutacji BRAF – inhibitory BRAF/MEK.

Leczenie neoadiuwantowe pojawia się w rekomendacjach, ale nie jest jeszcze standardem. Pierwsze badania pokazują, że możemy ograniczyć zakres chirurgii po leczeniu neoadjuwantowym u chorych z przerzutami klinicznymi do węzłów chłonnych (nie wykonujemy limfadenektomii) – wyniki badania PRADO. Obecnie trwa badanie NADINA, które testuje nowe schematy leczenia.



Sesja nowotworów dolnego odcinka pokarmowego

Sesję poświęcono analizie terapii dolnego odcinka pokarmowego, zarówno w zakresie leczenia tzw. TNT, jak również problemów pacjentów w kontekście chemioterapii pooperacyjnej oraz jakości chirurgii jelita grubego

Wykład: Problemy u chorych na raka odbytnicy: leczenie bez operacji i całkowita terapia przedoperacyjna, tzw. TNT



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bujko

W leczeniu raka odbytnicy obserwujemy znaczący postęp – od ery całkowitego wycięcia mezorektum do ery całkowitego leczenia przeoperacyjnego i obserwacji po radioterapii bez operacji. Założenia do stosowania TNT były następujące: chemioterapia pooperacyjna jest nieskuteczna, przed operacją można podać wyższe dawki chemioterapii niż po operacji oraz przed operacją mikroprzerzuty są

mniej niż po operacji. Dlatego postawiono hipotezę, że chemioterapia przed operacją może być bardziej skuteczna niż po operacji, w tym może pomagać w zmniejszeniu ryzyka przerzutów odległych i poprawie przeżyć bezobjawowych. Sprawdzono to w dwóch dużych badaniach z randomizacją (RAPIDO i PRODIGE23) i potwierdzono, że chemioterapia przed operacją wpływa na zmniejszenie ryzyka przerzutów odległych (7% mniejsze ryzyko) oraz 7-procentowy zysk w zakresie przeżyć bezobjawowych. Metoda ta nie wpłynęła jednak na przeżycia całkowite. Zgodnie z wytycznymi NCCN całkowita przedoperacyjna terapia jest dopuszczoną opcją leczenia i w niektórych ośrodkach stosowane jako rutyna. W polskich wytycznych zapisano, że brak jest przekonujących dowodów na rutynowe stosowanie całkowitej terapii przedoperacyjnej.

Badanie populacyjne przeprowadzone w regionie Manchester, w którym wzięło 129 chorych z całkowitą kliniczną regresją obserwowaną bez chirurgii, wykazało, że u 34% pacjentów pojawia się nawrót miejscowy. Jednak aż u 88% chorych z nawrotem miejscowym miało skuteczną operację ratującą – nie

Ważne:

- ▶ zgodnie z polskimi wytycznymi, brak jest przekonujących dowodów naukowych na rutynowe stosowanie całkowitej terapii przedoperacyjnej;
- ▶ zgodnie z polskimi wytycznymi, obserwacja bez chirurgii po radioterapii jest zalecanym sposobem postępowania w ośrodkach z doświadczeniem w stosowaniu tej metody;
- ▶ docelowo należy rozszerzyć jej stosowanie w Polsce.

było chorych z nieresekcyjnym nawrotem, u 5% chorych pojawiły się przerzuty odległe. W wyniku badania dowiedziono, że 3-letnie przeżycia były lepsze u chorych obserwowanych (96% - obserwacja vs 87% - operacja). Napromienianie jest więc nie tylko leczeniem, ale także testem prognostycznym. Pomimo nawrotu u 1/3 pacjentów ryzyko zgonu z niewyleczenia miejscowego jest małe (wg metaanaliz od 0,2% do 1%). Z kolei wyniki polskiego wieloośrodkowego badania wskazują, że odsetek chorych z całkowitą regresją nowotworu po napromienianiu wynosi ok. 10%, a rokowanie jest

bardzo dobre. Należy zatem przyjąć, że jest to metoda przyjazna pacjentom i trudno wyobrazić sobie, że można postępować inaczej. W polskich wytycznych zapisano, że obserwacja bez chirurgii po radioterapii jest zalecanym sposobem postępowania w ośrodkach z doświadczeniem w stosowaniu tej metody, ponieważ trudno jest rozpoznać całkowitą regresję i wczesny nawrót. Obecnie pięć ośrodków w Polsce stosuje ją rutynowo. W przyszłości warto rozszerzyć tę metodę w innych regionach.

Wykład: Problemy u chorych na raka odbytnicy — chemioterapia pooperacyjna i strategię leczenia chorych na przerzutowego raka odbytnicy

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Lucjan S. Wyrwicz

Już 30 lat temu wykazano, że leczenie uzupełniające zmniejsza ryzyko nawrotu o 15%, a także wpływa na przeżycia całkowite. Wyniki badań z lat '90 i początków 2000 oraz ich 10-letnie obserwacje (np. MOSAIC) wpłynęły na obecny standard leczenia raka odbytnicy. Nowe leczenie wpływa także na większą toksyczność w postaci neropatii, która jednak stopniowo wygasa z czasem po zakończeniu leczenia. Stąd rozważania, czy 6-miesięczna terapia pooperacyjna chemioterapią w raku okrężnicy nie jest za długa. W meta-analizie IDEA wykazano, że obniżenie ryzyka neropatii obwodowej spada wraz ze



Ważne:

- ▶ aktualne zalecenia ESMO w zakresie chemioterapii pooperacyjnej u chorych na raka odbytnicy;
- ▶ wpływ chemioterapii na czas do nawrotu i przeżycia całkowitego jest mniejszy w raku odbytnicy niż w raku okrężnicy;
- ▶ dodatek oksaliplatyny może być korzystny dla przeżycia całkowitego;
- ▶ nie ma jednoznacznych wytycznych co do momentu, w którym powinno się decydować o leczeniu pooperacyjnym (cTNM czy ypTNM);
- ▶ w przypadku pacjentów z przerzutowym rakiem odbytnicy nie można wskazać jednej strategii leczenia, istnieje bowiem ponad 100 kombinacji postępowania, na podstawie pięciu podstawowych parametrów klinicznych, które ocenia się przy badaniu pacjenta.

skróceniem terapii z 6 do 3 miesięcy. Ponadto wykazano, że krótsza terapia nie wpływa na całkowite przeżycia. Badanie PETTAC-6 w raku odbytnicy wykazało, że leczenie pooperacyjne zwłaszcza z dodatkiem platyny, nie wpływa na przeżycia całkowite. Oznacza to, że nie każdy chory musi otrzymywać agresywne leczenie, a obserwacja jest równie skuteczna co chemioterapia. Podobne wyniki pokazało badanie PROCTOR-SCRIPT.

EMVI (wzrastanie nowotworu w kierunku I do naczyń żylnych w mezorektum) występuje u 45% chorych w 3 stopniu zaawansowania oraz 24% w 2 stopniu zaawansowania. Nie jest to cecha wyłącznie dla raka odbytnicy. EMVI wiąże się z ryzykiem nawrotu systemowego (meta do wątroby, etc.). W teorii nie ma związku między skutecznością leczenia przedoperacyjnego a obecnością EMVI. W przypadku EMVI mamy do czynienia z dwukrotnie większym ryzykiem nawrotu choroby. W raku okrężnicy mamy problem ze zdefiniowaniem chorych wysokiego ryzyka w 2 stopniu zaawansowania. Według wyników badań rokowania oparte o badanie ctDNA wykazało, że występuje ryzyko 18-krotne ryzyko nawrotu choroby, jeśli jest „positive ctDNA”. Badania oparte o cechy kliniczne wykazały 3-krotne ryzyko. Docelowo o u chorych z niskim ryzykiem po badaniu ctDNA zalecana będzie obserwacja, z wysokim ryzykiem stosowana będzie chemioterapia. Obecnie trwa badanie, które potwierdzi tę hipotezę.

Kiedy stosować leczenie uzupełniające w raku odbytnicy? W przypadku górnego rektum w 3 stopniu zaawansowania lub w typie ypT4 po operacji; jeśli u pacjenta była dobra tolerancja leczenia przedoperacyjnego i „zła histologia”; jeśli występowały niekorzystne cechy przez leczeniem na badaniu MRI, tj. zajęte węzły grupy bocznej, zajęte

węzły biodrowe wspólne, makroskopowo widoczne zatory w naczyniach krwionośnych. Odpowiedź na pytanie czy każdy chory z przerzutowym rakiem odbytnicy jest „taki sam”, jest bardzo trudna. Istnieje bowiem ponad 100 kombinacji postępowania, na podstawie pięciu podstawowych parametrów klinicznych, które oceniamy przy badaniu pacjenta. Nie można zatem wskazać jednego algorytmu. Jaka zatem strategia w przerzutowym raku odbytnicy? Na konsylium należy postawić pytania: czy leczenie radykalne jest celem – jeśli tak, to stosujemy dowolny współczesny schemat TNT; jeśli nie ma perspektywy na leczenie radykalne – czy ognisko pierwotne jest objawowe? Jeśli tak – stosujemy chemioterapię. Czy zagraża niewydolność narządowa? Jeśli tak – stosujemy chemioterapię. W przypadku leczenia oligo-przerzutowego raka odbytnicy, ograniczonego do miednicy stosujemy radioterapię przedoperacyjną z podwyższeniem dawki na zmianę nie poddawaną resekcji, chemioterapia w ramach TNT i rozważa się leczenie pooperacyjne.



Wykład: Jakość w chirurgii jelita grubego



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Marek Bębenek

W ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej w Dolnośląskim Centrum Onkologii został stworzony pierwszy w Polsce system monitorowania jakości opieki onkologicznej. System funkcjonuje od 1 lutego 2019 r. i zgromadził dane o 1200 chorych na raka jelita grubego (C18-C20). W ramach systemu analizowanych jest 16 międzynarodowych mierników jakościowych dla raka jelita grubego, w tym m.in.:

- ocena kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej przez konsylia;

- odsetek pacjentów wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym;
- odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych w IV stopniu;
- odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metodą małoinwazyjną;
- odsetek badań histopatologicznych pooperacyjnych u pacjentów z nowotworem jelita grubego, u których liczba ocenionych węzłów chłonnych wynosiła co najmniej 12 (C18/C19);
- odsetek wystąpienia nieszczelności zespoleń w nowotworze jelita i odbytnicy.

Przykładem możliwych powikłań okołoperacyjnych w raku odbytnicy jest uszkodzenie włókien i splotów nerwowych miednicznych. Po całkowitej resekcji krezki odbytnicy – 80% tego typu operacji kończy się uszkodzeniem nerwów, a uszkodzenie ma charakter jatrogeny (dysfunkcje pęcherza moczowego i dysfunkcje seksualne). Dlatego identyfikacja nerwów miednicy małej podczas operacji resekcji odbytnicy powinna być obowiązkowa.

Ważne:

- ▶ opieka nad pacjentem powinna przebiegać ściśle wg ścieżki postępowania w leczeniu raka jelita grubego;
- ▶ stały monitoring parametrów związanych z jakością leczenia nowotworów, jaki zaproponowano w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej jest jedynym rozwiązaniem sprzyjającym poprawie wyników leczenia.

Sesja „Współczesnej diagnostyki genetyczno-molekularnej”

Badania genetyczne stanowią solidne podstawy w optymalizacji personalizowanej terapii, dlatego sesję poświęcono omówieniu celów tak prowadzonego leczenia, jak również jakości diagnostyki molekularnej i praktyk z niektórych ośrodków w Polsce.

Wykład: Znaczenie badań genetycznych dla optymalizacji personalizowanego postępowania klinicznego w onkologii



Prowadząca: prof. dr hab. n. med. Maria Sasiadek

Celem medycyny precyzyjnej, opartej na znajomości genetycznej etiologii choroby, jest wprowadzenie postępowania leczniczego ukierunkowanego na określone zmiany molekularnej będącej przyczyną patologii. Ideą takiego postępowania jest optymalizacja terapii poprzez stosowanie precyzyjnie ukierunkowanych leków, minimalizacja skutków ubocznych oraz optymalizacja kosztów opieki nad pacjentem (zmniejszone ryzyko leczenia nieskutecznego lub prowadzącego do powikłań).

Zaburzenia funkcji onkogenów, genów supresorowych i mutatorowych prowadzą do niestabilności genetycznej komórek nowotworowych. Niestabilność ta może wyrażać się na poziomie chromosomowym, genowym lub zaburzeń epigenetycznej regulacji ekspresji genów. Niestabilność genetyczna jest przyczyną zaburzeń/zmian ich właściwości biologicznych, a także rozwoju odporności na stosowane leczenie. Każdy pacjent ma dwa genomy – własny, podstawowy pacjenta, drugi - genom nowotworu. Dlatego onkolog musi zadać biologowi molekularnemu konkretne pytanie – jaka jest

charakterystyka konkretnego guza lub czy występują dziedziczne mutacje (co nie wyklucza oznaczenia profilu genetycznego guza). Około 5-15% wszystkich nowotworów ma charakter dziedziczny. Znaczenie badań genetycznych: markery prognostyczne, diagnostyczne, predykcyjne, farmakodynamika i prognozowanie ryzyka wystąpienia przerzutów.

Ważne:

- ▶ klasyfikacja molekularna stała się równoległym do histopatologicznej systemem klasyfikacji nowotworów;
- ▶ obecnie kompleksowe diagnozy mają duże znaczenie kliniczne dla optymalizacji terapii poprzez stosowanie precyzyjnie ukierunkowanych leków;
- ▶ dzięki badaniom molekularnym możemy zmniejszyć ryzyko leczenia nieskutecznego lub prowadzącego do powikłań.

Wykład: Wysoka jakość diagnostyki molekularnej podstawą do optymalizacji postępowania terapeutycznego w raku jajnika - doświadczenia Świętokrzyskiego Centrum Onkologii



Prowadzący: dr hab. n. med. Artur Kowalik

Każdego roku w Polsce odnotowujemy 3800 nowych zachorowań na raka jajnika, co stanowi ok. 5% nowych zachorowań na nowotwory. Rak jajnika jest heterogenną grupą chorób jamy brzusznej. 24-28% pacjentek z rakiem jajnika ma mutacje BRCA1/2, czyli ok. 600 pacjentek. Wyróżniamy w BRCA mutacje patogenne dziedziczne oraz niedziedziczne

(somaticzne). Dziedziczne występowanie raka jajnika i raka piersi z mutacjami BRCA1/2 dotyczy 14-21% pacjentek, w tym mutacje załóżycielskie stanowią ok. 65%, a reszta jest rozszana w całych sekwencjach genów BRCA1/2. Mutacje somatyczne w BRCA1/2 (obecne tylko w tkance nowotworowej) stanowią 3-6% pacjentek. Metylacja promotora genu BRCA1 dotyczy 10% pacjentek. Kilka procent - niepolipowaty rak jelita (zespół Lyncha) – mutacje genów MSH1, MSH2, PMS1 i PMS2. Mutacje somatyczne BRCA 1/2 są również istotne dla leczenia raka jajnika.

W Świętokrzyskim Centrum Onkologii mutacje BRCA1/2 wykrywa się u 44% pacjentek bez historii rodzinnej w wywiadzie. 25% przypadków stanowią pacjentki w wieku powyżej 60 r.ż. Wskazanie do wykonania badań genetycznych określa się na podstawie specjalnego algorytmu opracowanego przez zespół ŚCO. Jakość diagnostyki zależy od prawidłowego przeprowadzenia kluczowych faz w interdyscyplinarnym podejściu do diagnostyki BRCA, tj. wyboru materiału, utrwalenia, przygotowania preparatów histologicznych. Błędy na tych etapach mogą powodować, że w testach nie udaje się uzyskać wiarygodnego wyniku z materiału konsultacyjnego. Najbardziej optymalne do diagnostyki mutacji BRCA i raku jajnika jest wykonywanie testu NGZ z wykorzystaniem DNA izolowanego z tkanki

Ważne:

- ▶ jakość w diagnostyce molekularnej jest najważniejsza, jakość zależy od wprowadzenia procedur opisujących badanie genetyczne wg ISO;
- ▶ walidacja badania: obliczenie czułości, specyficzności oraz powtarzalności wykonywania badania;
- ▶ czas wykonania badania, tj. 2-3 tygodnie od otrzymania skierowania i materiału;
- ▶ konieczność cyklicznych kontroli wewnętrznych wraz z prowadzeniem dokumentacji;
- ▶ Istotne coroczne uczestnictwo w zewnętrznych kontrolach jakości EMQN.

nowotworowej. Zalety wykorzystywania tkanki jako materiału genetycznego w porównaniu do badania krwi są m.in. takie, że w jednym teście wykrywane są mutacje somatyczne i germinalne (wskazanie do leczenia PARPi). Warianty klasyfikowane są wg 5-stopniowej skali. Mutacje istotne klinicznie to: klasa 5 (mutacja patogenna) oraz klasa 4 (mutacja prawdopodobnie patogenna). Technologia NGZ jest czołową metodą diagnostyczną oraz w sposób szybki i ekonomiczny – w jednym teście – pozwala na badanie

mutacji w całych genach, również z materiału utrwalonego. Obecnie istnieje możliwość finansowania badań genów BRCA NGZ z NFZ. Centrum pracuje również nad wprowadzeniem metody wykrywania niedoboru naprawy rekombinacji homologicznej (HRD) – może dotyczyć ok. 50% chorych na raka jajnika. W bliskiej przyszłości może pojawić się konieczność wprowadzenia analizy HRD jako standardowego świadczenia.

Wykład: Akredytacja laboratorium molekularnego gwarancją wysokiej jakości diagnostyki onkogenetycznej

Prowadząca: dr hab. n. med. Izabela Łacmańska

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu jako pierwszy ośrodek w kraju przechodzi akredytację PCA wg normy 15189 – akredytowane są 4 procedury diagnostyki molekularnej, w tym jedna procedura NGS dla BRCA1/2. Akredytacja wymaga wsparcia finansowego i kadrowego.

Aspekty prawne testów genetycznych: Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, Wytyczne dla laboratoriów genetyki nowotworowych, Projekt ustawy o testach genetycznych wykonywanych dla ceków zdrowotnych (lub:



Ważne:

- ▶ proces akredytacji laboratorium to długotrwały i wymagający proces;
- ▶ dzięki niemu podnoszona jest jakość procesów zachodzących wewnątrz komórki;
- ▶ obowiązują restrykcyjne zasady pracy, w tym dobór interdyscyplinarnego zespołu: biologów, diagnostów laboratoryjnych, specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej, walidacja pełna i skrócona procedur badawczych;
- ▶ sprzęt pomiarowy i urządzenia pomocnicze muszą podlegać regularnym serwisom i przeglądom, muszą być wzorcowane i sprawdzane, każda interpretacja laboratoryjna wyniku jest autoryzowana i podlega odpowiedzialności (dodatkowe ubezpieczenia).

badaniach genetycznych i biobankowaniu), Ustawa o testach genetycznych wykonywanych u człowieka. Rodzaje testów genetycznych używanych w laboratoriach: gotowe testy z certyfikatem CE IVD, gotowe testy bez certyfikatów CE, testy RUO, testy tworzone w laboratoriach (LTDs). Najważniejsze parametry testów: dokładność, powtarzalność, odtwarzalność, precyzja, czułość i specyficzność. Akredytacja prowadzone jest przez Polskie Centrum Akredytacji, europejskie: EMQN oraz GenQA. Wyniki testów przechowywane są przez 20 lat. Normy

regulacji dla laboratoriów medycznych PN-EN ISO 15189:2013-05 – wersja polska, które określają wymagania dotyczące zarządzania i wymagań technicznych. 22 maja 2022 r. wchodzi w życie nowe prawo unijne - nowe wymogi dla aparatury diagnostycznej, tj. zapewnienie bezpieczeństwa i działania wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (Rozporządzenie (UE) 2017/746 w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro). Zgodnie z nim urządzenia oraz odczynniki używane do diagnostyki powinny mieć certyfikat CE IVDR.



Sesja „Nowotwory głowy i szyi”

Sesja została poświęcona omówieniu wyzwań, ale i możliwości w zakresie leczenia nowotworów szyi i głowy oraz zasadności i możliwości ze stosowania chirurgii robotowej w leczeniu tego rodzaju schorzeń.

Wykład: Możliwości i perspektywy radykalnego leczenia skojarzonego chorych na nowotwory narządów głowy i szyi



Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski

Główne problemy onkologiczne w nowotworach narządów głowy i szyi:

- Nadmierne zaawansowanie przypadków wykluczające możliwości skutecznego radykalnego LRL (w Polsce ok. 50%);
- Duża liczba nawrotów lokoregionalnych po LRL (w Polsce ok. 50 proc.). Mała skuteczność leczenia „ratującego” (salvage);

- Przerzuty odległe (15-20%). Leczenie oparte o chemioterapię +/- radioterapię (MDRT – SBRT) przedłuża życie o kilka miesięcy (kilkanaście miesięcy w chorobie oligomestastatycznej);
- Brak skutecznego systemowego leczenia uzupełniającego LRL;
- Powikłania, objawy uboczne i choroby współistniejące (jawne i ukryte) ograniczają tolerancję chorych na LRL i wymuszają jego niekompletność;

Możliwości i perspektywy rozwiązań głównych problemów onkologicznych w nowotworach narządów głowy i szyi:

- Zwiększenie skuteczności leczenia neoadjuwantowego-indukcyjnego np. poprzez kojarzenie immunoterapii z chemioterapią oraz skojarzenie chemioterapii z radioterapią;
- Zwiększenie precyzji LRL przez poprawę kwalifikacji pacjentów, dokładniejszą patologię pooperacyjną oraz wielodyscyplinarną,

Ważne:

- ▶ działania wspomagające LRL nowotworów głowy i szyi to przede wszystkim koordynacja pracy interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi: radioonkolog, onkolog kliniczny, chirurg HN, radiolog, pielęgniarka onkologiczna, psychoterapeuta, higienista stomatologiczny, neurologopeda, dietetyk, internista, farmaceuta kliniczny i analityk laboratoryjny.

jednoczesną analizę przypadku klinicznego (WJAPO);

- Zwiększenie skuteczności radioterapii – poprawa promienioczułości komórek nowotworowych dzięki stosowaniu nowych leków, poprawa

penetracji farmaceutyków w czasie radioterapii, poprawa promieniouleczałości nowotworu – zwiększenie precyzji identyfikacji kształtu i geometrii napromienianych objętości tarczowych.

Wykład: Dylematy w wyborze leczenia systemowego u chorych z nawrotami/przerzutami odległymi raka narządów głowy i szyi

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki



Leczenie systemowe nie dotyczy wszystkich chorych z nawrotami bądź przerzutami. U części pacjentów należy rozważyć chirurgię ratującą (ocena w wysokospecjalistycznym ośrodku chirurgii głowy i szyi) lub powtórne napromienianie (pod uwagę należy wziąć kryterium czasowe >1 rok od radioterapii, obecnie więcej wskazań w SBRT) lub stosować leczenie objawowe u chorych w dobrym stopniu sprawności.

W przypadku leczenia systemowego chorych z nawrotami/przerzutami odległymi raka narządów głowy i szyi obecnym standardem w I linii leczenia, wg dostępnej wiedzy medycznej, jest schemat PFE Extreme, który jest skuteczniejszy od chemioterapii konwencjonalnej (w Polsce o marca 2020 r. dostępny jest program lekowy). Wyniki badania Keynote 048, wykazało, że monoterapia pembrolizumabem i leczenie skojarzone PF z pembrolizumabem są skuteczniejsze od PFE Extreme w przypadku ekspresji PD-L1 (metoda zarejestrowana przez FDA i EMA). Obligatoryjnym warunkiem kwalifikacji pacjentów do

Ważne:

- ▶ leczenie systemowe dotyczy pacjentów, u których w efekcie leczenia radykalnego nie udało się uzyskać pożądanego efektu;
- ▶ schematy leczenia systemowego z udziałem immunoterapii wydają się optymalnym postępowaniem w I linii leczenia z powodu nawrotów lub przerzutów odległych raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi;
- ▶ obecnym standardem w I linii leczenia, wg dostępnej wiedzy medycznej jest schemat PFE Extreme, który jest skuteczniejszy od chemioterapii konwencjonalnej;
- ▶ w przypadku ekspresji PD-L1 monoterapia pembrolizumabem i leczenie skojarzone PF z pembrolizumabem są skutecznie od PFE Extreme (wyniki badania Keynote 048).

powyższych schematów leczenia jest stopień sprawności 0-1 wg ECOG/WHO. Dane z badań rejestracyjnych dotyczą nowotworów płaskonabłonkowych krtani, krtaniowej i ustnej części gardła i jamy ustnej. W badaniu Keynote048 przeżycia całkowite były większe niż w schemacie Extreme, działania niepożądane były trzykrotnie rzadsze (w wariancie I). W wariancie II w badaniu Keynote04 odpowiedzi terapeutyczne były wyraźniej trwalsze. Na podstawie tych wyników ESMO opracowało wytyczne postępowania (2020 r.).

W kwalifikacji chorych do leczenia należy brać pod uwagę inne czynniki, nieokreślone w wytycznych ESMO. Są to m.in. dynamika progresji nowotworu (zahamowanie progresji/regresja szybsza po chemioterapii), nasilenie dolegliwości zależnych od nowotworów (reedukacja dolegliwości zwykle wtórna do regresji, konieczne uwzględnienie ryzyka działań niepożądanych po chemioterapii), leczenie II linii (skuteczne leczenie II linii po Extreme / inhibitory PD-1, skuteczne leczenie II linii po monoterapii anty PD-1 / Extreme).

W I linii leczenia, przy braku przeciwwskazań do immunoterapii i CT + inhibitor EGFR: CPS (wpływ ekspresji ligandu) > 20 – pembrolizumab lub pembrolizumab / chemioterapia w skojarzeniu (przy znacznej dynamice / nasilonych dolegliwościach); CPS 1 - 20 – pembrolizumab (przy powolnej dynamice i ograniczonych dolegliwościach); CPS 1 - 20 – pembrolizumab z chemioterapią lub PFE (Extreme) (przy znacznej dynamice i nasilonych dolegliwościach); CPS < 1 – stosujemy PFE (Extreme) niezależnie od charakterystyki pacjenta. Aktualnie dostępne są już badania nad modyfikacją schematów chemioterapii kojarzonej z leczeniem ukierunkowanym molekularnie w I linii leczenia (wyniki badania TPExtreme). Mediana czasu przeżycia (OS) była wyższa niż w dotychczasowych badaniach (3-4 miesiące). Dużym zyskiem jest spadek działań niepożądanych. Dostępne są również wyniki badania CheckMate 651 dotyczące zastosowania dubletu immunoterapii. Jego wyniki na razie wskazują, że taki schematy był skuteczniejszy od monoterapii w skojarzeniu z chemioterapią.

Wykład: Chirurgia robotowa w nowotworach głowy i szyi

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński



Chirurg głowy i szyi w ujęciu europejskim to specjalista, który zajmuje się chirurgicznie wszystkim od obojczyka do góry, z wyjątkiem gałki ocznej (ale oczodołem tak) i ośrodkowym układem nerwowym, podstawą czaszki, tarczyca, gardło. W Polsce nowotwory głowy i szyi operowane są przez laryngologów, chirurgów szczękowo-twarzowych, chirurgów onkologicznych lub ogólnych. W efekcie w

Polsce mamy duży odsetek lokoregionalnych wznów (aż 50%). Na świecie wznowy stanowią 28-30%.

Chirurgia robotowa w nowotworach głowy i szyi (TORS) dotyczy trzech lokalizacji: część ustna gardła (oropharynx), część krtaniowa gardła (hypopharynx) oraz krtani (larynx). Według badań klinicznych przeprowadzonych w latach 1970-2000 dowiedziono, że powikłania po chirurgii są dramatycznie wysokie

(23-32%), co spowodowało zmianę trendów leczenia nowotworów części ustnej gardła z chirurgii na radioterapię i radiochemioterapię. Kolejne badania wskazały (RTOG 91-11, RTOG 97-03, RTOG 99-14), że 35 % pacjentów z nowotworem części ustnej gardła leczonych radiochemioterapią ma późne powikłania, zmagają się z objawami późniejszej toksyczności leczenia. Kolejną zmianą trendów w leczeniu raka części ustnej była chirurgia małoinwazyjna. Wśród wskazań do chirurgii robotowej należy wymienić: doskonały dostęp do guza przez jamę ustną, dobra widoczność guza i wyeksponowania z dojścia przezustnego, doświadczenie w chirurgii robotowej, ocena połknięcia, niska promienioczułość guza oraz preferencje pacjenta.

Do przeciwwskazań w stosowaniu tej metody leczenia należą: nieoperacyjny guz pierwotny lub węzła, naciekanie żuchwy, naciekanie tylnej ściany gardła, naciekanie tętnicy szyjnej wspólnej, guz obejmujący powięź przed-kręgosłupową. Chirurgia robotowa stosowana jest także przy wznowach nowotworów gardła środkowego. Ilość powikłań w zabiegach tego typu spada wraz z doświadczeniem operatora – minimalna liczba zabiegów dla operatora wynosi 50.

Ważne:

- ▶ korzyści wynikające z zastosowania robota dla pacjenta: niski odsetek powikłań, ograniczona utrata krwi, nie wymaga tracheotomii, zachowanie zdolności połknięcia, krótki czas hospitalizacji, doskonały efekt kosmetyczny;
- ▶ korzyści wynikające z zastosowania robota dla chirurga: precyzyjne usunięcie tkanki guza pod kontrolą wzroku w powiększeniu, trójwymiarowa wizualizacja pola operacyjnego i stereotaktyczna lokalizacja instrumentarium, zakres ruchów instrumentarium, obejmujący wszystkie kierunki w zakresie 540 stopni, redukcja drżenia dłoni oraz zmęczenia chirurga.



Sesja raka piersi

Sesję raka piersi poświęcono omówieniu wyzwań w zakresie leczenia tego rodzaju nowotworu, ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii piersi, systemowego leczenia indukcyjnego oraz zasadności stosowania radioterapii dołu pachowego.

Wykład: Chirurgia piersi — highway to hell czy stairway to heaven?



Prowadzący: dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAIFM

Postęp w diagnostyce obrazowej, biologii molekularnej i metodach leczenia niezabiegowego, powoduje, że zakres leczenia chirurgicznego się zmniejszył w ostatnich dekadach.

W deeskalacji chirurgii raka piersi jest jednak granica. Leczenie przedoperacyjne systemowe służy temu, aby potem dobrać leczenie w zależności od stopnia odpowiedzi (im lepsza odpowiedź chorego, tym

większa deeskalacja chirurgii). Dla przykładu, w zależności od podtypów nowotworów, pozytywna odpowiedź u chorych z HER+ wynosi 40%, natomiast u chorych LUM-A – tylko 0,3%. Odpowiedzi na leczenie przedoperacyjne próbuje się ocenić za pomocą pCR (patologic complete response), tj. w biopsji przezskórnej lub w badaniu obrazowym. Wyniki badań, np. MICRA, wykazały, że odsetek badań fałszywie ujemnych wynosił 37%, co tę metodę w takim zastosowaniu całkowicie eliminuje. Z kolei wyniki badania RESPONDER, w którym oceniono czułość biopsji i rezonansu wykazały, że odsetek badań fałszywych ujemnie wynosił 17,8%. Biopsje przezskórne zapewniają pewną skuteczność, jednak czułość i swoistość zależy od wielu czynników (wyniki fałszywie ujemne wynosiły 5-50%). Badania naukowe wskazują, że nie jest to metoda dostatecznie dokładna, w związku z czym nie można bezpiecznie ominąć zabiegu chirurgicznego.

Ważne:

- ▶ pomimo, że radiolodzy rozpoznają coraz wcześniejsze przypadki, onkolodzy kliniczni są coraz skuteczniejsi, a operacje są mniej rozległe – nie można pomijać wycięcia „ogniska resztkowego”, nawet uwzględniając pełną radiologiczną odpowiedź na leczenie (rCR).

Wykład: Czy możliwa jest deeskalacja RT dołu pachowego?



Prowadząca: dr hab. n. med. Elżbieta Senkus-Konefka

Analizy dotyczące leczenia pachy za pomocą chirurgii dołu pachowego są powszechnie znane. Z badań wynika również, że inwazyjne zabiegi można zastąpić radioterapią. Wiadomym jest również, że radioterapia na obszary węzłowe poprawia wyniki. Z randomizowanych badań wynika, że radioterapia na obszary węzłowe zwiększa odsetek przeżycia wolnych od przerzutów odległych. Nieznana jest natomiast rola napromienienia poszczególnych grup węzłowych i aby móc ocenić rzeczywiste korzyści z radioterapii pachy po indukcyjnym leczeniu, należy wziąć pod uwagę dwa aspekty. Pierwszym z nich jest ocena ryzyka nawrotu choroby, które jeśli jest wystarczająco wysokie zmusza do leczenia za pomocą radioterapii. Drugim jest ocena realnej, pełnej skuteczności zastosowanej metody. Spełnienie tych dwóch warunków jednocześnie daje podstawy do wdrożenia takiego rodzaju leczenia. Analiza różnych (randomizowanych i nierandomizowanych) badań nasuwa wniosek, iż zastosowanie leczenia miejscowego nie jest skuteczne, jeśli leczenie systemowe również nie przyniosło dobrego efektu. W odpowiedzi na pytanie czy deeskalacja pachy jest bezpieczna u chorych po leczeniu systemowym warto odnieść się do zaleceń,

które mówią jasno, że w przypadku wyjściowego zajęcia węzłów chłonnych i braku wykonania limfadynektomii, napromienianie jest zalecane. Radioterapii mogą uniknąć osoby z optymalną odpowiedzią także w obrębie raka piersi, mają korzystne fenotypy, niskie wyjściowe stadium N (jeden lub dwa zajęte węzły, nie więcej), jak również chorzy po zabiegach oszczędzających i w starszym wieku.

Ważne:

- ▶ radioterapia na obszary węzłowe zwiększa odsetek przeżycia;
- ▶ zastosowanie radioterapii powinno opierać się na dwóch kwestiach: ocenie ryzyka nawrotu choroby oraz pełnej skuteczności w zakresie zastosowanej metody;
- ▶ odejście od radioterapii może być zasadne w populacji niskiego ryzyka, u których doszło do całkowitej remisji patologicznej, mimo zajętych wyjściowo węzłów chłonnych;

Wykład: Czy systemowe leczenie indukcyjne może być skrojone na miarę?



Prowadząca: dr n. med. Aleksandra Łacko

Czy dla każdej chorej optymalnym schematem przedoperacyjnego leczenia są antracykliny w taksonidem +/- anty HER-2? Zalety stosowania takiego schematu to przede wszystkim: umożliwienie resekcji guzów wyjściowo nieoperacyjnych, lepsze warunki dla

BCS, zwiększenie częstości leczenia oszczędzającego, również dołu pachowego, wcześniejsze leczenie mikroprzerzutów, ocena wrażliwości na leczenie in vivo, badania translacyjne, modyfikacja leczenia w zależności od odpowiedzi, odpowiedź patologiczna czynnikiem prognostycznym (TNBC, HER-2/+), czas na wykonanie badań genetycznych, identyfikacja chorych, które wymagają „dodatkowego” leczenia lub zmiany strategii leczenia. Wśród wad tego postępowania należy wymienić: opóźnienie leczenia miejscowego (ryzyko progresji guza), utrata danych rokowniczych wynikających z oceny patologicznej nieleczzonego nowotworu, ryzyko nadmiernego leczenia, ryzyko niedostatecznego leczenia miejscowego. Jeśli kliniczne zaawansowanie zostało niedoszacowane, występuje ryzyko „niedostatecznego leczenia”. Jeśli NACT zostaje przerwana, brak czasu na działania ochrony płodności.

Ważne:

- ▶ pożądanym kierunkiem jest indywidualizacja leczenia;
- ▶ w indywidualizacji leczenia niezwykle ważne jest skojarzenie i sekwencja;
- ▶ schemat leczenia dobierany jest na podstawie ryzyka nawrotu, na podstawie cech chorego, biologii guza, leczenie modyfikowane na podstawie odpowiedzi;
- ▶ na podstawie dostępnych standardów nie zawsze jest możliwość odpowiedzi na każde pytanie.



Podsumowanie

- ▶ Kluczowym aspektem poprawy jakości i dostępu do opieki onkologicznej jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej. Niezbędna jest standaryzacja opieki nad pacjentem, jak również pomiar efektywności działań, monitorowanie jakości opieki i satysfakcji pacjenta.
- ▶ Niezbędne jest opracowanie i wdrożenie ścieżek pacjentów z określonymi typami nowotworów.
- ▶ System powinien zmierzać w kierunku płacenia za jakość, nie za ilość. W tym celu należy wprowadzić wskaźniki i mierniki oraz system monitorowania jakości w onkologii.
- ▶ Stały monitoring parametrów związanych z prowadzoną terapią (jak w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej) sprzyja poprawie wyników leczenia nowotworów.
- ▶ Zgodnie z planem zawartym w Narodowej Strategii Onkologicznej niezbędne jest stałe prowadzenie działań w zakresie edukacji i profilaktyki zdrowotnej.
- ▶ Konieczne jest praktyczne kształcenie kadr w onkologii. Ważne jest przygotowania specjalistycznej kadry do pracy w interdyscyplinarnym zespole oraz do pełnienia kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym (w tym staże w ośrodkach narządowych).
- ▶ Dla ośrodków onkologicznych istotne powinno być stałe podnoszenie kompetencji kadr, uczestnictwo w audytach, akredytacjach i zewnętrznych kontrolach.
- ▶ Konieczna jest implementacja nowych technologii, w tym również AI i wirtualnej rzeczywistości.
- ▶ Zrozumienie biologii nowotworu jest podstawą postępu. Badania molekularne są przyszłością leczenia nowotworów.
- ▶ Kierunkiem rozwoju terapii onkologicznych jest indywidualizacja, optymalizacja i precyzja. Priorytety: poprawa wyników leczenia, skrócenie czasu diagnostyki i terapii, większy komfort i bezpieczeństwo pacjenta.



V KONRES

ONKOLOGI

POLSKIJ

Polskie Towarzystwo Onkologiczne

ul. Roentgena 5, Warszawa

Twitter @OnkologiaPolska

www.pto.med.pl

WROCŁAW,

23 PAŹDZIERNIA

2022 ROKU

Warszawa, 2022