

PORADNIK DLA PACJENTÓW
CZĘŚĆ B

CHŁONIAK

TO DIAGNOZA NIE WYROK



POD REDAKCJĄ

Wojciecha Jurczaka Moniki Długosz-Daneckiej Alicji Prochoń

chloniak.org

PORADNIK DLA PACJENTÓW
CZĘŚĆ B

CHŁONIAK

TO DIAGNOZA NIE WYROK

POD REDAKCJĄ

Wojciecha Jurczaka Moniki Długosz-Daneckiej Alicji Prochoń

FUNDACJA POKONAJ CHŁONIAKA

Kraków 2023

chloniak.org

PRZEWODNIK DLA PACJENTÓW **CZĘŚĆ B** **CHŁONIAK TO DIAGNOZA NIE WYROK**

Wydanie 1

Pod redakcją

Wojciecha Jurczaka
Moniki Długosz-Daneckiej
Alicji Prochoń

Współautorzy

(w kolejności alfabetycznej)

mgr Maria Brzegowy
mgr Ewa Ceborska-Scheiterbauer
dr n.med. Magdalena Boczarska-Jedynak
dr hab.n.med. Monika Długosz-Danecka
prof. dr hab.n.med. Sebastian Giebel
prof. dr hab.n.med. Lidia Gil
dr n.med. Jarosław Janeczko
prof. dr hab.n.med. Wojciech Jurczak
dr hab.n.med. Małgorzata Klimek
prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk
mgr Maciej Koktysz
mgr Klaudia Latosik
mgr Beata Pachońska
dr n.med. Ewa Paszkiewicz-Kozik
lek. Ewa Pietrusza
mgr Alicja Prochoń
mgr Urszula Trzaska
dr n.zdr. Sebastian Artur Zdończyk
mgr Paulina Zielińska

**Copyright Fundacja Pokonaj Chłoniaka
Kraków 2023**

DZIĘKUJEMY ZA POKRYCIE KOSZTÓW PRODUKCJI TAKEDA PHARMA Sp. z o.o



Takeda Pharmaceutical Company Limited. Wszelkie prawa zastrzeżone.
Wszystkie znaki handlowe są własnościami ich prawowitych właścicieli.
Takeda Pharma Sp. z o.o., ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa,
tel. +48 22 608 13 01, www.takeda.com.pl

Podziękowania za udostępnienie grafik:

Takeda - AbbVie - Roche - Gilead Sciences

SPIS TREŚCI

CHŁONIAK TO NOWOTWÓR, LECZ NIE RAK s.9

6 PORAD NA POCZĄTEK s.17

BADANIA DIAGNOSTYCZNE s.29

- badania obrazowe s.31
- stadium zaawansowania s.34
- ocena ogólnej kondycji organizmu s.36
- morfologia krwi bez tajemnic s.45

METODY LECZENIA s. 49

- leczenie systemowe s.52
 - cytostatyki - chemioterapia s.52
 - immunoterapia s.59
 - terapię ukierunkowane molekularnie s.65
- terapie komórkowe s.70
 - przeszczep szpiku s.70
 - CAR-T s.75
- radioterapia s.77

JAK RADZIĆ SOBIE Z OBJAWAMI NIEPOŻĄDANYMI LECZENIA? s.81

- nudności s.83
- anemia s.84
- leukopenia s.86
- trombocytopenia s.88
- utrata włosów s.89
- zapalenie błony śluzowej jamy ustnej s.90
- podrażnienie skóry po radioterapii s.91
- polineuropatia s.93
- odległe powikłania s.95
- kadiotoksyczność s.96

JAK SIĘ ODŻYWIĆ, ABY JEDZENIE POMAGAŁO s.103

- dieta jako profilaktyka i terapia układu pokarmowego **s.105**
- kiedy sama dieta nie wystarczy **s.122**
- interakcje leków ze składnikami diety **s.124**

DLACZEGO WARTO SIĘ RUSZAĆ s. 129

JAK PORADZIĆ SOBIE Z DIAGNOZĄ I LECZENIEM s. 139

- zastosuj dobre praktyki **s.141**
- zmiany w wyglądzie, a poczucie własnej wartości podczas leczenia **s.155**
- wsparcie profesjonalne **s.158**

INTYMNOŚĆ I SEKS W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ s. 163

- funkcjonowanie psychoseksualne w chorobie nowotworowej **s.165**
- jak sprawić, aby życie intymne zakwitło w trakcie leczenia **s.170**

ONCOFERTILITY, CZYLI ZABEZPIECZENIE PŁODNOŚCI W LECZENIU NOWOTWORU s.187

- wpływ leczenia na płodność u kobiet **s.189**
- wpływ leczenia na płodność u mężczyzn **s.197**

Drogi Czytelniku!

Oddajemy w Twoje ręce poradnik, który, mamy nadzieję, pomoże Ci oswoić się z chorobą, przetrwać czas leczenia i odpowie na liczne pytania i wątpliwości.

Poradnik składa się z dwóch części. Część A na ten moment dotyczy chłoniaka Hodgkina, ale niebawem pojawią kolejne, dotyczące innych podtypów.

W poszczególnych rozdziałach części B poradnika dla pacjentów znajdziesz nie tylko dane dotyczące bezpośrednio chłoniaków, diagnostyki, leczenia i związanych z nim objawów niepożądanych, ale również bardzo praktyczne porady na temat funkcjonowania z chorobą - jak nauczyć się z nią żyć, jak uzyskać wsparcie psychologiczne, jeśli jest potrzebne, jakie znaczenie ma dieta, aktywność fizyczna i seksualna, a także w jaki sposób możesz chronić płodność.

Dziękujemy wszystkim Współautorom, dzięki którym możemy przekazać Ci tak szeroką i obszerną wiedzę!

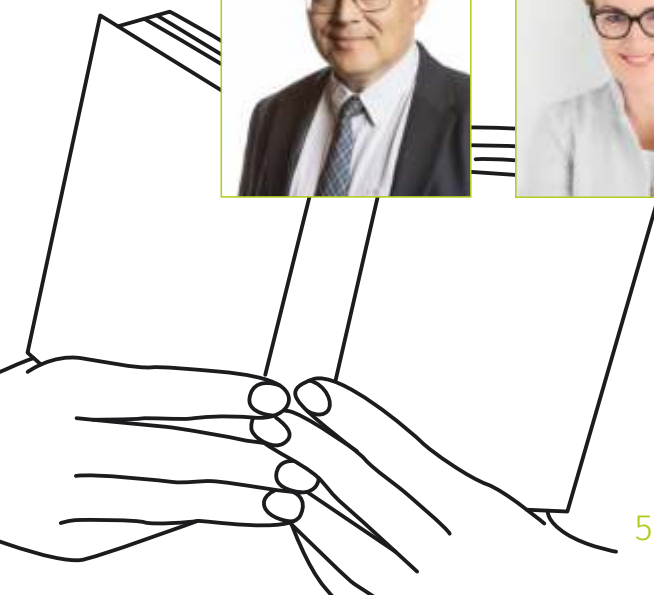
Wojciech Jurczak



Monika Długosz-Danecka



Alicja Prochoń



Drogi Pacjencie!



Rozpoznanie choroby nowotworowej zmienia zwykle całe Twoje życie, a także Twoich bliskich. Nawet jeśli choroba nie wymaga leczenia, tak jak w przypadku wczesnych stadiów zaawansowania chłoniaków indolentnych, wiąże się ona z utratą poczucia bezpieczeństwa, lękiem o przyszłość własną oraz rodziny. Zrozumiąłem jest, że chcesz wiedzieć, jak najwięcej na temat swojej choroby - rokowania, optymalnej diagnostyki i metod leczenia.

Najczęstszym źródłem informacji jest internet. Niestety - nawet dla osoby z wykształceniem medycznym, która nie zajmuje się nowotworami układu chłonnego - jest to bardzo trudne, by uzyskać właściwe informacje na temat danej jednostki chorobowej.

Wynika to w dużej mierze ze złożoności tematu – chłoniaki to bardzo duża, różnorodna grupa nowotworów. Objawy choroby, wśród których najczęstsze jest powiększenie węzłów chłonnych, są często podobne, ale leczenie o największej skuteczności jest bardzo różne w zależności od rozpoznania.

Kolejną kwestią, która sprawia, że zagadnienia dotyczące chłoniaków są tak trudne, jest dynamiczny rozwój nowych metod leczenia, innych niż chemioterapia - immunoterapii i terapii celowanych w postaci tzw. leków małocząsteczkowych.

Właśnie dlatego z inicjatywy Fundacji Pokonaj Chłtoniaką powstał ten poradnik - w odpowiedzi na potrzebę rzetelnej informacji, przedstawionej w jasny i czytelny sposób, abyś mógł zrozumieć swoją chorobę, wiedzieć jakie badania będą wykonywane i w jakim celu oraz jakie są metody leczenia. Polscy specjaliści w dziedzinie chłtoniaków - lekarze z wieloletnią praktyką dzielą się z Tobą swoją wiedzą i doświadczeniem. Co ważne, informacje przedstawione w poradniku, są dostosowane do polskich realiów - zarówno w odniesieniu do diagnostyki jak i dostępnych metod leczenia. Cieszy mnie, że te wiadomości zostały wzbogacone o dodatkowe informacje pomagające w codziennym funkcjonowaniu w czasie leczenia.

Jest to podręcznik w mojej opinii bardzo potrzebny i myślę, że stanowić będzie istotną pomoc we wspólnym - pacjenta i lekarza - przejściu przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia choroby. Czekamy na kolejne części A dotyczące innych rodzajów chłtoniaków.

Zapraszam do lektury podręcznika, życząc siły i wytrwałości w walce z chorobą!

prof. dr hab. n. med.

Iwona Hus

Prezes Polskiego Towarzystwa
Hematologów i Transfuzjologów



Warszawa, 3 kwietnia 2023 r.



Rozdział I

CHŁONIAK TO NOWOTWÓR, LECZ NIE RAK

NA SAM POCZĄTEK

Bardzo często pacjenci słysząc, że zachorowali na chłoniaka, który jest nowotworem, sądzą, że mają raka.

Tymczasem nowotwory dzielą się na trzy główne grupy: mięsaki, raki i właśnie chłoniaki. Zatem rak to nie chłoniak, a chłoniak to nie mięsak.

Dlaczego jest to dla Ciebie ważna informacja?

Po pierwsze, terapia chłoniaków nie polega na chirurgicznym usunięciu guza, lecz na podawaniu leków, które działają w całym organizmie.

Po drugie, rokowanie jest zazwyczaj lepsze niż w przypadku raków czy mięsaków, a wieloletnie przeżycie lub wręcz wyleczenie jest możliwe nawet w przypadkach zaawansowanych, z dużą masą guza.

Po trzecie, chłoniaki to grupa bardzo różnorodnych chorób o różnej dynamice, przebiegu i bardzo zróżnicowanym leczeniu.

Jak powstają NOWOTWORY?

Organizm człowieka składa się z wielu, bardzo wielu milionów komórek. Takie pojedyncze komórki, tworzące organy i układy narządów – są jakby cegiełkami budulcowymi. Jeśli są potrzebne organizmowi – mnożą się, jeśli jest ich za dużo lub się starzeją – obumierają. Dzięki temu młode komórki mogą zastępować stare.

Czasem jednak fizyczny lub chemiczny bodziec uszkadza komórkę w taki sposób, że zaczyna ona dzielić i mnożyć się bez względu na to, czy jest potrzebna organizmowi czy nie. W konsekwencji powstaje zgrupowanie niepotrzebnych i nieprawidłowych komórek, czyli guz – nowy twór – nazywany nowotworem.

Jeśli guz pochodzi z komórek nabłonka np. przewodu pokarmowego lub układu oddechowego nazywamy go rakiem. Nowotwory tkanki łącznej to mięsaki.

Chłoniaki są z kolei nowotworami wywodzącymi się z nieprawidłowych, mnożących się bez kontroli organizmu limfocytów – komórek układu limfatycznego (chłonnego).

Często, już w początkowym okresie choroby, komórki chłoniaka obecne są we krwi i/lub szpiku, skąd poprzez naczynia krwionośne mogą przedostać się praktycznie wszędzie, do każdego miejsca w organizmie. Tak więc chłoniaki są nowotworami układu chłonnego, każdy rak jest nowotworem, ale nie każdy nowotwór można nazwać rakiem.

Chłoniaki to grupa różnych chorób

prof. dr hab. n.med.
Wojciech Jurczak
hematolog

Chłoniaki, w szerokim rozumieniu, są najczęstszymi chorobami nowotworowymi układu odpornościowego. U części pacjentów przebieg jest skąpoobjawowy. W przypadkach zaawansowanych, o dużej dynamice, pojawiają się tzw. objawy ogólne (poty, gorączka, spadek masy ciała). Poszukując informacji o chłoniakach, często znajdziesz podział wg klasycznego rozdziału na chłoniaka Hodgkina (ziarnica złośliwa) i tzw. chłoniaki niehodgkinowskie (nieziarnicze). Podział ten ma obecnie jednak wyłącznie znaczenie historyczne.

Z praktycznego punktu widzenia możemy raczej mówić o:

CHŁONIAKACH DYNAMICZNYCH
O „AGRESYWNYM” PRZEBIEGU KLINICZNYM

CHŁONIAKACH INDOLENTNYCH
„ŁAGODNYCH”

CHŁONIAKACH O NIEPEWNYM ROKOWANIU



CHŁONIAKI O DYNAMICZNYM PRZEBIEGU KLINICZNYM

Chłoniaki o dynamicznym przebiegu klinicznym charakteryzuje możliwość stosunkowo szybkiej progresji, szczególnie w przypadku ostrej białaczki limfoblastycznej, chłoniaka Burkitta, czy niektórych podtypów chłoniaka rozlanego z dużych komórek B. Nie oznacza to jednak złego rokowania: szybka progresja oznacza, że większość komórek nowotworowych jest w fazie podziału, czyli jest wrażliwa na cytostatyki. Chłoniaki te można u większości chorych „wyrwać z korzeniami” już po leczeniu I linii: dotyczy to nawet 90% pacjentów z chłoniakiem Hodgkina i 70% przypadków chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B.

Warunkiem jest możliwość poddania chorych leczeniu, co niestety nie zawsze jest możliwe u osób starszych, z chorobami współistniejącymi, po 70 roku życia. Liczy się tu wiek biologiczny, a nie metrykalny. Każdy z lekarzy, zajmujący się leczeniem chłoniaków, pamięta przypadki 80-latków chorych na chłoniaka o dużej dynamice, poddanych skutecznej terapii, ale również 50-latków, którym nie można było pomóc np. z powodu obciążeń kardiologicznych. Innymi słowy, terapia dobierana jest indywidualnie do możliwości pacjenta.

W chłoniakach o dynamicznym przebiegu rola nowych „leków celowanych” - o alternatywnych do cytostatyków mechanizmach działania - ogranicza się głównie do przypadków opornych lub pacjentów, których nie można poddać standardowej chemio lub immunochemioterapii. Nowym standardem staje się stosowanie – często już w leczeniu I rzutu – „celowanej chemioterapii”, zwykle w skojarzeniu z dotychczasowymi schematami leczenia, a w przypadkach opornych, różnych postaci immunoterapii. Zmniejsza się stopniowo rola wysokodawkowanej chemioterapii wspomaganej autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych, a zwiększa rola immunoterapii, w tym przeciwciał bispecyficznych i terapii CAR-T.



Chłoniaki o dynamicznym przebiegu klinicznym często wymagają szybkiego włączenia leczenia i tu dynamika terapii może przypominać raka:

pojawienie się
ewentualnych objawów
↓
diagnoza
↓
leczenie

Jednak zupełnie inaczej może to wyglądać w przypadku chłoniaków indolentnych.

CHŁONIAKI INDOLENTNE

Chłoniaki indolentne, takie jak przewlekła białaczka limfatyczna, chłoniak grudkowy czy chłoniak strefy brzeżnej, charakteryzują się małą dynamiką kliniczną. Choć rokowanie jest dobre (większość pacjentów dożyje swoich dni z chłoniakiem, a nie umrze z jego powodu), są to choroby przewlekłe o nawrotowym charakterze.

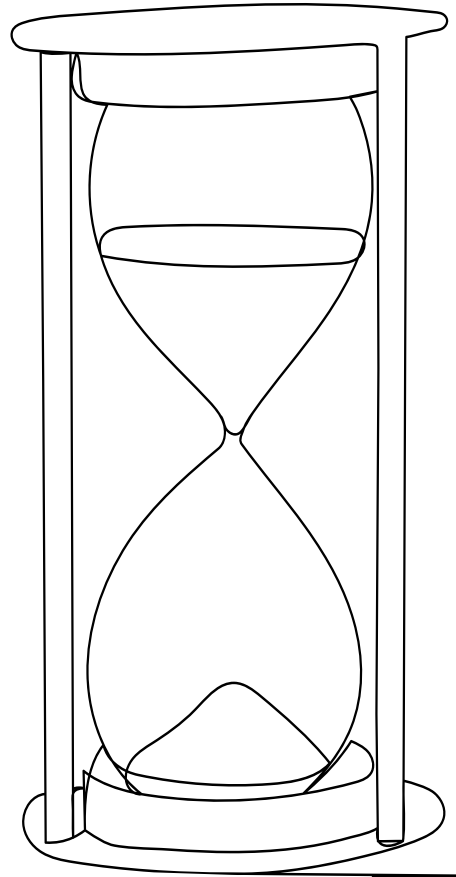
Ze względu na to, że większość komórek nowotworowych nie dzieli się, trudno jest pozbyć się ich wszystkich przy pomocy chemioterapii, która jest w tych chorobach co najwyżej jednym z elementów standardowego leczenia. Choroby te są podobne pod wieloma względami do cukrzycy czy nadciśnienia, które również nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia dla życia w pierwszych latach, jednak skracają go z perspektywy 20-30 lat - z powodu odległych powikłań.

Oznacza to, że pacjent od czasu do czasu, w przypadku nasilenia objawów choroby, podejmuje odpowiednie leczenie.

Początkowo choroba może pozostawać w tzw. terapii „watch and wait”, czyli jedynie obserwacji, co może budzić z jednej strony radość niepodjęcia, bądź co bądź, trudnego leczenia, a z drugiej niepokój: „mam nowotwór i nie będę go leczył?”

Tak, w chłoniakach indolentnych podejmujemy leczenie dopiero, kiedy choroba zaczyna dawać wyraźne objawy i to znacząco odróżnia dynamikę jej leczenia od raków.

W tych chłoniakach immuoterapia i leki ukierunkowane molekularnie - o alternatywnych do cytostatyków (chemioterapii) mechanizmach działania - są standardem postępowania w przypadkach nawrotowych/ opornych. Nie można sobie wyobrazić bez nich, zgodnego z europejskim standardem, leczenia II i dalszej linii.



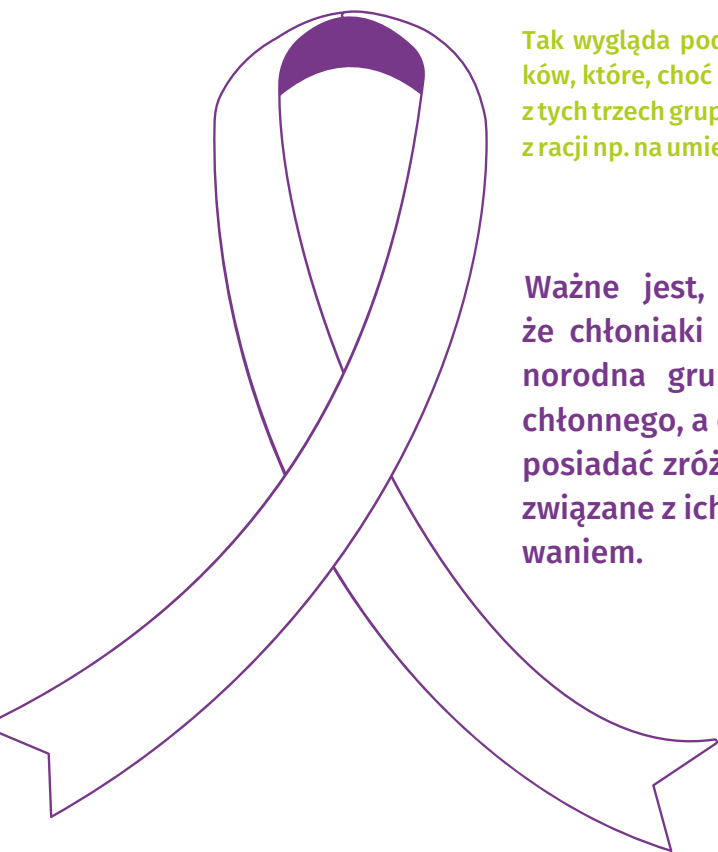
CHŁONIAKI O NIEPEWNYM ROKOWANIU

Chłoniaki o niepewnym rokowaniu: chłoniak z komórek płaszczka czy szpiczak mnogi – to procesy o małej dynamice - w czym przypominają chłoniaki indolentne - jednak z tendencją do rozwijania stosunkowo wcześnie - zazwyczaj już w pierwszej wznowie procesu - oporności na chemioterapię.

Aby opóźnić wznowę, do standardu postępowania należy intensywne leczenie I linii, konsolidowane wysokodawkowaną chemioterapią wspomaganą przeszczepieniem komórek krwiotwórczych) i / lub leczenie podtrzymujące po uzyskaniu remisji.

Leczenie wznowy / oporności bez zastosowania nowych „leków celowanych”, o alternatywnych do cytostatyków mechanizmach działania, jest bardzo trudne. Bez możliwości ich zastosowania średnia długość życia nie przekracza około 5 lat.

Do chłoniaków o niepewnym rokowaniu zaliczono tu również chłoniaki z obwodowych komórek T - ze względu na ich różnorodność. W niektórych podtypach (np. chłoniaku anaplastycznym ALK dodatnim), rokowanie jest lepsze niż w chłoniaku rozlanym z dużych komórek B, w innych konieczna jest wczesna intensyfikacja leczenia.



Tak wygląda podstawowa kwalifikacja chłoniaków, które, choć zawsze będą należały do jednej z tych trzech grup, nadal mogą być różnie leczone z racji np. na umiejscowienie.

Ważne jest, aby mieć świadomość, że chłoniaki to odrębna, bardzo różnorodna grupa nowotworów układu chłonnego, a chorzy na chłoniaki mogą posiadać zróżnicowane doświadczenia związane z ich leczeniem, a także rokowaniem.



Rozdział II

6 PORAD NA POCZĄTEK

CZYLI ZANIM ZACZNIESZ SZUKAĆ INFORMACJI

Większość pacjentów, słysząc, że zachorowała na nowotwór, na chłoniaka, zaczyna poszukiwać wszelkich informacji na temat choroby. To dobrze, solidna wiedza jest niezmiernie ważna, bo w istotny sposób zwiększa bezpieczeństwo w trakcie leczenia.

Najczęstszym źródłem poszukiwań na początku jest internet, a dalej... możesz czerpać z doświadczeń współtowarzyszy w czasie leczenia.

Mogą tu być jednak pewne pułapki, czasem nawet nie tyle mylące, co niebezpieczne.

**Jak ich uniknąć i jak szukać wiedzy,
aby przyniosła Ci korzyść?**

Załącz zeszyt!

W czasie poszukiwań informacji o swojej chorobie, w czasie rozmów, a także w trakcie wizyty u lekarza, pojawiają się sprawy niezrozumiałe lub ważne i warte zapamiętania.

Jednocześnie potrafimy zapomnieć o nich wtedy, kiedy jest okazja, by je wyjaśnić lub doprecyzować.

Dlatego warto założyć zeszyt, dzienniczek, notatnik, w którym zanotujesz zarówno to, co najtrudniej Ci zapamiętać w trakcie wizyty, jak również to, o co chcesz przy najbliższej okazji zapytać lekarza lub pielęgniarkę.

Co zrobić, żeby wiedza Ci służyła?

mgr
Alicja Prochoń
dyrektor Fundacji Pokonaj Chłoniaka

prof. dr hab. n. med.
Wojciech Jurczak
hematolog

Szukaj, dowiaduj się, sprawdzaj, ale zanim zaczniesz odnosić wiedzę do swojej choroby i porównywać z innymi pacjentami, bardzo, bardzo ważne jest poznanie właściwej diagnozy oraz odpowiednia dawka czujności. Jak zatem zabrać się do poszukiwania i porównywania informacji?

1

NA JAKIEGO DOKŁADNIE CHŁONIAKA CHORUJESZ?

Jak już wiesz z poprzedniego rozdziału, chłoniak to wspólna nazwa dla wielu bardzo różnorodnych chorób. Samo stwierdzenie „mam chłoniaka” to o wiele za mało, aby szukać informacji.

Skoro masz ten poradnik w rękach, to zapewne znasz już swoją diagnozę. Jeśli jednak nie – koniecznie dopytaj lekarza lub znajdziesz ją na wyniku badania histopatologicznego. Jest to wynik pobranego do badania węzła chłonnego, wycinka tkanki czy trepanobiopsatu. Jedynie w przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej w pełni wiarygodne rozpoznanie można postawić w oparciu o ocenę próbki krwi.

I tu nie wystarczy samo określenie, np. chłoniak nieziarniczny z limfocytów B. Konieczne jest rozpoznanie konkretnego podtypu, np. chłoniak rozlany z dużych limfocytów B, czyli DLBCL. Ponieważ zamiennie używa się nazw polskich i angielskich, jak również ich skrótów, w tabelce na kolejnej stronie znajdziesz synonimy najczęściej rozpoznawanych podtypów chłoniaków.

Upewnij się także, czy osoba z którą precyzyjnie porównujesz swoje leczenie, na pewno dokładnie zna swoje rozpoznanie i dzieli się doświadczeniami w przebiegu tej samej choroby, a i wówczas leczenie może przebiegać odmiennie. ●

PODOBNA NAZWA,
ALE TO DWIE ZUPEŁNIE INACZEJ
LECZONE CHOROBY

CHŁONIAK HODGKINA

ziarnica złośliwa
chłoniak **HL**
ang. **Hodgkin`s Lymphoma**
czasem **HD - Hodgkin`s Disease**

NIEKLASYCZNY CHŁONIAK HODGKINA

chłoniak **NLPHL**
ang. **Nodular Lymphocyte-Predominant Hodgkin Lymphoma**

POWIEDZENIE O TYCH CHOROBACH: **CHŁONIAK NIEZIARNICZY
Z LIMFOCYTÓW B** TO STANOWI ZA MAŁO. TO GRUPA BARDZO
RÓŻNORODNYCH, ODMIENIE LECZONYCH CHŁONIAKÓW

CHŁONIAK ROZLANY Z DUŻYCH LIMFOCYTÓW B

chłoniak **DLBCL**
ang. **Diffuse Large B-Cell Lymphoma**

CHŁONIAK GRUDKOWY

chłoniak **FL**
ang. **Follicular Lymphoma**
zdarza się opis jako chłoniak guzkowy

CHŁONIAK STREFY BRZEŻNEJ

chłoniak **MZL**
ang. **Marginal Zone Lymphoma**

CHŁONIAK Z KOMÓREK PŁASZCZA

chłoniak **MCL**
ang. **Mantle Cell Lymphoma**

PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

chłoniak **PBL** | chłoniak **CLL**
ang. **Chronic Lymphocytic Leukemia**

Chłoniaków jest znacznie więcej, w tym także chłoniaki z limfocytów T. Natomiast najważniejsze jest to, aby uświadomić sobie, jak ważnym jest znajomość dokładnego rozpoznania przy samodzielnym poszukiwaniu informacji na temat choroby.

Czasem pojawić się mogą dodatkowe określenia - w zależności od umiejscowienia **konkretnego podtypu** chłoniaka, jak np. chłoniak żołądka, postać śledzionowa. Pojawia się także określenie **OUN** - czyli zajęcie **O**środkowego **U**kładu **N**erwowego, czasem określane również jako chłoniak mózgu. Samo umiejscowienie również ma wpływ na dobór leczenia.

CO JEŚLI NIE WIDZĘ TEJ INFORMACJI?

Najczęściej rozpoznanie znajduje się w podsumowaniu badania histopatologicznego. Często jednak rozpoznanie histopatologiczne jest wstępne, a wycinki przesłane są w celu rekonsultacji do zakładu patologii specjalizującego się w diagnostyce chłoniaków i nie widzisz rozpoznanie od razu. Musisz wówczas poczekać na ostateczny wynik.

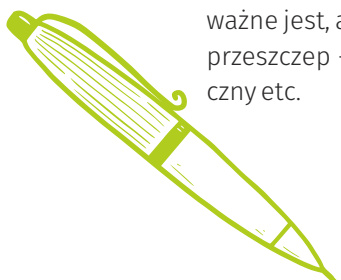
Możesz nie widzieć swojego rozpoznania w dokumentacji, ponieważ dodatkowo NFZ wymaga, by w kartach wypisowych stosować klasyfikację ICD-10 w jej wersji sprzed ponad 20 lat, gdy klasyfikacja chłoniaków była inna, stąd często lekarze muszą zakodować rozpoznanie jako np. C85 („Inne i nieokreślone postacie chłoniaków niezłośliwych”). Jednocześnie, w razie poddania leczeniu, głównym rozpoznaniem musi być nic nie mówiące Z51.1 (czyli „Cykle chemioterapii nowotworów”). Najważniejsze jest jednak, że dokładne rozpoznanie jest zawsze postawione przed rozpoczęciem leczenia, choć czasem nie wynika to wprost z dokumentacji.

Dlatego, jeśli na swoim wyniku histopatologicznym lub w dokumentacji nie widzisz precyzyjnego rozpoznania, zapytaj swojego lekarza i zanotuj sobie dokładną nazwę chłoniaka, a szukając informacji, zawsze określaj, o jakim chłoniaku mowa.

2 WIEDZ DOKŁADNIE, CZEGO SZUKASZ

Leczenie chłoniaka to wiele nowych obszarów w Twoim życiu i wiele nowych pojęć. Jeśli pojawią się słowa, czy nazwy, które są dla Ciebie zupełnie nowe, możesz spokojnie zanotować je sobie „na później”, aby precyzyjnie uzupełnić wiedzę.

Jeśli chcesz sprawdzić, jaka chemioterapia będzie u Ciebie stosowana, ważne jest, aby znać jej konkretny schemat. Gdy lekarz zaproponuje Ci przeszczep - ważne, czy jest to przeszczep autologiczny czy allogeniiczny etc.



3 ZANIM ZACZNIESZ SIĘ PORÓWNYWAĆ

Spotykając się z innymi pacjentami w grupach wsparcia, czy na oddziale, pojawią się rozmowy i pytania: „a jaką chemię Pani ma?”, „a ile miał Pan badań PET i jak często?”, „a naświetlań to ile Pan miał?”.

Jak już wiesz, chłoniaki, ponieważ są tak różne, poddawane są różnym schematom leczenia i różnie mogą być monitorowane. Np. chłoniak rozlany z dużych limfocytów B leczony jest inaczej niż chłoniak strefy brzeżnej - i o ile pierwszy w czasie leczenia monitorowany jest badaniem PET-TK, to drugi tomografią. Dlatego, zanim poczujesz obawę, że zostało Ci zlecone za mało lub za dużo badań, upewnij się, czy mówicie o tym samym chłoniaku i tym samym standardzie.

Pamiętaj także, że pacjenci chorujący na takiego samego chłoniaka, ze względu na indywidualną sytuację zdrowotną czy wiek, mogą mieć zalecone nieco inne leczenie niż Ty. Jeśli pojawią się u Ciebie wątpliwości – koniecznie powiedz o tym lekarzowi i poproś, aby wyjaśnił Ci te różnice.

4 OGRANICZONE ZAUFANIE

Dostęp do wiedzy mamy nieograniczony. Do dezinformacji i pseudo-wiedzy również. Dlatego potrzebujesz ograniczonego zaufania. Co powinno zatem wzbudzić Twoją czujność?



WSZELKIE RADY ZWIĄZANE Z REZYGNACJĄ Z PROPONOWANEJ PRZEZ LEKARZY TERAPII NA RZECZ ALTERNATYWNYCH METOD NIEMEDYCZNYCH LUB ICH WŁĄCZENIA DO TERAPII

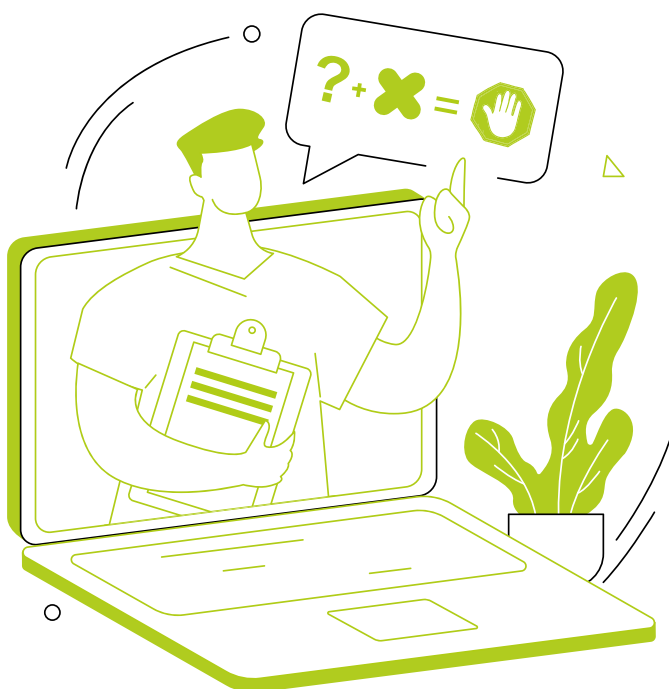
Mowa tu np. o wlewach z witaminy C czy „silnych” ziołach. Żadna z tych i innych tego typu metod nie wyleczy chłoniaka. Często reklamy różnych antynowotworowych specyfików poparte są historiami wyleczeń lub wspierane przez pseudonaukowców, jednak to droga donikąd. Pokusa zaufania im może doprowadzić do poważnych konsekwencji związanych z progresją chłoniaka i pogorszyć rokowanie.



WSZELKIE RADY DOTYCZĄCE STOSOWANIA SUPLEMENTACJI WITAMIN CZY MIKROELEMENTÓW

Dla przykładu - wysokie dawki witaminy D mogą uszkodzić nerki. „Preparaty wielowitaminowe”, które mają wspierać komórki organizmu, mogą wspierać także komórki nowotworowe - nie ma badań naukowych, które zbadały wpływ suplementów na ich rozwój. Ważna jest także znajomość ich potencjalnych interakcji z lekami. Dobrym przykładem jest zielona herbata, ogólnie znana jako zdrowa, a na pewno nieszkodliwa. Okazało się jednak, że znacznie obniża ona wchłanianie w przewodzie pokarmowym niektórych leków, np. bortezomiibu (stosowanego u chorych na szpiczaka czy chłoniaka z komórek płaszczą).

Dlatego wszelką suplementację – preparatami czy ziołolecznictwo – należy ustalić z lekarzem lub ośrodkiem prowadzącym. Zdecydowanie najlepszym sposobem dostarczania wszystkich mikroelementów – jeśli tylko to możliwe – jest zróżnicowana, dobrze zbilansowana dieta. Suplementacja włączana jest przez lekarza na podstawie stwierdzonych niedoborów.





WSZELKIE RADY ZWIĄZANE Z WPROWADZENIEM NIEZBILANSOWANEGO ŻYWIENIA

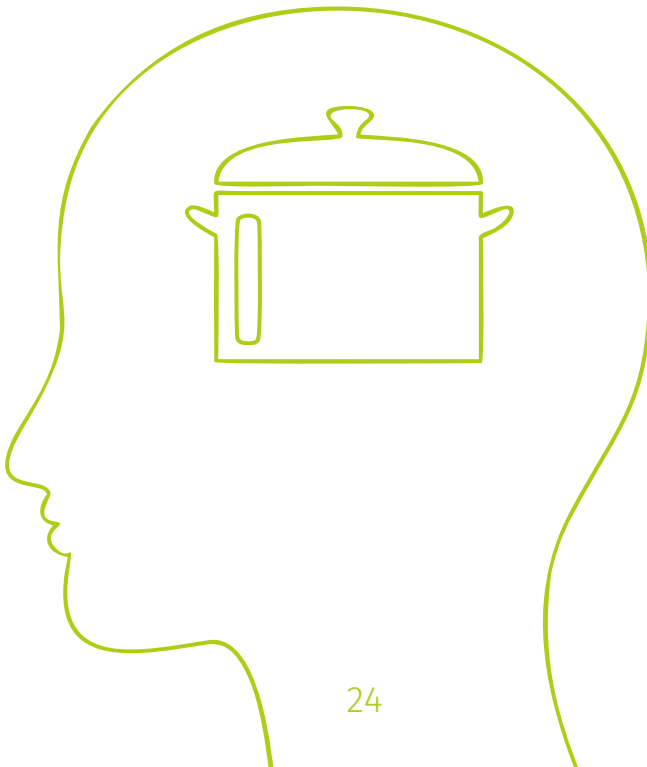
Być może spotkasz się z teoriami, jakoby np. spożywanie wielkiej ilości buraków poprawiało wyniki krwi. Nie poprawia.

Wszelkie dowody skuteczności są oparte na przypadkowej zbieżności z naturalnymi procesami w Twoim organizmie. W miarę upływu czasu, szczególnie po intensywnym leczeniu, ten samoistnie poprawia swoje możliwości w produkcji składników krwi, co przekłada się na lepsze wyniki morfologii.

Jednocześnie jedzenie buraków, zamiast innych warzyw czy posiłków, może doprowadzić do destabilizacji odżywienia organizmu – o czym więcej przeczytasz w rozdziale VI związanym z dietą.

Buraki to tylko przykład pośród przeróżnych niepotwierdzonych rad. Owszem, buraki są zdrowe i należy je jeść, ale świadomie.

Tylko dobre zarządzanie tym, co spożywasz, będzie przynosiło ogrom korzyści, zwłaszcza w zakresie budowania odporności.





WSZELKIE RADY ZWIĄZANE Z REZYGNACJĄ Z BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Być może spotkasz się z opinią, że badania typu PET czy TK są szkodliwe i najlepiej ich nie wykonywać. **Najbardziej zagorzali przeciwnicy będą mówili, że można „nabawić się choroby popromiennej”, co jest absolutnie niezgodne z rzeczywistością.**

Oczywiście, że badania obrazowe nie są obojętne dla organizmu, dlatego wykonuje się je tylko wtedy, gdy są zasadne. Szczególną sytuacją jest ciąża, zwłaszcza w okresie pierwszego trymestru, gdy istnieje potencjalne ryzyko uszkodzenia płodu. U kobiet w ciąży, w większości przypadków, wystarcza zebranie wywiadu i badanie fizykalne lub badanie ultrasonograficzne.



WSZELKIE RADY, ABY ZREZYGNOWAĆ Z ZALECONYCH SZCZEPIEŃ

To niewątpliwie temat budzący w ostatnich latach ogrom emocji, zwłaszcza u pacjentów, którzy nie są entuzjastami szczepionek. Podstawowa informacja, z którą trzeba się jednak zmierzyć to fakt, że nowotwory układu chłonnego, czyli naszego układu odpornościowego... obniżają odporność. Należy wiedzieć, że wszystkie infekcje (w tym COVID-19) u pacjentów chorych na chłoniaki, w czasie terapii, przebiegają ciężiej, dodatkowo prowadzą do odroczenia kolejnych cykli leczenia, z czym wiąże się spadek jego skuteczności.

Najlepszą metodą zabezpieczenia przed poważnymi infekcjami są szczepienia, które choć z jednej strony u pacjentów chorych na chłoniaki działają słabiej, to z drugiej są szczególnie potrzebne.

Ważne jest także, kiedy się szczepimy, dlatego nie warto odkładać zaleconych szczepień „na później”. Jako przykład można podać szczepienie przeciwko COVID-19, skuteczne u ponad 90% zdrowych osób. Zaszczepienie chorego na chłoniaka przed rozpoczęciem leczenia daje szansę skuteczności 50-60%, która jednak dalej spada (do 10-20%), gdy szczepimy chorych już po rozpoczęciu terapii. **Jednak szczepionka podana we właściwym czasie chroni wielu pacjentów przed zachorowaniem i ciężkim przebiegiem infekcji!**

Szczepienia prowadzone zgodnie z zaleceniami znacząco pomagają w opanowaniu potencjalnych infekcji, w utrzymaniu właściwego czasu leczenia i są wielkim sprzymierzeńcem pacjentów w stanach znaczącego obniżenia oporności.

Obniżenie odporności może się utrzymywać w kolejnych latach po zakończeniu leczenia (stąd zaleca się u większości chorych powtarzanie co roku szczepienia przeciw grypie), dlatego warto słuchać swoich lekarzy, a sceptyków przekonywać.

5 MASZ PRAWO ROZUMIEĆ CHOROBE I ZNAĆ RÓŻNE ROZWIĄZANIA

Poszukiwanie wszelkich informacji i „konsultowanie” swojego przypadku z innymi pacjentami często wynika z niezrozumienia do końca procesu leczenia i monitorowania choroby. Nasze wątpliwości może budzić również stosowany w Polsce standard leczenia, który w części przypadków odbiega od standardu innych państw europejskich.

Pamiętaj, że zawsze masz prawo do zasięgnięcia opinii innego specjalisty tzw. rekonstultacji, aby wyjaśnić wszelkie wątpliwości i czuć się bezpiecznie w trakcie terapii.

Na taką wizytę koniecznie zabierz całą swoją dokumentację, którą najlepiej gromadzić w postaci kopii w swoim prywatnym archiwum. Pamiętaj jednak, aby w pierwszej kolejności skierować pytania do swojego lekarza.





6 DOSTĘP DO INNOWACYJNEGO LECZENIA

Część nowych leków jest finansowana w ramach tzw. „programów lekowych” NFZ. W wybranych przypadkach pomocna jest procedura tzw. „ratunkowego dostępu do technologii medycznych”. Istnieją jednak ograniczenia budżetowe wynikające z kontraktów placówek medycznych, co może stanowić dla zadłużonych szpitali barierę nie do pokonania.

Dlatego zapewne w czasie poszukiwania informacji spotkasz się również z badaniami klinicznymi. W terapii niektórych chłoniaków to jedyna możliwość dostępu do nowoczesnego leczenia i dotyczy to zwykle przypadków ze wznową / opornością / procesu.

Dla wszelkiej pewności w pierwszej kolejności zapytaj lekarza, czy w obszarze chłoniaka, na którego chorujesz, prowadzone są badania kliniczne lub poszukaj informacji na własną rękę i skontaktuj się bezpośrednio z ośrodkiem prowadzącym dane badanie.

Możesz usłyszeć, że badania kliniczne to „eksperyment na ludziach”, tymczasem badania, do których zaprasza się pacjentów, są badaniami dobrze zaplanowanymi, podlegającymi rygorystycznej ocenie ekspertów i komisji etycznych.

Duże obawy budzi u chorych podawanie - w ramach niektórych badań klinicznych - „placebo” - czyli nieaktywnej substancji w celach porównawczych. Jednak u pacjentów z chorobami nowotworowymi stosuje się je wyłącznie jako dodatek do standardowego postępowania, nigdy zamiast aktywnego leczenia.

Na czym polega konkretne badanie, opowie Ci dokładnie lekarz, opisując związane z nim ryzyko oraz wszystkie potencjalne korzyści.



PATIENT 0-34-A

FEMALE

HEARTBEAT SIGNAL

Age: 30 years

Date: 2023-10-10

Time: 10:00

Room: 101

Room: 101

Rozdział III

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

JAK DIAGNOZUJEMY CHŁONIAKI I MONITORUJEMY ICH LECZENIE

Skoro trzymasz w ręce ten poradnik, zapewne zdiagnozowano u Ciebie lub kogoś Ci bliskiego chłoniaka. Być może pojawiło się dopiero podejrzenie tego nowotworu. W każdym z tych przypadków, albo już masz wyniki badań, w oparciu o które można ustalić ostateczne rozpoznanie, albo na nie oczekujesz. Najczęściej jest to wynik badania histopatologicznego, ale nie zawsze.

Aby zaplanować i rozpocząć leczenie, należy ustalić stan zaawansowania choroby, ogólną kondycję organizmu oraz choroby współistniejące.

Co ważne, chłoniaki można skutecznie leczyć na każdym etapie zaawansowania, albowiem ich rokowanie zależy głównie od wrażliwości choroby na dostępne leki przeciwnowotworowe.

JAK PODCHODZIĆ DO WYNIKÓW BADAŃ?

Większość pacjentów z czasem nabywa praktyki w rozumieniu wyników badań. Pamiętaj jednak, aby podchodzić z ostrożnością do ich samodzielnej interpretacji.

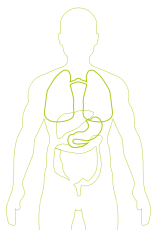
Bywa, że rzeczy wzbudzające u Ciebie niepokój, wcale nie są powodem do obaw, a kwestie, którymi należy się zająć, możesz pominąć w odczytywaniu wyniku.

Jeśli np. poprosisz innych pacjentów o pomoc w ich zrozumieniu, traktuj to tylko jako wskazówkę i pamiętaj, że dopiero lekarz może potwierdzić lub wykluczyć Twoje obawy.

Zanim podejmiesz leczenie

prof. dr hab. n. med.
Wojciech Jurczak
hematolog

dr n. med.
Ewa Paszkiewicz-Kozik
onkolog kliniczny



Określenie stanu zaawansowania Badania obrazowe

Aby ustalić stopień zaawansowania klinicznego przed rozpoczęciem terapii, a także ocenić odpowiedź na leczenie, będą u Ciebie wykonywane różne badania obrazowe. Są to radiologiczne metody obrazowania pozwalające uwidocznić strukturę narządów wewnętrznych oraz ocenić wielkość nacieków nowotworowych.

1 RTG

Do najprostszych należą **zdjęcia rentgenowskie**, niezastąpione przy ocenie np. złamań, niewydolności krążenia czy zapaleniu płuc. Ich użyteczność do oceny powiększonych węzłów jest jednak mniejsza. Na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej można np. dostrzec tzw. „kominowato poszerzone śródpiersie”, jednak równocześnie łatwo przeoczyć węzły o średnicy 3-4 cm, np. nakładające się na sylwetkę serca. Po zrobieniu łatwo dostępnego zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej można z dużym prawdopodobieństwem wykluczyć dużą masę guza w śródpiersiu.

2 USG

Poza klatką piersiową, lepiej do tego celu nadaje się badanie ultrasonograficzne. Lekarz, z odpowiednim doświadczeniem, może nie tylko podać dokładne wymiary obwodowych węzłów chłonnych, ale również opisać je w jamie brzusznej czy miednicy. Wyniki mogą nie być wiarygodne u osób otyłych lub źle przygotowanych do badania (np. z nadmierną ilością gazów w jelitach). Ultrasonografia jest zupeł-

-nie nieszkodliwa, można ją bez obaw proponować np. kobietom w ciąży. Wadą jest mała powtarzalność badania (najlepiej, by kolejne oceny były wykonywane przez tego samego lekarza) oraz problemy z dokumentacją wyników (opieramy się na opisie badania, wydruki są znacznie gorszej jakości niż obraz widziany w czasie rzeczywistym na ekranie monitora).

3

TK

Przez długie lata „złotym standardem” była **tomografia komputerowa** (TK lub CT – ang. Computed Tomography), pozwalająca w stosunkowo krótkim czasie uzyskać obrazy o wysokiej rozdzielczości. Wiąże się to jednak z większą, niż w przypadku zdjęć rentgenowskich, ekspozycją na promieniowanie. Dla wiarygodnej oceny węzłów chłonnych konieczne jest badanie z tzw. kontrastem, który może u części chorych wywołać działania niepożądane: nudności, uczucie gorąca, wrażenie metalicznego smaku w ustach, czy rzadziej reakcje uczuleniowe.

4

NMR

O wiele więcej czasu zajmuje wykonanie badania **rezonansu magnetycznego** (NMR – ang. Nuclear Magnetic Resonance). W praktyce, metoda ta pozwala na osiągnięcie zadowalającej rozdzielczości jedynie w przypadku ograniczenia badania do poszczególnych okolic (np. mózgu, odcinka kręgosłupa czy pojedynczego stawu). Stąd, chociaż nie wymaga podawania klasycznego kontrastu i nie wiąże się z narażeniem na promieniowanie, jego rola u chorych na chłoniaki jest ograniczona do sytuacji szczególnych, jak np. oceny zajęcia centralnego układu nerwowego.

5

PET-TK (PET-CT, FGD-PET-CT, PET)

Przełomem w ostatnich latach stała się **tomografia pozytonowa** (PET – ang. Positron Emission Tomography), a właściwie badanie PET-TK, w którym łączy się ją z klasyczną tomografią komputerową.

Poza podaniem wielkości zmian, badanie PET-TK umożliwia ocenę tzw. aktywności metabolicznej, przez co ułatwia różnicowanie aktywnej choroby od blizny (zwłóknienia), jaka często pozostaje po zakończonym leczeniu.

Badanie – jak każde – ma swoje ograniczenia. Podobnie wyglądają w obrazie PET-TK ogniska chłoniaka i stan zapalny (stąd nie powinno się go wykonywać u osób w czasie trwania infekcji). Do jego wykonania konieczne jest podanie izotopu (w przypadku chłoniaków najczęściej stosuje znakowaną izotopem glukozę).

Przed badaniem należy bezwzględnie pamiętać o konieczności jego wykonania na czczo, a wyniki trudniej interpretować u chorych z cukrzycą. Należy przyjść wypoczętym, nie wolno przed nim wykonywać ćwiczeń ani nadmiernego wysiłku fizycznego, gdyż w takich przypadkach może dojść do gromadzenia się glukozy w mięśniach, a to spowoduje trudności w interpretacji obrazu badania.

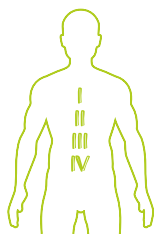
Badanie PET-TK stało się standardem oceny stopnia zaawansowania klinicznego i odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaki o dużej dynamice, takie jak np.: DLBCL – chłoniak rozlany z dużych limfocytów B, czy chłoniak Hodgkina. Ma mniejszą przydatność u pacjentów chorych na chłoniaki indolentne.

PET-TK pozwala na ocenę morfologiczną oraz metaboliczną. Najbardziej powszechną metodą odpowiedzi metabolicznej jest **skala Deauville**. Wartości od 0-3 uważa się w PET awidnych chłoniakach (czyli możliwych do oceny w PET) za całkowitą odpowiedź metaboliczną. Oznacza to, że aktywność metaboliczna opisywanej zmiany jest niższa od aktywności metabolicznej wątroby, którą traktuje się jako punkt odniesienia.

Najczęściej niepokój u pacjenta wywołuje wynik, w którym wysoką aktywność metaboliczną opisano w zmianach zapalnych, czego klasycznym przykładem jest „świecenie” migdałków u pacjentów z infekcją górnych dróg oddechowych.

Pamiętaj, że ta aktywność jest jednym z ocenianych parametrów, stąd wnioski z badania PET muszą być skonsultowane z lekarzem prowadzącym.

Zarówno przed TK, jak i PET-TK należy u kobiet w wieku rozrodczym wykluczyć ciążę. Badania te są szkodliwe, a we wczesnej ciąży nawet zabójcze dla płodu.



Kiedy jesteś już po badaniach Stadium zaawansowania

Jak zatem definiuje się tzw. stadium zaawansowania klinicznego? Używamy do tego celu tzw. klasyfikacji z Ann Arbor – nazwa pochodzi od konferencji, na której po raz pierwszy ją zaproponowano w 1971 roku. Stosujemy ją od blisko 50 lat – i w tym czasie uległa jedynie drobnym modyfikacjom w Costwolds (1988), a następnie w Lugano (2014).

W przypadku chłoniaków w ogóle nie używa się pojęcia przerzut, a jedynie stadium zaawansowania klinicznego, w którym rozróżniamy chorobę ograniczoną (stadium I i II) oraz zaawansowaną (stadium III i IV).

Węzły chłonne, śledzionę, pierścień Waldeyera (czyli migdałki i pozostałe elementy zespołu struktur układu limfatycznego zlokalizowane w nosogardle) oraz tkankę limfatyczną związaną z błoną śluzową (np. przewodu pokarmowego) uznaje się za tzw. narządy limfatyczne, a pozostałe narządy organizmu, w tym płuca, wątrobę, szpik i inne – jako pozalimfatyczne.

Dodatkowo w zależności od występowania objawów ogólnych i wielkości zmian stosujemy odpowiednio litery A lub B i X.

Stadium zaawansowana klinicznego jest jednym – i to bynajmniej nie najważniejszym – czynnikiem prognostycznym. Dla rokowania chłoniaków podstawowe znaczenie ma wrażliwość na leczenie, która zależy od podtypu chłoniaka, występujących pierwotnych i wtórnych zaburzeń cytogenetycznych, oporności na chemioterapie itp.

A

objawy ogólne
nieobecne

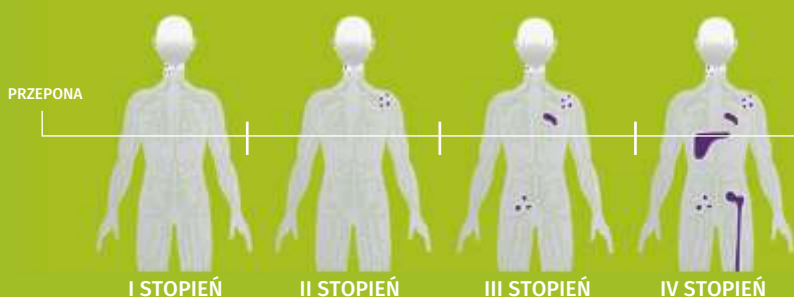
B

obecne objawy ogólne:
gorączka (>38°C)
bez uchwytnej przyczyny,
zlewne poty nocne
lub utrata >10% masy ciała
w ciągu ostatnich 6 miesięcy

X

masywna zmiana
węzłowa (bulky),
czyli pojedyncza zmiana
węzłowa o wielkości 10 cm
(wg niektórych źródeł 7 cm)

CHARAKTERYSTYKA STOPNI ZAAWANSOWANIA CHŁONIAKA

**I STOPIEŃ**

jeden węzeł chłonny
lub jedna grupa przyległych
węzłów chłonnych,
lub pojedyncza zmiana
pozawęzłowa bez zajęcia
węzłów chłonnych

II STOPIEŃ

2 grupy węzłów chłonnych
po tej samej stronie przepony
lub powiększony węzeł
chłonny z ograniczonym
zajęciem narządu
pozalimfatycznego
przez ciągłość

III STOPIEŃ

węzły chłonne po obu
stronach przepony lub węzły
chłonne powyżej przepony
z równoczesnym zajęciem
śledziony

IV STOPIEŃ

zajęcie narządu
pozalimfatycznego
(płuc, wątroby, szpiku)
z wyłączeniem ograniczonych
nacieków bezpośrednio
sąsiadujących z zajęętymi
przez chłoniaka węzłami
chłonnymi



Jeszcze przed leczeniem Ocena ogólnej kondycji organizmu

Przed rozpoczęciem leczenia bardzo ważne jest ustalenie, w jakiej kondycji jest Twój organizm, tak aby zachować balans pomiędzy intensywnością terapii a możliwością jej tolerowania. Dokonujemy oceny czynności nerek, wątroby, serca. Badamy tarczycę, układ oddechowy oraz wykluczamy ukryte stany zapalne, które mogą np. tlić się w zębach. Stąd pozornie niezwiązana z chłoniakiem wizyta u dentysty i leczenie stomatologiczne, a czasami nawet sanacja uzębienia jest niezbędna. Ale po kolei.



OCENA STANU CZYNNOŚCIOWEGO ORGANIZMU

Najczęściej stosujemy skalę sprawności wg ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Poważne upośledzenie stanu czynnościowego - ECOG>2, o ile nie jest związane z chorobą nowotworową i jej następstwami, traktuje się jako przeciwwskazanie do rozpoczęcia leczenia lub ograniczenia go do postępowania paliatywnego. Rzadziej stosuje się skalę Karnofsky'ego czy Lansky'ego.

ECOG

DEFINICJA

- | | |
|----------|--|
| 0 | sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności |
| 1 | obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy |
| 2 | zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, pacjent spędza w łóżku około połowy dnia |
| 3 | ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, pacjent spędza w łóżku ponad połowę dnia |
| 4 | konieczność opieki osoby drugiej, pacjent spędza w łóżku cały dzień |
| 5 | zgon |



OCENA OBCIĄŻENIA CHOROBY TOWARZYSZĄCYMI

U osób starszych, przed rozpoczęciem leczenia, należy ocenić ilość chorób towarzyszących i stopień ich nasilenia.

Najbardziej rozpowszechnioną jest skala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), która analizuje wszystkie 14 narządów organizmu, podając ostateczny wynik w punktach (0-4/narząd). Pacjentów z CIRS > 6 zwykle nie kwalifikujemy do schematów leczenia z zastosowaniem intensywnej chemioterapii.



OCENA FUNKCJONOWANIA NEREK

Nerki są narządem filtrującym krew, oczyszczając ją z nadmiaru szkodliwych produktów przemiany materii, odpowiadają za metabolizm i wydalanie wielu leków. Skuteczne leczenie przeciwnowotworowe doprowadza do rozpadu komórek chłoniaka, a tym samym w znaczący sposób zwiększa obciążenie nerek. W ekstremalnych przypadkach może dojść do tzw. zespołu rozpadu guza (TLS, tumor lysis syndrom), wymagającego aktywnego leczenia nefrologicznego. Stopień sprawności nerek może decydować o wyborze schematu leczenia, dawkowaniu leków, wyborze metody obrazowania oraz przygotowania pacjenta do TK.

Przy upośledzonej czynności nerek należy unikać odwodnienia i leków nefrotoksycznych. W czasie leczenia chłoniaka zaleca się picie większej ilości płynów, w części przypadków również stosowanie profilaktycznie doustnych leków zmniejszających stężenie kwasu moczowego (allopurinol, Milurit).

Aby ocenić sprawność nerek w procesie diagnostycznym wykonywane są następujące badania:

**KREATYNIA • eGFR • MOCZNIK • KWAS MOCZOWY
BADANIE OGÓLNE MOCZU**

eGFR (z ang. Glomerular Filtration Rate – wielkość przesączania kłębuszkowego – to podstawowy parametr, który wiąże się ściśle z poziomem kreatyniny we krwi. W dużym uproszczeniu mówi o tym, na ile procent nerki pracują, a dokładniej – jaka objętość krwi przesącza się w ciągu 1 minuty.

- Wartości prawidłowe:
>/= 90 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała.
- Wartości w zakresie 60-89 ml/min
powinny zostać ocenione przez lekarza –
nie muszą świadczyć o upośledzeniu czynności nerek.
- Wartości w zakresie < 60 ml/min
świadczą o upośledzeniu czynności nerek.
- Wartości w zakresie < 30 ml/min
oznaczają poważną niewydolność nerek.
- Wartości w zakresie < 15 ml/min
mogą być wskazaniem do leczenia nerkozastępczego
(hemodializ).



OCENA WYDOLNOŚCI WĄTROBY

Funkcją wątroby jest metabolizowanie białek, węglowodanów, kwasów tłuszczowych, cholesterolu, wychwytywanie z organizmu związków szkodliwych, metabolizm większości leków, synteza białek osocza, czynników krzepnięcia, utrzymanie we krwi prawidłowego poziomu glukozy. Ocena wyjściowej wydolności wątroby pozwala przewidzieć ryzyko powikłań w przebiegu leczenia związanego z upośledzeniem jej funkcji, które może przejawiać się jako uszkodzenie komórek wątroby, cholestaza, stłuszczenie, włóknienie, uszkodzenie naczyń.

Znając stan wątroby, można odpowiednio zaplanować przebieg oraz intensywność leczenia.

Aby ocenić stan wątroby, w procesie diagnostycznym wykonywane są następujące badania:

**STĘŻENIE BILIRUBINY • AKTYWNOŚĆ AMINOTRANSFERAZ (ALAT ASPAT)
FOSFATAZA ALKALICZNA (FA) • WSKA NIK INR • CHOLINESTERAZA (ChE)
GAMMA-GLUTAMYLTRANSEPTYDAZA (GGTP)**

O istotnym ryzyku poważnej niewydolności wątroby (hepatotoksyczności) mówimy, gdy: aktywność enzymów (ALT, AST) osiągnie trzykrotność górnej granicy normy (3xGGN) lub stężenie bilirubiny osiągnie dwukrotność górnej granicy normy (2xGGN).

Cholinesteraza jest enzymem wytwarzanym przez prawidłowe komórki wątrobowe, stąd – w przeciwieństwie do innych parametrów – niepokojący jest spadek, a nie wzrost jej aktywności. Interesującym enzymem jest GGTP: jego aktywność wzrasta w razie wewnątrzwątrobowej cholestazy, spowodowanej naciekami nowotworowymi czy stłuszczeniem wątroby. Jest to więc enzym, który pozwoli lekarzowi ocenić w wiarygodny sposób, czy pacjent w czasie pobytu w domu, np. pomiędzy cyklami leczenia, nie nadużywał alkoholu. Dodatkowo pomocniczym badaniem jest USG (ocena wielkości wątroby, jej morfologii, kamieni w pęcherzyku czy przewodach żółciowych).



OCENA KARDIOLOGICZNA

Ocena kardiologiczna jest istotna u wszystkich pacjentów, a oszacowanie wydolności mięśnia sercowego pozwala ograniczyć ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań związanych z leczeniem, ponieważ działanie niektórych leków przeciwnowotworowych może spowodować nasilenie niewydolności serca, upośledzenie kurczliwości mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, zaostrzenie choroby wieńcowej, zapalenie mięśnia sercowego czy zapalenie osierdzia. Badanie stanu mięśnia sercowego pozwoli odpowiednio zaplanować leczenie i staje się również wskazówką do częstszego monitorowania u pacjentów wyższego ryzyka.

Jest zatem szczególnie ważna u osób:

- W wieku >50 lat.
- Z planowaną chemioterapią zawierającą leki kardiotoksyczne.
- Poddawanych wcześniejszej chemioterapii/radioterapii.
- Ze schorzeniami sprzyjającymi wystąpieniu chorób sercowo-naczyniowych (np.cukrzyca).
- Po przebytych incydentach zakrzepowo-zatorowych: zawałe serca, udarze mózgu, przebytej zakrzepicy /zatorowości płucnej, z wywiadem zaburzeń rytmu.

Pacjenci z chorobą wieńcową, po zabiegach z implantacją stentów czy pomostowania tętnic wieńcowych, wymagają indywidualnego podejścia, uwzględniającego kontynuację terapii przeciwplatekowej i jej modyfikacji w razie małopłytkowości po zastosowanej chemioterapii.

Na ocenę kardiologiczną składają się:

1. WYWIAD + BADANIE FIZYKALNE

Dotyczący aktualnych dolegliwości, przebytych chorób układu sercowo-naczyniowego i stosowanego aktualnie leczenia. Jest niezmiernie ważne, aby dobrze przygotować się do rozmowy z lekarzem, podając wszystkie istotne fakty i mieć ze sobą listę przyjmowanych na stałe leków kardiologicznych łącznie z ich dawkowaniem.

2. BADANIA DODATKOWE

ECHOKARDIOGRAFIA – ocena budowy i czynności serca. Szczególną wagę przywiązujemy do globalnej kurczliwości mięśnia sercowego (LVEF%), odcinkowych zaburzeń kurczliwości, istotnych wad zastawkowych, cech nadciśnienia płucnego, kardiomiopatii.

EKG. Pozwala wykryć zaburzenia rytmu serca (np. migotanie przedsionków, arytmie nadkomorowe, komorowe, bloki przedsionkowo-komorowe, bradykardię, tachykardię) oraz zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego. W ocenie EKG ważną jest również wyjściowa ocena skorygowanego odstępu QT, ponieważ jego wydłużenie pozwala przewidzieć ryzyko wystąpienia groźnych dla życia zaburzeń rytmu. W tym kontekście ważne jest zwrócenie uwagi na stosowane przez pacjenta leki, które mogą wydłużać odstęp QT, w tym niektóre leki przeciwnowotworowe.

OCENA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO. Nadciśnienie tętnicze, czyli wartość $>140/90$, jest wskazaniem do optymalizacji ciśnienia przed rozpoczęciem leczenia. Leki stosowane w trakcie chemioterapii, a w szczególności sterydy, mogą znacząco podnosić wartości ciśnienia tętniczego, dlatego ważne jest omówienie strategii postępowania z uwzględnieniem modyfikacji leczenia w warunkach domowych.

BADANIA LABORATORYJNE. Poziom elektrolitów (sód, potas). W przypadku podejrzenia niewydolności serca wykonuje się pomocnicze badania laboratoryjne np. BNP lub pro-BNP.

OCENA ENDOKRYNOLOGICZNA

Ocena endokrynologiczna jest szczególnie ważna u pacjentów chorujących na cukrzycę czy choroby tarczycy, uwzględniając upośledzoną tolerancję glukozy i przypadki z niezdiagnozowaną wcześniej nadczynnością tarczycy.

Dlatego na etapie planowania leczenia przeciwnowotworowego dokonuje się oceny hormonów tarczycy, a u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą ocenia wyrównanie glikemii oraz wyrównanie metaboliczne.

Niektóre leki stosowane w schematach chemioterapii (np. sterydy) podnoszą poziom glukozy we krwi, co wymaga modyfikacji leczenia, niekiedy z okresowym stosowaniem insuliny. Należy też pamiętać o czasowym odstawieniu metforminy przed badaniem TK z kontrastem u osób z eGFR <60 ml/min.



OCENA UKŁADU ODDECHOWEGO

W procesie planowania leczenia przeciwnowotworowego, dbając o jego bezpieczeństwo i minimalizowanie ryzyka, ważne jest sprawdzenie sprawności układu oddechowego.

Standardowo wykonywane badanie to:

RTG/TK KLATKI PIERSIOWEJ

U pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc (astma oskrzelowa/przewlekła obturacyjna choroba płuc) rozważa się wykonanie spirometrii. W wybranych przypadkach klinicznych, przy podejrzeniu zmian śródmiąższowych, grzybicy płuc, wykonuje się dodatkowo bronchoskopię czy badanie tomograficzne o wysokiej rozdzielczości (HRCT).



WYKLUCZENIE OGNISK INFEKCJI

Przed każdą chemioterapią należy wykluczyć czynną infekcję u pacjenta. Ważnych informacji dostarcza wywiad, badanie fizykalne, oznaczenie morfologii z rozmazem, CRP.

Jeżeli tylko mamy na to czas, tzn. chłoniak nie zagraża bezpośrednio życiu chorego i leczenie może być odroczone, należy wykluczyć u pacjenta obecność potencjalnych ognisk infekcji. Jest to o tyle ważne, że w trakcie leczenia obniża się odporność komórkowa i humoralna oraz często występują neutropenie, co dodatkowo zwiększa ryzyko infekcji. Każde powikłanie infekcyjne w czasie leczenia choroby nowotworowej układu immunologicznego ma niepewne rokowanie, część przypadków można leczyć wyłącznie w szpitalu, stosując silnie działające leki dożylnie. Dodatkowo, powikłania infekcyjne powodują konieczność przerwania / odroczenia leczenia, co zmniejsza jego skuteczność.

Dlatego zalecane są konsultacje:

- stomatologiczna (sanacja uzębienia),
- laryngologiczna,
- ginekologiczna u kobiet,
- w wybranych przypadkach inne:
np. pulmonologiczna oraz posiew moczu.

U pacjentów przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych zlecamy wymazy z nosa, gardła, odbytu (wykrywanie nosicielstwa bakterii).

Może na koniec przytoczymy jeszcze argument dla pacjentów, którzy zaniedbują latami leczenie stomatologiczne (co w większości przypadków dotyczy mężczyzn). Każda zmiana okołowierzchołkowa, czyli mówiąc potocznie „ropień” pod zębem, jest jak „granat”. Rozpoczęcie leczenia (czyli jeszcze większe obniżenie odporności) to ... „wyciągnięcie zawlecзки”. Oczywiście nie mówimy tu o „wybuchu”, ale o rozsiewie bakterii do krwi, czyli o sepsie, której wynik leczenia jest zawsze niepewny. O wiele bezpieczniej jest więc zdecydować się na leczenie czy wręcz usunięcie martwego zęba przed rozpoczęciem chemioterapii.



BADANIA WIRUSOLOGICZNE

Ze względu na bezpieczeństwo leczenia przeciwnowotworowego należy wykonać badania w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, a w uzasadnionych przypadkach również HIV.

Wykrywanie wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B – wirus HBV

Stosowanie leczenia immunosupresyjnego u pacjentów z zakażeniem HBV może doprowadzić do reaktywacji wirusa HBV i rozwinięcia się ciężkiego zapalenia wątroby prowadzącego do jej niewydolności u 25–50% chorych. Część chorych może być nosicielami HBV, nie zdając sobie z tego sprawy!

W pierwszej kolejności wykonuje się oznaczenie: anty-HBc i HbsAg.

Pacjenci HBsAg(+) muszą mieć oznaczone DNA HBV.

- Dodatni wynik oznaczenia DNA HBV świadczy o replikacji wirusa i jest bezwzględny wskazaniem do leczenia profilaktycznego tenofowirem przez cały okres leczenia immunosupresyjnego i dodatkowo przez 6 miesięcy po jego zakończeniu lub dłużej (do 12 miesięcy) w przypadku stosowania leków o dużym ryzyku reaktywacji zakażenia HBV.
- W przypadku osób HBsAg(+) z niewykrywalną wiremią (ujemne DNA HBV) oraz osób z markerami przebytego zakażenia HBV, czyli HBsAg(-) i anty-HBc(+) leczenie profilaktyczne powinno się stosować, jeżeli leczenie immunosupresyjne obejmuje leki z grupy dużego lub średniego ryzyka reaktywacji zakażenia HBV.

Pacjenci HBsAg(-) i anty-HBc(-) powinni być przed leczeniem zaszczepieni przeciw WZW typu B.

Wykrywanie wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu C – wirus HCV

Wykonujemy oznaczenie przeciwciał anty HCV. W przypadku dodatniego wyniku – HCV-RNA. Zakażenie WZW t.C wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem niewydolności wątroby w czasie immuno/chemioterapii niż WZW typu B.

Od 2015 roku dysponujemy dostępem do nowoczesnych leków, charakteryzujących się wysoką skutecznością– terapie bezinterferonowe, które są dostępne w ramach programu NFZ. Leczenie ma na celu eliminację zakażenia HCV, zatrzymanie lub cofnięcie się zmian histologicznych, ograniczenie ryzyka rozwoju marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego. Dlatego pacjenci zakażeni HCV powinni być kwalifikowani do leczenia jak najszybciej.

Zakażenie wirusem typu C często wiąże się z występowaniem małopłytkowości, co może utrudniać interpretację wyników i komplikować leczenie hematologiczne, dlatego tak ważne jest, aby wykryć obecność choroby przed podjęciem terapii chłoniaka.

Przy jednoczesnym stwierdzeniu chłoniaka i WZW typu C leczenie obu chorób powinno przebiegać równolegle.

Wyjątkiem jest postępowanie we wczesnej postaci śledzionowego chłoniaka strefy brzeżnej (SMZL). Jako że WZW typu C jest udokumentowanym czynnikiem patogenetycznym tego chłoniaka, leczenie przeciwwirusowe jest priorytetowe; we wczesnych postaciach istnieje możliwość remisji choroby po eradykacji wirusa. Zaleca się więc odroczenie leczenia hematologicznego.

Wykrywanie zakażenia wirusem HIV

W przypadku wskazań do leczenia chłoniaka u pacjentów zakażonych wirusem HIV należy chorego objąć opieką Poradni Chorób Zakaźnych i włączyć terapię antyretrowirusową - HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). W większości przypadków można prowadzić jednocześnie skuteczne leczenie chłoniaka, stosując schematy leczenia takie same jak u pozostałych pacjentów.



Co jest zapisane w badaniach, czyli Morfologia krwi bez tajemnic

Morfologia krwi jest prawdopodobnie, u pacjentów w trakcie leczenia, najczęściej wykonywanym badaniem. Powinno być ono zlecane przed każdym cyklem chemioterapii, a ponadto w razie pojawienia się objawów infekcji czy skazy krwotocznej. Każdy pacjent powinien więc umieć, w podstawowym zakresie, interpretować wyniki morfologii.

Badanie morfologiczne krwi:

- potwierdza możliwość podania chemioterapii w przewidzianym wcześniej terminie,
- pozwala przewidzieć ryzyko wystąpienia infekcji, a w razie zachorowania – potrzebę intensywniejszego leczenia (np. konieczność dożylnego podania antybiotyków w warunkach szpitalnych),
- umożliwia właściwe stosowanie leków wspomagających, np. czynników przyspieszających odbudowę białych krwinek po chemioterapii, identyfikuje chorych, którym należy przetoczyć produkty krwiopochodne (masę erytrocytarną czy masę płytkową).

Krew analizowana jest zwykle w automatycznych licznikach, stąd wynik badania jest wydrukiem pełnym niezrozumiałych skrótów. Co więcej „zakres normy”, zwykle wydrukowany obok wartości poszczególnych parametrów, zamiast pomóc w interpretacji, wywołuje jedynie niepotrzebny niepokój u większości pacjentów.

We krwi mamy 3 rodzaje komórek, pełniących różne funkcje:

KRWINKI CZERWONE – ERYTROCYTY

KRWINKI BIAŁE – LEUKOCYTY

PŁYTKI KRWI – TROMBOCYTY

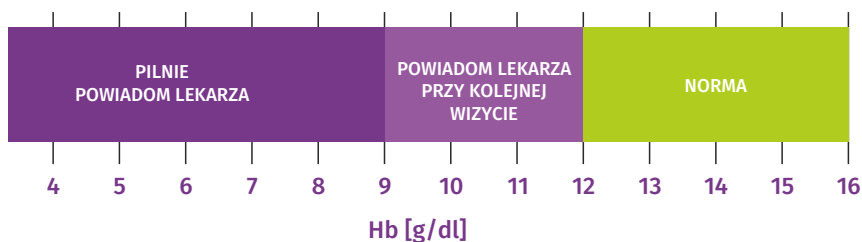
KRWINKI CZERWONE – ERYTROCYTY – E (na wydruku często oznaczone od skrótu angielskiej nazwy jako RBC, czyli Red Blood Cell).

Są odpowiedzialne za dostarczanie tlenu do tkanek. Zawarte w nich białko – hemoglobina (Hb, Hgb) – wiąże tlen, stąd stężenie hemoglobiny, wyrażone w g/dl lub mmol/l, najlepiej charakteryzuje ewentualne zmiany i nieprawidłowości występujące w funkcjonowaniu krwi.

Pozostałe wskaźniki, takie jak hematokryt (HCT), parametry określające wielkość krwinki (np.MCV) i wiele innych, mają mniejsze znaczenie. **Dla Twojej wygody i łatwości kontaktu z lekarzem prowadzącym (np. przy przekazywaniu wyników przez telefon), możecie skupić się wyłącznie na hemoglobinie.**

Zakres normy hemoglobiny dla kobiet i mężczyzn rozpoczyna się powyżej 12 i 14 g/dl (lub odpowiednio 7 i 8 mmol/l). Objawy niedokrwistości (anemii) nie powinny być odczuwalne, gdy stężenie Hb jest większe niż 10 g/dl, natomiast przetoczenie krwi jest zalecane przy Hb poniżej 9 g/dl, a zwykle niezbędne przy Hb < 7 g/dl. Decyzję o rozpoczęciu i sposobie leczenia niedokrwistości podejmuje lekarz prowadzący.

Zawsze, niezależnie od parametrów morfologii, należy go powiadomić w sytuacji, gdy obserwujemy objawy krwawienia z przewodu pokarmowego: tzw. fusowate wymioty czy smoliste stolce.



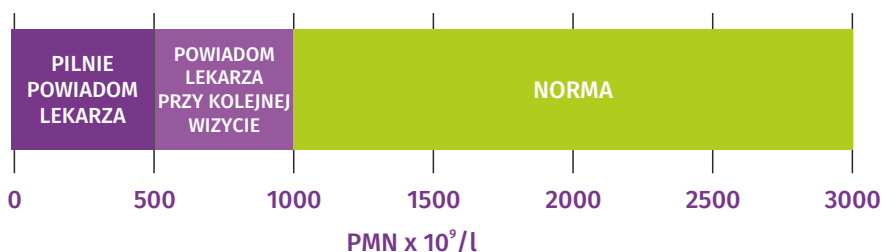
KRWINKI BIAŁE – LEUKOCYTY – L (na wyniku morfologii często oznaczane jako **WBC**, czyli White Blood Cell).

Wyróżniamy 2 główne typy leukocytów: granulocyty (PMN, neutrocyty, skrót „neut”, „gran”) i limfocyty („limf”). W rozmazach automatycznych monocyty nie zawsze są policzone prawidłowo, mogą jako takie być uznane wszystkie większe komórki jednojądrzaste, a więc pobudzone limfocyty, czy młode postacie układu granulocytotwórczego.

W 5-10 dni po chemioterapii, gdy obniża się liczba leukocytów, wzrasta ryzyko infekcji, zwłaszcza wtedy, gdy leukocytów jest mniej niż 2 000/uł ($2.0 \times 10^9/l$). Wiąże się to ze spadkiem liczby granulocytów – mówimy wtedy o tzw.:

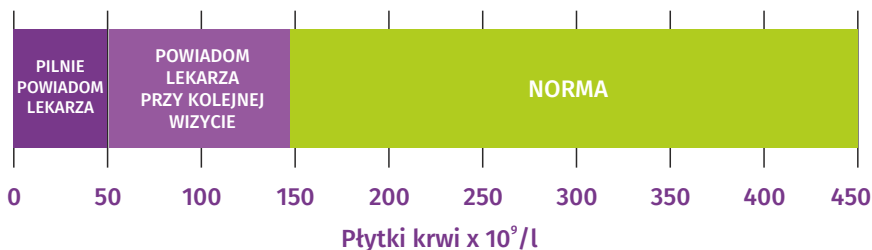
- neutropenii:** neurocyty poniżej 1000/uł ($1.0 \times 10^9/l$),
- agranulocytozie:** neurocyty poniżej 500/uł ($0.5 \times 10^9/l$).

Po chemioterapii często zlecone Ci będą tzw. czynniki wzrostu, czyli podskórnie podawane leki przyspieszające regenerację białych krwinek. Badanie morfologii należy zawsze wykonać w razie objawów infekcji po chemioterapii: w przypadkach agranulocytozy konieczne jest leczenie w warunkach szpitalnych, co często może wymagać udania się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w miejscu zamieszkania.

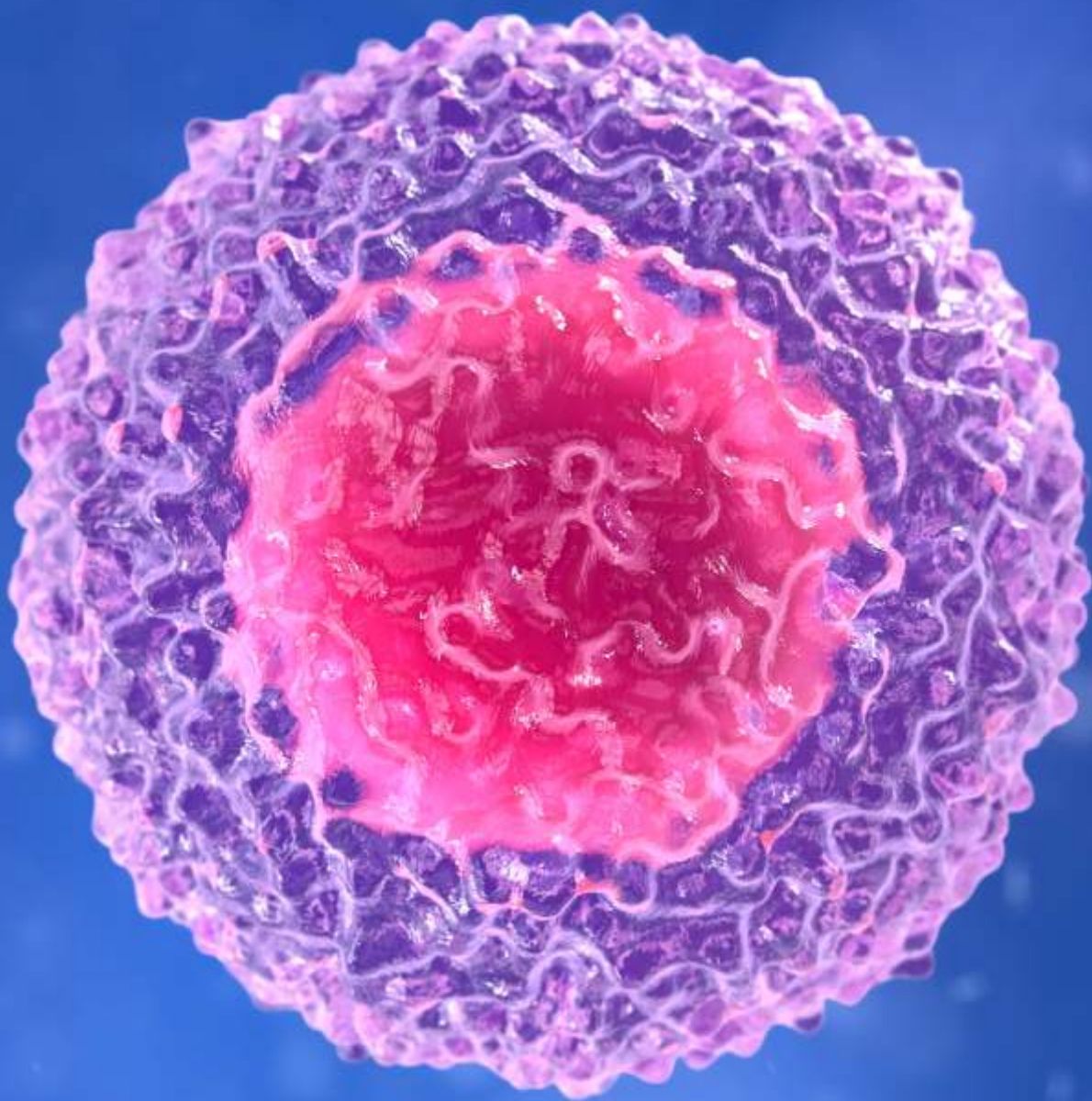


PŁYTKI KRWI - TROMBOCYTY - Plt

Są niezbędne dla prawidłowego krzepnięcia krwi. Wymienione w rozdziale V objawy małopłytkowości mogą pojawić się przy spadku wartości płytek: przy urazach (poniżej 50 000/uł, $50 \times 10^9/l$) oraz samoistnie (przy Plt < 20 000, $20 \times 10^9/l$). Ze względu na konieczność podjęcia szybkiej decyzji o sposobie postępowania oraz przeciwwskazania do dalekiego transportu chorego z małopłytkowością, pierwsza konsultacja powinna się odbyć w miejscu zamieszkania i powinien być o niej poinformowany prowadzący onkolog/hematolog.



Pamiętaj: pojawienie się objawów infekcji w okresie neutropenii i małopłytkowości jest zawsze wskazaniem do pilnej konsultacji internistycznej.



Rozdział IV

METODY LECZENIA

CZEGO SIĘ SPODZIEWAĆ PO DIAGNOZIE?

Są standardy leczenia każdego z podtypów chłoniaka.
Ale to nie znaczy, że każdy chory,
np. na chłoniaka grudkowego, będzie leczony tak samo.

Po pierwsze, wybór leczenia zależy od stadium zaawansowania klinicznego, występowania pewnych zaburzeń cytogenetycznych i innych czynników ryzyka.

Po drugie, inaczej leczymy chorobę przy rozpoznaniu, inaczej we wznowie / oporności.

Po trzecie, inne leczenie możemy zaproponować 30-latkowi bez żadnych chorób towarzyszących, a inne pacjentowi z „70tką na karku”, zażywającemu codziennie garść tabletek. To wszystko wydaje się oczywiste, ale teraz najważniejsze: liczą się Twoje preferencje, obawy. Zawsze porozmawiaj o tym z lekarzem – może się okazać, że do celu prowadzi więcej niż jedna droga, może się okazać, że masz wybór.

W rozdziale tym krótko przedstawiono różnorodne metody leczenia. Nie żyjemy już w czasach, gdy alternatywą dla jednego schematu chemioterapii był jedynie inny schemat chemioterapii.

Dlaczego musisz na siebie uważać?

Leczenie chłoniaków to terapie ograniczone w czasie, zwykle podzielone na tzw. cykle leczenia lub leki podawane w sposób przewlekły do czasu wystąpienia działań niepożądanych lub progresji choroby.

W pierwszym przypadku powodzenie leczenia zależy bezpośrednio od jego intensywności, stąd np. odraczenie w czasie kolejnych cykli prowadzi do spadku skuteczności. Podkreśla to znaczenie np. szybkiego i skutecznego leczenia każdej infekcji, a także zachowania szczególnej ostrożności w okresie terapii.

Przy leczeniu przewlekłym okresowe wstrzymanie podawania leków ma mniejsze konsekwencje.

W jaki sposób leczymy chłoniaki?

prof. dr hab. n. med.
Wojciech Jurczak
hematolog

dr hab. n. med.
Małgorzata Klimek
radioterapeuta onkologiczny

prof. dr hab. n. med.
Lidia Gil
hematolog & transplantolog kliniczny

prof. dr hab. n. med.
Sebastian Giebel
hematolog & transplantolog kliniczny

Chłoniaki to choroby nowotworowe, których rokowanie jest stosunkowo dobre. Potrafimy je skutecznie leczyć nawet w przypadkach o dużym zaawansowaniu klinicznym procesu. W tym rozdziale dowiesz się, w jaki sposób możemy leczyć chłoniaki i poznasz opis poszczególnych metod leczenia. O tym, w jaki sposób leczony będzie Twój podtyp chłoniaka, dowiesz się z części A poradnika.

Chłoniaki mają odmienny przebieg kliniczny od tzw. guzów litych, np. raka żołądka czy raka płuca, gdzie chirurgiczne usunięcie głównej masy guza jest nadal istotne. U chorych na chłoniaki metody chirurgiczne mają mniejsze znaczenie - poza pobraniem wycinków do badania histopatologicznego, niezbędnych dla rozpoznania choroby.

Podstawą leczenia chłoniaków są leki, które podawane dożylnie lub doustnie, działają w całym organizmie, czyli tzw. chemioterapia (cytostatyki), immunoterapia i leki ukierunkowane molekularnie, o czym napiszemy więcej w dalszej części rozdziału. W niektórych przypadkach zaleca się konsolidującą radioterapię. We wznowie czy oporności choroby możliwe jest stosowanie wysokodawkowanej chemioterapii wspomaganej przeszczepem komórek macierzystych (ASCT) i innych terapii komórkowych (allo-SCT, terapii CAR-T).

W tym rozdziale poznasz:

1. LECZENIE SYSTEMOWE:

CHEMIOTERAPIA • IMMUNOTEAPIA • TERAPIE UKIERUNKOWANE MOLEKULARNIE

2. TERAPIE KOMÓRKOWE: PRZESZCZEPY KOMÓREK MACIERZYSTYCH • CAR-T

3. RADIOTERAPIA

1 Leczenie systemowe

CYTOSTATYKI - CHEMIOTERAPIA

Chemioterapia jest leczeniem systemowym, co oznacza, że dociera do wszystkich części ludzkiego organizmu. Lek podaje się drogą dożylną, bezpośrednio do układu krążenia, podskórnie lub rzadziej doustnie

Chemioterapia to leczenie cytostatykami, czyli lekami działającymi na komórki nowotworowe w fazie ich podziału. A właściwie działającymi na wszystkie komórki w organizmie w czasie ich podziału.

Zrozumienie tego faktu jest podstawą do jej prawidłowego wykorzystania. Cytostatyki są – i długo jeszcze będą – podstawą leczenia wszystkich procesów nowotworowych o dużej dynamice, szybko postępujących. Nie ma alternatywy dla chemioterapii w leczeniu chłoniaka limfoblastycznego, chłoniaka Burkitta czy chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B, w których tzw. „frakcja podziałowa” to 50 – 100% (czyli ponad połowa komórek dzieli się, co czyni je wrażliwymi na cytostatyki). Podanie chemioterapii będzie w takim przypadku o wiele bardziej „zabójcze” dla nowotworu niż dla pozostałych komórek organizmu, które nie dzielą się tak szybko. W dobie terapii celowanych można wręcz powiedzieć, że cytostatyki są w takich przypadkach na swój sposób celowaną metodą leczenia, która w większym stopniu niszczy komórki nowotworowe niż inne. Cytostatyki mają mniejsze znaczenie w leczeniu chłoniaków indolentnych, o małej dynamice, gdzie jedynie niewielka część komórek nowotworowych dzieli się („frakcja podziałowa” nie przekracza 20%). Ich rola jest uzupełniająca, a coraz większe znaczenie mają leki o alternatywnym do cytostatyków mechanizmie działania: immunoterapia i leki ukierunkowane molekularnie.

W celu ograniczenia toksyczności narządowej powstały preparaty, w których cytostatyki (np. antracykliny) były „opakowane” liposomami. Te duże cząsteczki w mniejszym stopniu przenikały do niezmiennych tkanek (co w bezpośredni sposób przyczyniało się do ograniczenia ich toksyczności, np. w sercu), spełniały natomiast swoją rolę w miejscach nacieczonych przez nowotwór.

Obecnie coraz częściej stosujemy tzw. „celowaną chemioterapię”, gdzie cytostatyk (toksyna komórkowa) jest sprzężony z przeciwciałem monoklonalnym (więcej przeczytasz dalej).

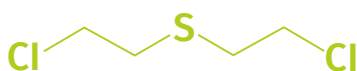
W czasie, w którym do dyspozycji były jedynie cytostatyki, podejmowaliśmy próby przełamania oporności na leczenie, eskalując ich dawkę. Wysokodawkowana chemioterapia wsparta przeszczepieniem autologicznych komórek macierzystych, nazwana potocznie „autologicznym przeszczepem szpiku” (ASCT) nadal jest stosowana, choć stopniowo traci na swym znaczeniu. Opisa-
no ją w części tego rozdziału poświęconej terapiom komórkowym.

Jednym z pierwszych cytostatyków był... nitrogranulogen (gaz musztardowy)?

Ten sam, którego używano w czasie I wojny światowej pod Ypres.

**Już w 1940 roku obserwowano po jego dożylnym podaniu krótkotrwałe,
spektakularne odpowiedzi u chorych na chłoniaki.**

Nitrogranulogen był prekursorem leków alkilujących, stanowiących do dziś element większości ze stosowanych schematów polichemioterapii. Inne grupy stosowanych cytostatyków to m.in.: antracykliny, alkaloidy vinca, inhibitory topoizomerazy, czy antymetabolity.



Jak działa chemioterapia?

Chemioterapia, podobnie jak radioterapia, rzadko prowadzi bezpośrednio do śmierci komórki nowotworowej, o wiele częściej – do jej uszkodzenia. Każda uszkodzona komórka ulega apoptozie (mechanizm zaprogramowanej autodestrukcji, który doprowadza do jej unicestwienia). W warunkach fizjologii apoptoza zapobiega powielaniu się błędów uszkodzonych już komórek. W chorobach nowotworowych umożliwia ich skuteczne niszczenie przez cytostatyki, które rzadko zabijają komórkę „na śmierć”, a najczęściej

jedynie poważnie ją uszkadzają. Jeżeli zaburzenia genetyczne dotyczą samego mechanizmu apoptozy, uszkodzone przez chemioterapię komórki nie ulegają autodestrukcji i dzielą się dalej. Dochodzi więc do utrwalenia się i akumulacji zaburzeń cytogenetycznych. To jeden z częstszych powodów pojawienia się oporności na chemioterapię, który dobrze tłumaczy konieczność stosowania leków celowanych, o których więcej przeczytasz dalej.

Ponieważ leki, którymi leczy się nowotwory, działają także na zdrowe tkanki, po ich podaniu organizm musi odpocząć, zregenerować się. Zwykle jest to około 2 – 4 tygodni.

Podanie chemioterapii oraz następujący po niej okres odpoczynku organizmu nazywany jest kursem lub cyklem chemioterapii. Chorzy, w zależności od typu chłoniaka, tolerancji i efektów leczenia, mogą wymagać przyjęcia od 3 do nawet 8 cykli leczenia, które łącznie nazywa się „linią leczenia”.



Pamiętaj: bardzo ważne jest dokładne zrozumienie sposobu przyjmowania leków, gdyż jakiegokolwiek pomyłki mogą nieść za sobą poważne konsekwencje.

Czym są protokoły leczenia?

Aby najlepiej wykorzystać różne mechanizmy działania cytostatyków (chemioterapii) podaje się zwykle kilka leków na raz – tylko dożylnie lub jednocześnie dożylnie i doustnie. Takie połączenia leków nazywa się schematami lub protokołami chemioterapii – ich nazwy są skrótem utworzonym zwykle od pierwszych liter leków, wchodzących w ich skład, np:

R-CHOP

rytuksymab, cyklofosfamid, hydroksydaunomycyna, czyli doksorubicyna, onkoin, czyli winkrystyna i prednizon

R-CVP

rytuksymab, cyklofosfamid, winkrystyna i prednizon

BR

bendamustyna, rytuksymab

BO

bendamustyna, obinutuzumab

Chemioterapia - właściwie stosowana- jest „kamieniem węgielnym” onkologii, metodą leczenia, która doprowadziła w XX wieku do przełomu i poprawy rokowania chorych. Wszystkie cytostatyki są w tak zwanym „katalogu chemioterapii”, stąd można stosować je u każdego chorego z kartą DİLO bez jakichkolwiek limitów. Nie dotyczy to oczywiście celowanej chemioterapii, częściowo dostępnej w ramach tzw. „programów terapeutycznych NFZ”.

W razie pojawienia się oporności na leczenie, zwłaszcza w przypadku chłoniaków indolentnych, należy zawsze zadać pytanie, czy lekarze proponują nam chemioterapię jako postępowanie z wyboru (czyli najskuteczniejszą możliwość leczenia w danej sytuacji klinicznej), czy też z powodu braku dostępności/refundacji innych metod leczenia.

Brak refundacji nowych leków przez NFZ nie musi oznaczać konieczności zapłacenia za nie z własnych środków. Polska jest krajem, w którym toczy się dużo badań klinicznych, oferujących nieodpłatny dostęp do nowych technologii medycznych.

Najważniejszą jednak informacją dla pacjentów rozpoczynających leczenie i zmagających się z jego skutkami jest skuteczność leczenia chłoniaków, nawet tych rozpoznanych późno.

Czy należy obawiać się chemioterapii?

Chemioterapia może powodować bezpośrednio i odległe w czasie skutki uboczne. Te pierwsze pojawiają się krótko po podaniu chemioterapii i mogą powtarzać się po każdym kursie. Odległe powikłania można obserwować nawet wiele lat po leczeniu. Bezpośrednie powikłania chemioterapii zależą przede wszystkim od intensywności leczenia przeciwnowotworowego i ogólnej sprawności chorego. Dlatego może się zdarzyć, że terapia będzie u jednych przebiegać bez odczuwalnych powikłań, a u innych chorych z nasilonymi objawami ubocznymi.

Jako główne działania niepożądane cytostatyków wymienia się nudności, wymioty i utratę włosów. Całkowicie niesłusznie. Nudności i wymioty to w dobie skutecznych leków przeciwwymiotnych rzadkość, jedynie u części chorych mogą być uporczywe (np. u pacjentów chorych na chłoniaka Hodgkina leczonych schematem ABVD). Możemy też bardzo skutecznie regulować reakcje układu pokarmowego poprzez dobrze dobraną dietę. Więcej w rozdziale VI.

Utrata włosów po antracyklinach lub wysokich dawkach innych cytostatyków jest okresowa, włosy odrastają. Ich wypadanie w czasie leczenia można wręcz traktować jako dowód na jego skuteczność. Brak wypadania włosów martwi lekarzy, którzy obawiają się, że z jakichś powodów nie doszło do skutecznej penetracji cytostatyków do tkanek.

Bezpośrednio po cyklu chemioterapii organizm jest szczególnie podatny na wszelkiego rodzaju infekcje. Jest to powikłanie potencjalnie groźne dla życia, zwłaszcza gdy ujawnia się nagle, przebiega z wysoką temperaturą czy spadkiem ciśnienia tętniczego. Osłabiony chemioterapią organizm nie ma siły samodzielnie się bronić, każde rozpoczynające się po podaniu chemioterapii objawy zakażenia (katar, kaszel, ból gardła) wymagają pilnej konsultacji lekarskiej.

Aby nie dopuścić do infekcji w czasie całego trwania chemioterapii pacjenci powinni:

- **do minimum ograniczyć kontakty z osobami przeziębionymi, kaszlącymi, z rozpoczynającymi się lub trwającymi infekcjami,**
- **w sposób szczególny unikać środków komunikacji publicznej (autobusów, pociągów) i innych dużych skupisk ludzkich (kin, galerii handlowych).**

Równie poważnym problemem są infekcje oportunistyczne, wywołane przez mikroorganizmy, które u zdrowych osób można uważać wręcz za fizjologiczną florę. Doprowadza do nich przewlekłe upośledzenie czynności układu odpornościowego przez chłoniaka (choroby układu odpornościowego) i jego leczenie (cytostatyki, sterydy, przeciwciała monoklonalne i nowoczesne „celowane” leki onkologiczne, w bardzo skuteczny sposób niszczące np. limfocyty B). Bezpośrednim następstwem zarówno chemioterapii, jak i nacieczenia szpiku przez komórki nowotworowe jest małopłytkowość i niedokrwistość.

Obserwujemy także efekty odległe, czyli takie, które uwidaczniają się u części chorych po latach, gdy już są wyleczeni z chłoniaka. Z najczęstszych należy tu wymienić uszkodzenie serca po antracyklinach, uszkodzenie płuc po bleomecynie, ryzyko niepłodności po wysokodawkowanej chemioterapii czy powstanie wtórnych, innych niż chłoniaki procesów nowotworowych.

Na koniec należy wymienić objawy z pozoru błahe, jak np. polineuropatia – głównie czuciowa – objawiająca się zaburzeniami czucia, drętwieniem palców po winkrystynie, które potrafią znacząco obniżyć komfort życia.

Pamiętaj, aby zgłaszać lekarzowi objawy niepożądane i nie „leczyć” ich na własną rękę, co pozwala ograniczać ich skutki oraz zapewnić wdrożenie właściwego leczenia.

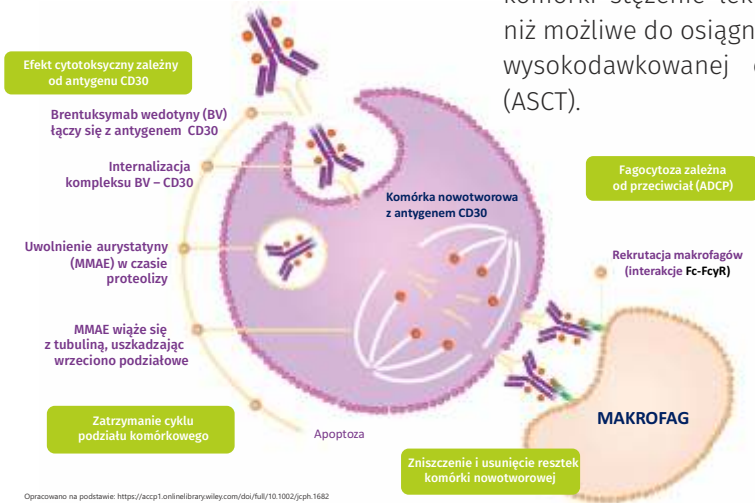
Więcej o działaniach niepożądanych przeczytasz w rozdziale V.

CHEMIOTERAPIA CELOWANA

Obecnie, coraz częściej stosujemy tzw. „celowaną chemioterapię” gdzie cytostatyk (toksyna komórkowa) jest sprzężony z przeciwciałem monoklonalnym. Przeciwciało zapewnia transport leku bezpośrednio w pobliże błony komórkowej. A następnie... dzieje się to, co opisano już w krakowskiej legendzie o smoku wawelskim, który zdechtł wypalony od środka po pożarciu nafaszerowanej siarką imitacji owieczki.



A bardziej na poważnie, schemat działania brentuksymabu wedotyny przedstawiono na schemacie poniżej. Wybiórczy mechanizm działania leku zależy od przeciwciała monoklonalnego, dostarczającego lek do wnętrza komórki nowotworowej. Dopiero tutaj, enzymy (proteazy) lizosomalne uwalniają MMAE (toksynę) - już we wnętrzu komórki nowotworowej. W ten sposób wewnątrz komórki stężenie leku jest wyższe niż możliwe do osiągnięcia przy tzw. wysokodawkowanej chemioterapii (ASCT).



Tak działa brentuksymab wedotyny, przeciwciało anti CD30, sprzężone z aurystatyną, stosowane u chorych na chłoniaka Hodgkina i chłoniaka anaplastycznego, czy polatuzumab wedotyny, przeciwciało skierowane przeciwko antygenowi CD79a, stosowane u chorych na chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B. Oba te leki są dostępne w programach lekowych NFZ. Brentuksymab wedotyny u chorych ze wznową/opornością chłoniaka Hodgkina i chłoniaka anaplastycznego, a także – w skojarzeniu z chemioterapią CHOP w leczeniu I linii chłoniaka anaplastycznego. Polatuzumab wedotyny, w skojarzeniu ze schematem BR, u chorych ze wznową chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B). Oba te leki są rewolucją w leczeniu chłoniaków. W randomizowanych badaniach klinicznych udowodniono wyższość schematów z wykorzystaniem celowanej chemioterapii również w I linii leczenia chłoniaka Hodgkina oraz chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B.

W aktualnie toczących się badaniach klinicznych staramy się znaleźć optymalny schemat dla wykorzystania celowanej chemioterapii. Największe oczekiwania budzi połączenie tych leków z nowoczesną immunoterapią, np. z przeciwciałami bispecyficznymi.

Leczenie systemowe **IMMUNOTERAPIA**

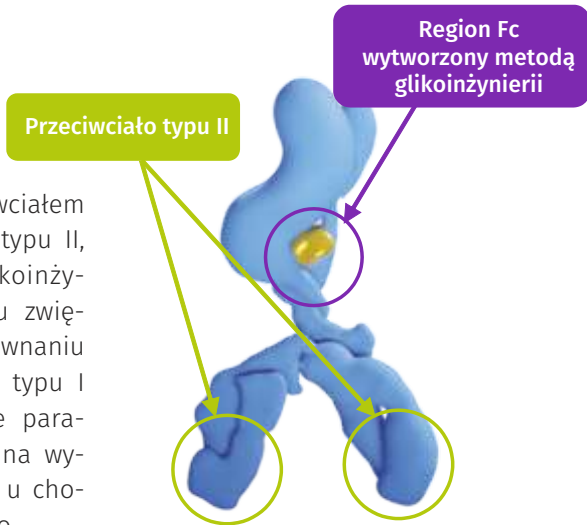
PRZECIWCIAŁA MONOKLONALNE

KLASYCZNE PRZECIWCIAŁA MONOKLONALNE

Przeciwciała monoklonalne – pierwsze „leki celowane” stosowane u chorych na chłoniaki – wspomagają działanie cytostatyków i niszczą komórki nowotworowe, również te, które nie są aktualnie w fazie podziału. Do tej grupy należą: **rytuksymab** czy **obinutuzumab**

Układ immunologiczny wytwarza przeciwciała (immunoglobuliny) w odpowiedzi na infekcje (tzw. odporność humoralna, związana z funkcją limfocytów B). Organizm uczy się reagować na każdy patogen (wirus czy bakterię), wytwarzając coraz skuteczniejsze przeciwciała, tak że przy ponownym kontakcie reakcja jest o wiele szybsza i silniejsza. Podanie gotowych przeciwciał jest powszechnie stosowane w medycynie (np. Evusheld czyli przeciwciała przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, jako profilaktyka zachorowania na COVID-19), a mechanizm uczenia się układu immunologicznego wykorzystano w szczepionkach.

Jeżeli za początek skutecznego leczenia chłoniaków można uznać wprowadzenie chemioterapii, to **rytuksymab** można uznać za pierwszy znaczący przełom w leczeniu chłoniaków B komórkowych. Przeciwciała monoklonalne stosowane z chemioterapią (tzw. immuno-chemioterapia) zwiększa ilość całkowitych odpowiedzi i wydłuża długość życia. Rytuksymab nasila niszczenie komórek nowotworowych przez cytostatyki (działanie synergistyczne). Dodatkowo niszczy on komórki chłoniaka, aktywując własny układ immunologiczny organizmu (tzw. ADCC – cytotoksyczność zależna od przeciwciał, ADCP – fagocytoza zależna od przeciwciał i CDC – aktywacja tzw. układu dopełniacza). Rytuksymab jest obecnie dostępny również w postaci podskórnej, pozwalając na skrócenie czasu podania z paru godzin do 10 minut. Ta z pozoru mała zmiana prowadzi do znacznej poprawy komfortu leczenia chorych, może też zmniejszać liczbę towarzyszących infekcji.



Obinutuzumab jest przeciwciałem monoklonalnym anty CD20 typu II, wytworzonym metodą glikoinżynierii, opracowanym w celu zwiększenia skuteczności w porównaniu z przeciwciałami anty CD20 typu I (np. rytuksymabem). Lepsze parametry leku przekładają się na wydłużenie czasu do progresji u chorych na chłoniaka grudekowego.

Obinutuzumab jest finansowany w programie terapeutycznym NFZ, co pozwala Twojemu lekarzowi wybrać optymalną terapię, najlepiej dostosowaną do sytuacji.

Jakie skutki uboczne towarzyszą terapii przeciwciałami?

Przeciwciała monoklonalne przeciw limfocytom B są dobrze tolerowane przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności. Ponieważ są to leki o charakterze immunoglobuliny – dużej cząsteczki białkowej aktywującej szereg procesów immunologicznych, muszą być podawane dożylnie w powolnej kroplówce trwającej od 1,5 do 6 godzin. W czasie pierwszej godziny podawania leku mogą występować odczyny ogólnoustrojowe: dreszcze, gorączka, pokrzywka, obrzęk śluzówki nosa i gardła, czasem spadki ciśnienia i duszność. Wtedy wlew dożylny przerywa się, a podawanie leku jest kontynuowane po ustąpieniu niepokojących objawów.

Stosuje się również profilaktycznie leki przeciwzapalne i przeciwuczuleniowe. Opisywane wyżej reakcje uczuleniowe są szczególnie nasilone przy pierwszym podaniu, a dość długi czas infuzji stanowi główną niedogodność związaną ze stosowaniem tych leków. Stosowanie przeciwciał monoklonalnych przeciw limfocytom B łącznie z chemioterapią nie powoduje zwiększenia toksyczności leczenia w porównaniu z samą chemioterapią, poza występowaniem odczynów związanych z wlewem dożylnym.

Objawy te są bardziej nasilone w przypadku nowszych przeciwciał monoklonalnych, o silniej zaznaczonym działaniu przeciwko komórkom nowotworowym, takim jak np. obinutuzumab. Nie musisz się jednak obawiać – jak już wspomniano – pojawiają się one w czasie podawania przeciwciał, w czasie, gdy pacjent jest w szpitalu, nie są groźne dla życia, a największe ich nasilenie jest przy pierwszym podaniu leku. Przeciwciała monoklonalne, w mniejszym stopniu niż chemioterapia, powodują spadek liczby białych krwinek i związanych z tym infekcji. Nie powodują nudności, nie nasilają wypadania włosów.

Odrębną kwestią jest bezpieczeństwo stosowania 2-letniego leczenia podtrzymującego przeciwciałami, już po zakończeniu immunochemioterapii, w czasie pandemii COVID-19. Ze względu na ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji, która u części chorych oznaczała przedwczesny zgon, leczenie podtrzymujące można oferować jedynie chorym w pełni zaszczepionym, z wysokim poziomem przeciwciał przeciw COVID-19.

LEKI BIOPODOBNE - BIOSYMILARY

Biosymilary, zwane inaczej lekami biopodobnymi, pełnią podobną rolę dla leków biologicznych co leki generyczne dla prostych cząsteczek. Po wygaśnięciu okresu ochrony patentowej (zwykle to 10 lat od momentu zarejestrowania leku), inne firmy farmaceutyczne mogą go wytwarzać.

W przypadku drobnych cząsteczek sprawa jest prosta – należy dowieść, że produkt jest identyczny z pierwowzorem. Na przykład aspirynę zsyntetyzował w 1897 Felix Hoffmann, niemiecki chemik pracujący wówczas dla przedsiębiorstwa chemicznego Friedrich Bayer & Co (stąd znana starszym pacjentom nazwa „aspiryna bayerowska”). Jednak obecnie na rynku dostępne są prawie wyłącznie jej tańsze generyki. Leki biologiczne to o wiele bardziej skomplikowane cząsteczki peptydów lub białek, wytwarzane przez bakterie czy linie komórkowe.

Przy zachowaniu identycznej sekwencji aminokwasów, każda wyprodukowana partia leku może różnić się nieznacznie, np. pod względem stopnia glikozylacji

cząsteczki. Większe różnice mogą powstać przy zmianie linii produkcyjnej na nową czy rozpoczęciu wytwarzania leku w innym miejscu. Leki biopodobne są rejestrowane przez FDA (Amerykańską Agencję Leków i Żywności) i EMA (Europejską Agencję Leków) na podstawie rozbudowanej charakterystyki analitycznej cząsteczki oraz dodatkowo przeprowadzonych, specjalnie zaprojektowanych badań klinicznych. Daje to gwarancje bezpieczeństwa w pełni porównywalnej skuteczności klinicznej.

Wprowadzenie biosymilaru to nie tylko spadek jego ceny, ale także wzrost dostępności do leków, co dobrze uwidacznia przykład biosymilaru filgrastimu - czynnika wzrostu (G-CSF). Spadek ceny umożliwił jego użycie w tzw. profilaktyce pierwotnej, zanim pojawi się spadek liczby białych krwinek, w znaczący sposób zmniejszając ilość wtórnych infekcji.

Biosymilary rytuksymabu zostały zaaprobowane po badaniach klinicznych, które toczyły się m.in. w polskich ośrodkach. Nasze badania doprowadziły do znaczącego spadku kosztu opieki nad chorymi, a hasło - „Biosimilar for Bio-better” - opisujące sytuację, w której zaoszczędzone środki można przeznaczyć na refundację leków innowacyjnych, jest aktualne jak nigdy dotąd.

PRZECIWCIAŁA BISPECYFICZNE

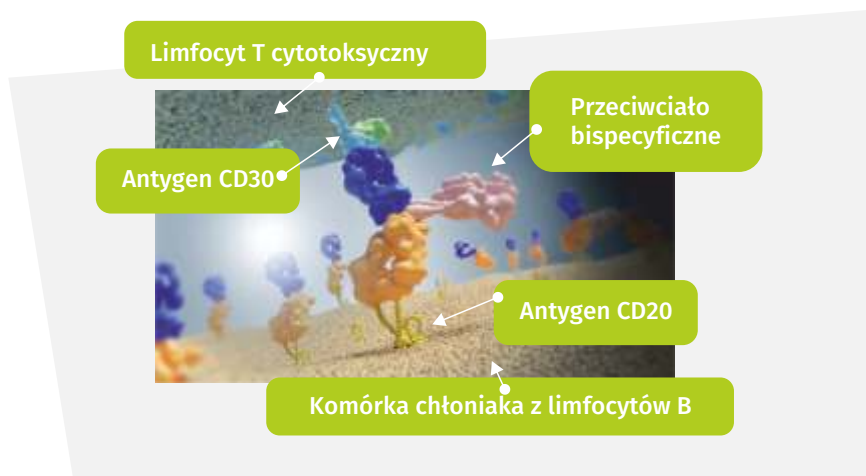
Ostatnio rozpoczęto badania nad tzw. przeciwciałami bispecyficznymi, które mogą bezpośrednio wiązać komórkę nowotworową z komórką efektorową (zwykle limfocytom T cytotoksycznym), doprowadzając do jej unicestwienia. Mechanizm ich działania przypomina opisaną dalej terapię CAR-T, z tą różnicą, że wykorzystują one własne, niezmodyfikowane genetycznie limfocyty chorego.

Podanie przeciwciał bispecyficznych nie wymaga wcześniejszych przygotowań, są dostępne od razu, mogą być podawane w warunkach dziennego ośrodka leczenia i będą prawdopodobnie wielokrotnie tańsze od terapii CAR-T.

To leki mogące przełamać oporność na chemioterapię o zupełnie innym profilu działań niepożądanych. Dla przykładu, blinatumomab w monoterapii jest zarejestrowany u chorych z nawrotowym / opornym chłoniakiem limfo-

blastycznym, procesem o bardzo dużej dynamice. Mamy co najmniej parę przeciwciał bispecyficznych w fazie badań klinicznych, skierowanych przeciwko antygenom CD20 i CD3, których rejestracja spodziewana jest w najbliższym czasie. Choć większość badań klinicznych prowadzonych jest u chorych ze wznową DLBCL czy FL, próbuje się również stosować przeciwciała bispecyficzne już w pierwszej linii leczenia u pacjentów z przeciwwskazaniami do klasycznej chemioterapii. Ich skuteczność została udowodniona również u chorych wznawiających po terapiach CAR-T.

Mechanizm działania przeciwciał bispecyficznych można porównać do sytuacji, w której policja (układ immunologiczny), mająca za zadanie wyeliminowanie, wmieszanych w tłum ludzi, przestępców (komórki nowotworowe), mogła ich z łatwością zidentyfikować, gdyż każdy z nich był ubrany w odblaskową kamizelkę.



Przeciwciała bispecyficzne to jedne z najsilniej działających leków. Ich podanie musi być monitorowane, w celu upewnienia się, czy nie dochodzi do groźnych dla życia powikłań. U części chorych może wystąpić tzw. „zespół uwalniania cytokin”, związany z nadmierną aktywacją układu immunologicznego, podobnie jak to ma miejsce po terapiach CAR-T. W rękach doświadczonych lekarzy jest to jednak jedna z bezpieczniejszych terapii, pozwalająca na przetamianie oporności choroby.

LEKI IMMUNOMODULUJĄCE I INHIBITORY PUNKTU KONTROLNEGO

Leki immunomodulujące oraz inhibitory punktu kontrolnego niszczą komórki nowotworowe, wykorzystując własny układ immunologiczny chorego.

Lenalidomid – jedyny zaaprobowany jak dotąd lek immunomodulujący – znacząco zwiększa właściwości cytotoksyczne limfocytów T, pozwalając na eliminację nowotworowych limfocytów B. Jest więc potencjalnie skuteczny, również w przypadku kolejnych mutacji (zmian) komórki nowotworowej, które mogłyby warunkować powstanie oporności na leczenie. Nowe leki immunomodulujące, w fazie badań klinicznych, cechuje jeszcze większa skuteczność, zwłaszcza u chorych na chłoniaka DLBCL.

Inhibitory punktu kontrolnego (niwolumab, pembrolizumab) usuwają „hamulce bezpieczeństwa”, które w warunkach fizjologicznych znacznie zmniejszają ryzyko autoagresji, czyli niszczenia własnych tkanek przez układ immunologiczny. Powszechnie są stosowane u chorych z zaawansowanym czerniakiem - zmieniły rokowanie tej śmiertelnej wcześniej choroby. U chorych na chłoniaki znalazły zastosowanie w nawrocie chłoniaka Hodgkina i chłoniaka pierwotnego śródpiersia. Obie grupy leków, choć skuteczne już w monoterapii, są często kojarzone z przeciwciałami monoklonalnymi czy celowaną chemioterapią.

Rozpoznanie komórki nowotworowej przez limfocyt T uruchamia jej „mechanizm obronny” - zwiększa ekspresję PD-L1/2 hamujących działanie limfocyta

Receptory PD-1 hamują aktywację limfocytów T przez komórkę prezentującą antygen



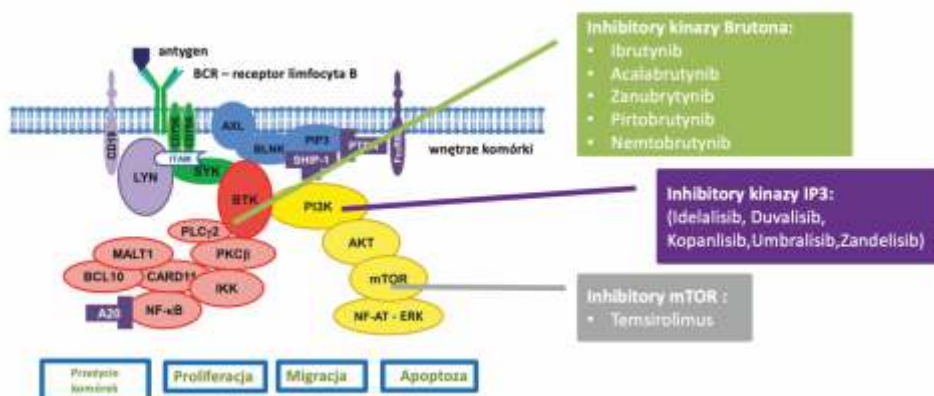
Niejako ukoronowaniem immunoterapii są terapie komórkowe opisane dalej w tym rozdziale.

Leczenie systemowe

TERAPIE UKIERUNKOWANE MOLEKULARNIE

INHIBITORY KINAZY BRUTONA (iBTK)

Inhibitory kinazy Brutona, niepozornie wyglądające leki w tabletkach, które pacjent zażywa w sposób przewlekły, uważa się za największy przełom w leczeniu chłoniaków od czasu przeciwciał monoklonalnych.



Ten skomplikowany schemat przedstawia drogę przekazywania sygnału z receptora limfocyta B (BCR). Po przyłączeniu antygenu komórka reaguje na niego, aktywuje swój metabolizm, przygotowuje się do „walki”. Jednak jest też druga strona medalu – komórka zapomniana, zbędna, bez przynajmniej okresowej stymulacji, umiera. Ten mechanizm wykorzystują leki blokujące przekazywanie sygnału z receptora limfocyta B. Najważniejsze u chorych na chłoniaki są inhibitory kinazy Brutona (BTK), inhibitory kinazy fosfatydyloinozytolu (PI3K) i inhibitory mTOR.

Trudno sobie bez nich w ogóle wyobrazić nowoczesne leczenie przewlekłej białaczki limfatycznej czy chłoniaka z komórek płaszczka. Przełamują oporność na cytostatyki (w tym tą zależną od uszkodzenia mechanizmu apoptozy, która jest najczęstszym mechanizmem powstawania oporności na cytostatyki).

Mają odrębny profil toksyczności, który umożliwia ich stosowanie również u osób starszych, z licznymi chorobami towarzyszącymi, których nie można poddać chemioterapii. Toksyczność hematologiczna (anemia, spadek liczby białych krwinek i płytek krwi) jest mniej nasiloną niż w przypadku cytostryków. Pacjenci muszą szczególnie uważać na infekcje, u części chorych wręcz zleca się profilaktyczne podawanie acyklowiru i biseptolu, by zmniejszyć ryzyko infekcji wirusem *Herpes* czy ryzyko śródmiąższowego zapalenia płuc (*P.carini*). U części chorych obserwuje się biegunkę, wysypki skórne lub migotanie przedsionków. Ibrutynib, inhibitor BTK I generacji, może nasilać skażenie krwotoczną, zwłaszcza u osób już leczonych np. lekami przeciwzakrzepowymi czy przeciwplatekowymi. W sumie blisko 1/3 chorych stosujących ibrutynib, musi zaprzestać leczenia z powodu pojawienia się efektów działań niepożądanych.

Akalabrutynib i zanubrutynib, leki II generacji, charakteryzuje porównywalna skuteczność przy jeszcze rzadszych i mniej nasilonych efektach działań niepożądanych, co jest szczególnie istotne u starszych osób z towarzyszącymi chorobami układu krążenia. Pirtobrutynib (inhibitor kinazy Brutona III generacji) pozwala z kolei na przełamanie oporności na wcześniej stosowany ibrutynib czy leki II generacji. Wszystkie iBTK są lekami doustnymi, stąd mogą być ambulatoryjnie stosowane u chorych, bez konieczności przyjmowania ich do szpitala. W monoterapii leki te stosuje się w sposób przewlekły do czasu progresji choroby lub pojawienia się efektów działań niepożądanych. W badaniach klinicznych testujemy możliwość skojarzenia iBTK z innymi lekami, co może pozwolić na terapię ograniczoną w czasie.

Dwie bardzo ważne informacje dla stosujących inhibitory kinazy Brutona:

1. Na początku leczenia możemy obserwować wzrost liczby białych krwinek. Jest to wręcz typowe u chorych na CLL (przewlekłą białaczkę limfatyczną) i nie powinno być powodem do niepokoju. Lek powoduje stosunkowo szybkie zmniejszenie się śledziony i powiększonych węzłów chłonnych. Komórki nowotworowe przechodzą w pierwszym okresie do krwi obwodowej, dopiero w kolejnych tygodniach są ostatecznie eliminowane.
2. Wszystkie inhibitory kinazy Brutona są metabolizowane w wątrobie przy udziale cytP450. Niektóre leki, w tym popularne antybiotyki

(np. erytromycyna czy klarytromycyna) i niektóre leki przeciwgrzybicze hamują metabolizowanie inhibitorów, przez co mogą wielokrotnie zwiększać ich efektywne stężenie. Stąd nie wolno zażywać równocześnie inhibitorów kinazy Brutona i żadnych innych leków bez wcześniejszego powiadomienia o tym lekarza prowadzącego. Swoim pacjentom zalecam, w sytuacjach pilnych (stany zagrożenia życia, poważne infekcje z wysoka gorączką), przerwanie stosowania iBTK do czasu kontaktu z lekarzem prowadzącym, a w przypadkach błahych odroczenie włączenia nowych leków do czasu ich weryfikacji.

INHIBITORY FOSFATAZY INOZYTOLU (iP3K)

To grupa leków, która była dostępna w Polsce jedynie dla chorych uczestniczących w badaniach klinicznych.

Ich mechanizm działania jest podobny do inhibitorów kinazy Brutona, jednak ze względu na częstsze efekty działań niepożądanych rzadko się je obecnie stosuje.

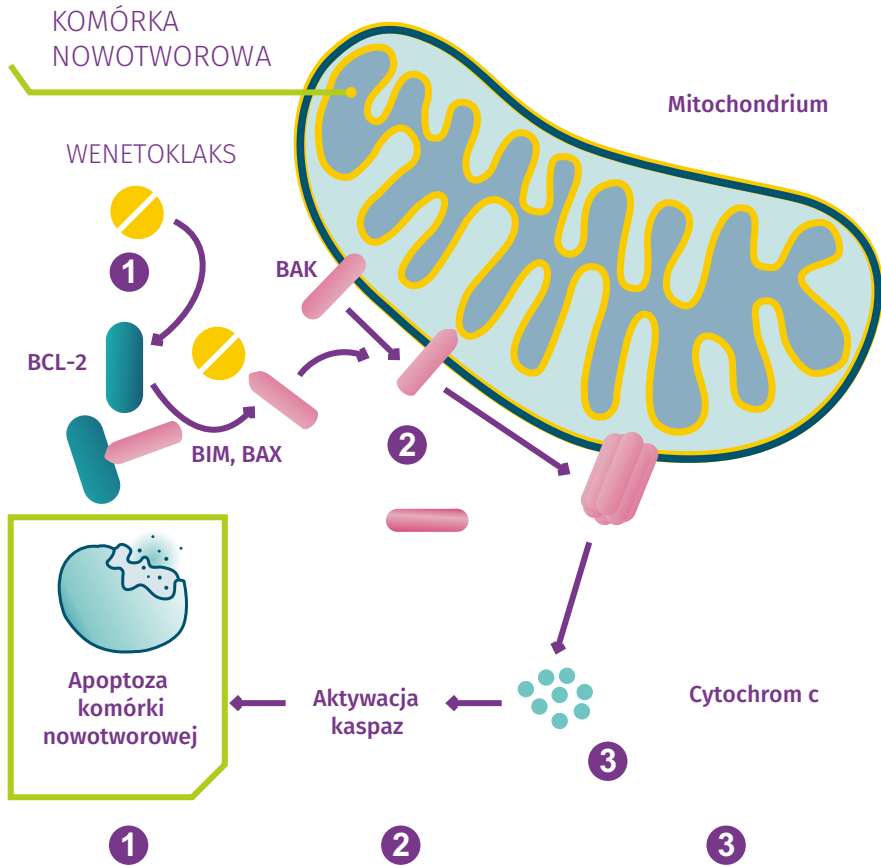
Ze względu na większą częstość poważnych infekcji, co szczególnie było widoczne w czasie pandemii COVID-19, wstrzymano większość badań klinicznych z zastosowaniem inhibitorów iP3K.

INHIBITORY BCL-2

Jedynym zarejestrowanym lekiem z tej grupy jest wenetoklaks. Jego podanie zwiększa ilość komórek nowotworowych podlegających apoptozie, czyli unicestwieniu w mechanizmie zaprogramowanej śmierci. Tylko tyle i aż tyle.

Reakcja może być tak nasilona, że rozpoczynając leczenie, musimy się liczyć z tzw. zespołem lizy guza: zespołem objawów związanych z nagłym rozpadem dużej liczby komórek nowotworowych. Wymaga to stopniowego zwiększania dawki wenetoklaksu, nawadniania pacjenta, stosowania allopurinolu i skrupulatnego monitorowania, a w części przypadków wręcz hospitalizacji chorego. To jeden z niewielu leków, który pozwala na osiągnięcie tak głębokiej remisji, że umożliwia chorym z przewlekłą białaczką limfatyczną na terapię ograniczoną w czasie.

Wenetoklaks jest w Polsce popularnym lekiem. Jest to konsekwencją jego stosunkowo wczesnej refundacji w ramach programu lekowego NFZ, jeszcze zanim były dostępne wcześniej zarejestrowane iBTK.



1
Wenetoklaks wiąże się z białkiem BCL-2, zajmując miejsce wiązania dla białek proapoptotycznych (BIM, BAX, BAK), doprowadzając do ich uwolnienia.

2
Uwolnione białka formują pory w błonie mitochondrialnej, uruchamiając w ten sposób kaskadę apoptozy.

3
Uwolniony z mitochondriów cytochrom C aktywuje specyficzne proteazy (kaspazy), które katalizują degradację struktur wewnątrzkomórkowych i w ten sposób indukują śmierć (apoptozę) komórki nowotworowej.

NHIBITORY EZH2

Metylotransferaza EZH2 jest enzymem z grupy metylotransferaz histonów, które są głównymi regulatorowymi czynnikami epigenetycznymi i odpowiadają zarówno za wyciszenie jak i aktywację niektórych genów.

Mutacje w genie EZH2 odkryto u 20-30% chorych na DLBCL i FL. Zmiany te są opisywane jako mutacje „wzmocnienia funkcji” metylotransferazy EZH2, ponieważ prowadzą do zwiększenia aktywności bądź zmiany jej funkcji. Inhibitory EZH2 (tazemetostat), są lekami w fazie badań klinicznych. Należy podkreślić ich skuteczność, zwłaszcza w skojarzeniu z innymi lekami oraz bardzo dobry profil toksyczności, pozwalający na ich przewlekłe stosowanie.



2 Terapie komórkowe

PRZESZCZEP SZPIKU

Przeszczep szpiku to potoczna nazwa zabiegu transplantacji (przeszczepienia) komórek krwiotwórczych, stosowanego w leczeniu nowotworów krwi lub innych chorób przebiegających z uszkodzeniem szpiku.

Sam szpik kostny jest tkanką produkującą krwinki, które powstają wskutek namnażania i dojrzewania z macierzystej komórki krwiotwórczej. Po osiągnięciu pełnej dojrzałości opuszczają szpik i przechodzą do krwi jako krwinki czerwone (erytrocyty), krwinki białe (leukocyty) i płytki krwi. Prawidłowa czynność szpiku jest niezbędna dla życia.

W procesie transplantacji wykorzystuje się komórki macierzyste szpiku pobrane:



Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych umożliwia zastosowanie chemioterapii albo radioterapii w dawkach dających szansę wyleczenia z chorób nowotworowych. Najlepsze wyniki osiąga się u pacjentów leczonych z rozpoznaniem chłoniaków lub szpiczaka plazmocytoowego.

W przypadku, gdy komórki szpiku pochodzą od dawcy w procesie transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych, możemy liczyć na dodatkowy efekt immunologiczny, gdy białe krwinki (limfocyty) od dawcy rozpoznają w organizmie biorcy resztkowe komórki nowotworowe i je niszczą (reakcją przeszczep przeciwko nowotworowi). Tę formę przeszczepienia stosuje się przede wszystkim w leczeniu ostrych i przewlekłych białaczek.

Na czym polega takie przeszczepienie?

Zabieg transplantacji polega na dożylnym podaniu materiału przeszczepowego, a technicznie przypomina przetoczenie krwi. Wcześniej biorca otrzymuje leczenie przygotowujące, oparte o chemioterapię lub chemioradioterapię. Najtrudniejszy jest okres poprzyszczepowy, zanim dojdzie do odtworzenia szpiku, a organizm jest całkowicie pozbawiony odporności. Pacjent przebywa na izolowanej sali z filtrowanym powietrzem i innymi zabezpieczeniami. Zachodzi konieczność podawania wielu leków i przetaczania preparatów krwi.

Przeszczepienie może się odbywać jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach z doświadczonym personelem medycznym.

Metody pobierania komórek krwiotwórczych do transplantacji.

Współcześnie komórki macierzyste do transplantacji są pobierane z krwi obwodowej przy użyciu separatora komórkowego. Dotyczy to zarówno pacjentów przygotowywanych do autotransplantacji, jak i zdrowych dawców. Tradycyjna metoda, polegająca na pobieraniu szpiku z kości biodrowych w znieczuleniu ogólnym, jest wykorzystywana obecnie rzadko.

Przygotowując zdrowego dawcę do pobrania komórek macierzystych z krwi, przez 5 dni podaje się podskórnie tzw. czynnik wzrostu, który powoduje uwolnienie komórek macierzystych ze szpiku do krwi. Zastrzyki przypominają wstrzyknięcia insuliny i mogą być aplikowane samodzielnie w domu. Czasem w okresie ich podawania występują objawy przypominające grypę: poboлевania kości i stany podgorączkowe, łatwe do zwalczenia za pomocą tabletek przeciwbólowych.

Separację komórek krwiotwórczych przeprowadza się za pomocą specjalnego urządzenia – separatora komórkowego. Separacja komórek wiąże się z koniecznością wkłucia igieł do dwóch żył, zazwyczaj w zgięciach łokciowych. Całość zabiegu trwa około 4 godzin i zwykle nie wymaga hospitalizacji. W przypadku przeszczepów autologicznych, gdy pobieramy komórki macierzyste od pacjentów, wraz z czynnikami wzrostu podaje się wcześniej kolejny cykl chemioterapii.

PRZESZCZEPIENIE AUTOLOGICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH

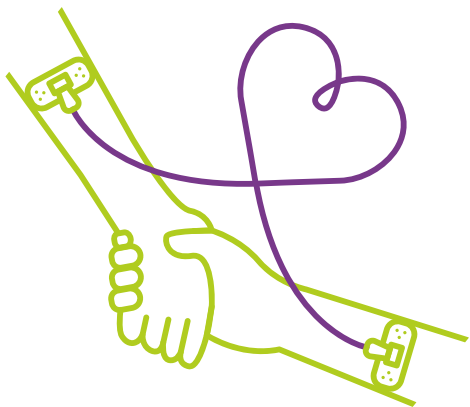
Procedura przeszczepienia autologicznego obejmuje dwa etapy.

1 Pierwszy jest związany z pobieraniem komórek krwiotwórczych od pacjenta, przed którym stosuje się chemioterapię, odpowiednio dobraną zależnie od rodzaju nowotworu oraz podawany jest podskórnie czynnik wzrostu. Może się to odbywać w czasie pobytu szpitalnego lub ambulatoryjnie. Pobrane komórki zamraża się i przechowuje w parach ciekłego azotu, w specjalnych bankach komórek krwiotwórczych.

2 Drugim etapem jest bezpośrednie przygotowanie pacjenta oraz transplantacja. Pobyt związany z transplantacją trwa około 3-4 tygodni. W pierwszym okresie podaje się bardzo duże dawki chemioterapii lub napromieniania. W dniu transplantacji rozmraża się komórki i przeszczepia w formie wlewu dożylnego. Regeneracja szpiku następuje po około 10-14 dniach. Ten czas jest związany z największym ryzykiem powikłań, zwłaszcza zakażeń. Zdarza się, że bakterie lub grzyby chorobotwórcze są mało wrażliwe na antybiotyki. Wiąże się to z zagrożeniem życia. Do innych częstych powikłań należy zapalenie błon śluzowych jamy ustnej skutkujące bolesnością i trudnościami w przełykaniu, nudności i wymioty oraz biegunki. Mają one jednak charakter przemijający. Ryzyko śmiertelnych powikłań jest stosunkowo niewielkie i wynosi 1-3%. Zależy ono w dużym stopniu od stanu zdrowia chorego przed transplantacją i jest większe u pacjentów z towarzyszącymi chorobami płuc, serca czy wątroby.

W przypadku transplantacji autologicznej wykorzystujemy własne komórki chorego. Ta metoda nie może być więc stosowana u chorych w zaawansowanych stadiach nowotworu. Wtedy bowiem komórki nowotworowe mogłyby dostać się do materiału przeszczepowego razem z komórkami macierzystymi. Warunkiem powodzenia jest też wrażliwość nowotworu na chemioterapię i radioterapię. Nawet wtedy jednak istnieje ryzyko nawrotu choroby, zależne od rodzaju nowotworu.

PRZESZCZEPIENIE ALLOGENICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH



W przypadku transplantacji allogenicznej komórki pochodzą od zdrowej osoby. Dawca otrzymuje czynnik wzrostu zwykle równoległe do leczenia przygotowującego stosowanego u pacjenta.

Komórki macierzyste z krwi lub szpik kostny przeszczepia się w dniu pobrania lub następnego dnia, bez konieczności ich zamrażania i przechowywania, chociaż w niektórych sytuacjach klinicznych jest to wykorzystywane. Allogeniczna transplantacja cechuje się większą skutecznością od autologicznej. Ryzyko nawrotu jest mniejsze, nie ma bowiem ryzyka zanieczyszczenia materiału

przeszczepowego komórkami nowotworowymi, dodatkowo może wystąpić korzystna reakcja immunologiczna przeszczep-przeciw-nowotworowi. Z drugiej jednak strony zabieg jest obciążony większym ryzykiem zagrażających życiu powikłań. Okres regeneracji szpiku jest dłuższy i wynosi zazwyczaj 2-3 tygodni, z czym wiąże się ryzyko zakażeń.

Kondycjonowanie przeszczepu allogenicznego, czyli podanie przed nim chemio- lub radioterapii, jest zwykle „słabsze” od kondycjonowania przeszczepu autologicznego. O skuteczności alloprzeszczepu decyduje siła wspomnianej wcześniej immunoterapii. Ta jednak jest w pełni skuteczna dopiero kilka miesięcy po zabiegu, stąd, kwalifikując chorego do tej procedury, musimy mieć pewność, że nie dojdzie w tym czasie do progresji. W przypadkach opornych na leczenie lepszym rozwiązaniem mogą być terapie CAR-T opisane dalej.

Powrót układu odpornościowego do pełnej sprawności może trwać kilka miesięcy, a nawet lat, w związku z czym narażenie na infekcje jest również przedłużone w czasie. Częstym powikłaniem jest też choroba przeszczep-przeciw-gospodarzowi. Komórki odpornościowe dawcy mogą, pomimo zgodności HLA, rozpoznawać pewne różnice w organizmie biorcy i je atakować, co objawia się początkowo jako wysypka, biegunka lub żółtaczką. W formie

przewlekłej objawy mogą dotyczyć prawie wszystkich narządów i tkanek. Powikłaniu temu zapobiega się, stosując leki immunosupresyjne tj. tłumiące odporność. Nie zawsze jednak są one skuteczne. Nie zawsze też skuteczne jest leczenie choroby przeszczep-przeciw-gospodarzowi. Ryzyko śmiertelnych powikłań po allogeniczej transplantacji macierzystych komórek krwiotwórczych wynosi współcześnie 10-20%. Z drugiej strony – jeśli przebieg procedury jest pomyślny, pacjent może wrócić do normalnego życia po około 6 miesiącach.

Kto może być dawcą?

Czynnikiem decydującym o doborze dawcy jest zgodność w zakresie cząsteczek zwanych antygenami HLA. Cechują się one bardzo dużą różnorodnością i prawdopodobieństwo, że dwie przypadkowe osoby są pod tym względem identyczne jest bardzo małe. W pierwszej kolejności bada się HLA u rodzeństwa. Szansa na zgodność wynosi 25% w odniesieniu do każdego brata lub siostry. Im większa rodzina, tym większe prawdopodobieństwo posiadania dawcy.

W przypadku, gdy nie ma zgodnego dawcy rodzinnego, wszczyna się poszukiwanie dawcy niespokrewnionego tj. ochotnika, który zgłosił się uprzednio do jednego z rejestrów, a którego dane dotyczące HLA figurują w światowej bazie danych. Baza ta obejmuje aktualnie ponad 40 milionów dawców. Dzięki temu szansa znalezienia odpowiedniego dawcy dla dowolnego pacjenta jest coraz większa i przekracza 70%.

Do niedawna uważano, że zgodność HLA pomiędzy dawcą i biorcą jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia transplantacji. W ostatnich latach opracowano jednak nowe protokoły, które umożliwiają wykorzystanie przeszczepów również od dawców rodzinnych tylko w połowie zgodnych w zakresie HLA. Dawcę takiego, zwanego haploidentycznym, ma prawie każdy. Dotyczy to bowiem 3 rodzeństwa, ale też rodziców, dzieci i ewentualnie dalszej rodziny. Wyniki badań prowadzonych na świecie (w tym w Polsce) wskazują, że bezpieczeństwo i skuteczność transplantacji od dawców haploidentycznych i zgodnych – niespokrewnionych są zbliżone.

Terapie komórkowe CAR-T

Terapia CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) to obecnie jedna z najnowocześniejszych metod leczenia nowotworów oparta o tzw. immunoterapię komórkową. W procesie leczenia wykorzystuje się własne, autologiczne limfocyty T pacjenta, które poddaje się manipulacji genetycznej, prowadzącej do ekspresji receptora CAR specyficznego dla antygeny guza nowotworowego. Tak przeprogramowane limfocyty T, po dożylnym podaniu choremu ulegają ekspansji, rozpoznają komórki nowotworowe i niszczą je.

Limfocyty pobiera się z krwi chorego za pomocą separatora komórkowego. W specjalistycznych laboratoriach poddaje się je modyfikacji genetycznej, wprowadzając za pomocą specjalnych wektorów gen, dzięki któremu mogą wytwarzać receptor rozpoznający konkretną cechę komórek nowotworowych. Dodaje się substancje powodujące, że liczba limfocytów T się zwiększa i stają się one bardziej „agresywne”, a następnie podaje się je pacjentowi w formie wlewu dożylnego. W organizmie pacjenta podejmują one walkę z nowotworem, namnażają się i mogą przetrwać we krwi miesiące, a nawet lata, stając się rodzajem „żywego leku” chroniącego przed nawrotem choroby.


Technologia CAR-T została pierwotnie opracowana w USA. Jest ona stale rozwijana i testowana w badaniach klinicznych w wielu krajach świata.


Jak dotąd największe doświadczenia dotyczą leczenia chorych na chłoniaki z komórek B, ostrą białaczkę limfoblastyczną u dzieci i młodzieży oraz szpiczaka plazmocytozy. CAR-T stosowane u pacjentów w bardzo zaawansowanych stadiach nowotworu, po niepowodzeniu tradycyjnych form leczenia, pozwala na uzyskanie wyleczenia u około 30-50% pacjentów. Trzeba jednak zaznaczyć, że terapia ta wiąże się z ryzykiem powikłań, które występują zwykle w ciągu pierwszych dwóch tygodni od jej zastosowania. Są to głównie: zespół uwalniania cytokin, objawiający się wysoką gorączką i czasem zaburzeniami ze strony układu oddechowego oraz krążenia, a także powikłania neurologiczne, w tym śpiączka. Jakkolwiek mają one charakter przemijający, u niektórych chorych mogą stanowić zagrożenie dla życia i wymagać hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii.


Do tej pory zarejestrowano technologię CAR-T kilku producentów. Są one na świecie dostępne komercyjnie. Mogą być jednak stosowane tylko w wybranych ośrodkach, które spełniają odpowiednie kryteria jakości i uzyskały stosowne certyfikaty. W Polsce leczenie stosowane jest od 2019 roku, a liczba certyfikowanych ośrodków zwiększa się. Leczenie za pomocą CAR-T jest w naszym kraju refundowane dla wybranych wskazań.


Terapia CAR-T


- jak przebiega proces leczenia nowotworów krwi


- 


1 **Rezerwa** – od pacjenta pobierane są limfocyty T.
- 


2 **Pacjent wraca do domu.**
- 


3 **W dalekim laboratorium limfocyty T są modyfikowane. W tym procesie na ich powierzchni pojawia się receptor CAR.**
- 


4 **Limfocyty T zmieniają nazwę na komórki CAR-T.**
- 


5 **Komórki CAR-T są namrażane.**
- 


6 **Komórki CAR-T są zamrażane w parach ciekłego azotu i wysyłane z generatorem do kliniki.**
- 

7 **W większości przypadków pacjent otrzymuje chemioterapię, żeby nie nie zakłóciła działania komórek CAR-T.**
- 


8 **Infuzja – komórki CAR-T wprowadzane są do organizmu pacjenta.**
- 

9 **Komórki CAR-T mogą rozpoznawać komórki nowotworowe i je niszczyć.**
- 


10 **Możliwe są działania niepożądane, z którymi jednak lekarze umieją sobie radzić.**
- 

11 **Przed wyjściem ze szpitala należy ustalić z lekarzami, jak reagować na ewentualne późne działania niepożądane i z jakimi ograniczeniami należy się liczyć.**
- 

12 **Dzięki terapii choroby może być w długiej perspektywie utrzymywana pod kontrolą.**



Gilead Sztetyn ul. Przemysłowa 1, 81-100 Sztetyn
ul. Przemysłowa 17A, 62-800 Kalisz
Telefon: +48 22 542 87 02



W celu uzyskania dodatkowych informacji
skontaktuj się z biurowym wsparciem
medycznym.
WWW.MEDICALGILEAD.COM

© 2024 Gilead. Wszystkie prawa zastrzeżone.

3 Radioterapia

Radioterapia jest metodą, która ma na celu zniszczenie komórek nowotworowych przy pomocy promieniowania jonizującego w ograniczonej i z góry zaplanowanej lokalizacji. Radioterapia może być stosowana jako jedyna metoda leczenia chłoniaków w przypadkach choroby ograniczonej do jednej okolicy anatomicznej (np. węzły chłonne pachowe po jednej stronie). Najczęściej jest stosowana jako postępowanie uzupełniające po chemioterapii.

Skuteczność chemioterapii monitorujemy, obserwując mierzalne (widoczne w badaniach obrazowych) nacieki komórek nowotworowych. Cytostatyki są leczeniem systemowym, działającym w całym organizmie, stąd regresja dużych zmian jest równoznaczna z eliminacją mniejszych skupisk komórek chłoniaka, których nie potrafimy zobrazować. W przypadku częściowej regresji zmian rekomenduje się uzupełniającą (konsolidującą) radioterapię. Ma ona charakter lokalny, ograniczając się do:

- **pierwotnie zajętych okolic**
IFRT – ang. Involved Field Radiotherapy,
- **samych zmian resztkowych**
ISRT – ang. Involved Site Radiotherapy.

Przed rozpoczęciem radioterapii należy, w oparciu o ocenę kliniczną i badania obrazowe (tomografia komputerowa, PET-TK), dokładnie zaplanować obszar wymagający napromieniania. Należy wybrać pozycję terapeutyczną, tak aby zapewnić komfortowe i powtarzalne ułożenie pacjenta w kolejnych etapach radioterapii. Przy wyborze pozycji terapeutycznej pomagają różnego rodzaju unieruchomienia. W oparciu o zaawansowane, komputerowe systemy obliczeniowe fizyk medyczny przygotowuje indywidualny plan leczenia napromienianiem dla każdego pacjenta. Celem jest to, aby precyzyjnie napromienić zmiany nowotworowe i maksymalnie ochronić zdrowe narządy w sąsiedztwie.

Systemy do planowania leczenia pozwalają na stworzenie trójwymiarowych rekonstrukcji ciała pacjenta, kształtu guza, narządów zdrowych i wykonanie symulacji oddziaływania promieniowania z tkankami poddanymi leczeniu. Dzisiejsze techniki radioterapii są bardzo precyzyjne, sterowane obrazem, wysokość dawki promieniowania jest dostosowana do typu nowotworu i indywidualnej sytuacji klinicznej pacjenta. Cały plan leczenia to kompromis pomiędzy oczekiwanym efektem terapeutycznym i minimalizacją ryzyka powikłań.

Stosowane niewielkie pola napromieniania i zakresy podawanych dawek promieniowania na zmiany nowotworowe oraz dążenie do maksymalnej ochrony tkanek zdrowych wpływają na to, że ryzyko poważnych powikłań popromiennych jest niewielkie.

Czas leczenia napromienianiem zależy od całkowitej, planowanej dawki napromieniowania, ta zaś, od stopnia zaawansowania choroby, lokalizacji zmian, stanu ogólnego chorego oraz od typu chłoniaka. Chory otrzymuje poszczególne dawki promieniowania codziennie przez 5 dni w tygodniu z przerwą sobotnio - niedzielną przez około 4 do 6 tygodni. W przypadkach paliatywnej radioterapii, gdy celem jest wyłącznie doraźne, okresowe zmniejszenie masy guza, czas ten może ulec skróceniu do paru dni. Promieniowanie jonizujące rzadko bezpośrednio uszkadza DNA komórek, częściej dochodzi pod jego wpływem do hydrolizy wody. Jeżeli proces ten zachodzi w obecności tlenu, wytwarzają się tzw. wolne rodniki niszczące komórki nowotworowe. Jeżeli radioterapii poddamy dużą masę guza, istnieje ryzyko, że w jego części centralnej nie będzie wystarczającego stężenia tlenu, by umożliwić powstanie odpowiedniej liczby wolnych rodników niezbędnych do zniszczenia wszystkich komórek chłoniaka. W takiej sytuacji radioterapia może mieć charakter leczenia paliatywnego, spowalniającego jedynie postęp choroby. Przy guzach o średnicy do 5-6 cm możemy oczekiwać wyleczenia.

Jakie skutki uboczne towarzyszą leczeniu?

Bezpośrednie powikłania po radioterapii mogą być podobne do występujących po chemioterapii. Napromienianie jednak, jako metoda leczenia, jest terapią miejscową, niszczącą komórki nowotworowe tylko w polu działania promieniowania, dlatego skutki uboczne mają często mniejsze nasilenie oraz zwykle są ograniczone tylko do miejsca napromieniania.

Jednak zawsze należy pamiętać, że organizm w czasie radioterapii jest także osłabiony i wymaga szczególnej troski.

Podobnie, jak w czasie chemioterapii, należy się wystrzegać infekcji, zasięgać porady lekarskiej w razie pojawienia się podwyższonej temperatury, kaszlu lub innych objawów przeziębienia. Objawy takie mogą pojawiać się dlatego, że promieniowanie, tak jak cytostatyki, uszkadza oprócz komórek nowotworowych także zdrowe komórki organizmu.

Niszczone mogą być komórki szpiku kostnego, upośledzając obronę przeciwwirusową organizmu. Także wszystkie inne szybko dzielące się komórki, jak mieszki włosowe, komórki błon śluzowych, znajdujące się w polu napromieniania, ulegają zniszczeniu. Wystąpić zatem może łysienie, zapalenie jamy ustnej, nudności i wymioty. Łysienie pojawi się, np. w przypadku napromieniania głowy, zapalenie jamy ustnej – okolicy szyjnej, nudności i wymioty – w trakcie napromieniania narządów klatki piersiowej lub jamy brzusznej. Zawsze w polu napromieniania pojawi się podrażnienie skóry, najczęściej w postaci lekkiego zaczerwienienia naskórka, czasem jako złuszczenie i zapalenie. Aby nie opóźnić ich gojenia się, należy prawidłowo zadbać o napromieniane okolice skóry i stosować się ściśle do wskazówek lekarza radioterapeuty.

W Polsce dostępna jest już refundowana radioterapia protonowa.

Radioterapia protonowa śródpiersia jest refundowana u młodych pacjentów leczonych z intencją wyleczenia i długim oczekiwanym czasem przeżycia. Oczekuje się, że ograniczy ona późną toksyczność wywołaną promieniowaniem i prawdopodobnie zmniejszy ryzyko drugiego nowotworu.

Inną metodą jest jeszcze radiomimmunoterapia. Jest to połączenie przeciwciał z izotopem emitującym promieniowanie jonizujące (źródło radioterapii).

Rolą przeciwciał jest dostarczenie izotopu we wszystkie miejsca w organizmie, gdzie mamy skupiska komórek nowotworowych. Trzymając się konwencji legend i mitów, takie przeciwciała przypominają „konia trojańskiego” – wprowadzone do wnętrza skupiska komórek nowotworowych skutecznie niszczą wszystkie komórki znajdujące się w ich najbliższym zasięgu. Radiomimmunoterapia w Polsce jest dostępna tylko w ramach badań klinicznych.



Rozdział V

JAK RADZIĆ SOBIE Z OBJAWAMI NIEPOŻĄDANYMI LECZENIA?

NA CO ZWRÓCIĆ SZCZEGÓLNA UWAGĘ

Jak już wiesz, terapia chłoniaków obejmuje różne metody leczenia, a ich stosowanie może powodować objawy niepożądane.

Czasem pacjenci nie doświadczają najmniejszego dyskomfortu, lecz bywa, że obniżony komfort życia wymaga wsparcia i większego zaangażowania ze strony pacjenta i jego otoczenia.

Choć działania niepożądane są najczęściej przemijające, trzeba się jednak z nimi zmierzyć i w tym rozdziale podpowiemy Ci, w jaki sposób możesz przygotować się na ewentualne trudności lub zawniasu im przeciwdziałać.

PAMIĘTAJ!

Wystąpienie temperatury powyżej 38 stopni, dreszczy, kaszlu, kataru, bólu gardła, biegunki lub innych objawów zakażenia w trakcie leczenia, powinno być niezwłocznie skonsultowane z lekarzem rodzinnym lub lekarzem prowadzącym.

W przypadkach, gdy istnieje ryzyko znacznego spadku liczby leukocytów (np. po intensywnej chemioterapii), pacjenci mogą wymagać dożylnego podania antybiotyków, stąd decyzje powinny być podjęte w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), gdzie możliwe jest wykonanie badania morfologii, niezależnie od pory dnia.

Podobnie, pojawienie się objawów skazy krwotocznej, najczęściej jako tzw. wybroczyn, czyli drobnych, czerwonych plamek na spojówkach czy skórze, powinno być alarmującym objawem, zwłaszcza gdy pojawią się po raz pierwszy.

Kiedy i jak reagować, gdy pojawią się efekty uboczne leczenia

dr n. med.
Ewa Paszkiewicz-Kozik
onkolog kliniczny

dr hab. n. med.
Monika Długosz-Danecka
hematolog

dr n. med.
Magdalena Boczarska-Jedynak
neurolog

lek.
Ewa Pietrusza
hematolog



NUDNOŚCI

W dobie skutecznego leczenia przeciwwymiotnego jest to skutek uboczny, który udaje się często skutecznie niwelować. Generalnie należy starać się nie dopuścić do ich wystąpienia – stąd zalecone przez lekarza leki przeciwwymiotne należy stosować zapobiegawczo, zanim wystąpią objawy. W razie nieskuteczności przyjmowanych leków przeciwwymiotnych należy to zgłosić lekarzowi, by zmodyfikować ich dawkę lub zmienić na inne.

Nudności i wymioty w czasie chemioterapii można podzielić na:

- Występujące jeszcze przed chemioterapią, często już na sam widok szpitala czy ambulatorium. Ten typ jest częstszy u osób, które miały nasilone nudności przy poprzednich cyklach. Gdy je u siebie zauważysz, koniecznie powiadom o tym lekarza - może istnieć potrzeba wsparcia psychologa czy wręcz stosowania leków przeciwłękowych/ przeciwdepresyjnych.
- Występujące w dniu chemioterapii (najczęstsze, zwykle oznacza to konieczność stosowania/ modyfikacji dawki dożylnych leków przeciwwymiotnych).
- Występujące w 2-3 dniu po chemioterapii (upewnij się, czy lekarz przepisał leki do stosowania w domu i czy znasz sposób ich dawkowania).

Obszerne rady, jak zadbać o odżywienie, ale także zapobiegać lub łagodzić reakcje organizmu ze strony układu pokarmowego znajdziesz w rozdziale VI poświęconym diecie.



Ponadto, aby zmniejszyć nasilenie nudności lub wymiotów, można:

- rano przed podaniem leków cytostatycznych zjeść lekkostrawne śniadanie, złożone przede wszystkim z pokarmów płynnych, łatwo przyswajalnych, bezmlecznych - mleko u wielu osób może nasilać wymioty,
- próbować odwrócić uwagę od nieprzyjemnych symptomów poprzez rozmowę z rodziną, czytanie książek czy czasopism, oglądanie przyjemnego serialu na laptopie czy telefonie w trakcie wlewu chemioterapii itp. - według wielu pacjentów przynosi to znaczną ulgę,
- unikać intensywnych zapachów, co często zmniejsza odczuwanie nudności.

W przypadku nasilonych wymiotów czy pojawienia się biegunki, nie wolno zapomnieć o:

- picciu dużej ilości przegotowanej wody lub innych chłodnych przegotowanych płynów, aby zapobiec odwodnieniu organizmu,
- przestrzeganiu lekkostrawnej diety.

Przedłużająca się i wyczerpująca biegunka jest bezwzględnym wskazaniem do zasięgnięcia porady lekarskiej!**ANEMIA**

Czerwone krwinki – erytrocyty – są odpowiedzialne są za transport tlenu w organizmie. Zmniejszenie ich liczby powoduje niedotlenienie tkanek w ustroju. Pacjenci odczuwają wtedy osłabienie, szybko się męczą (uczucie duszności przy wysiłku), mogą mieć zawroty i bóle głowy, uczucie szybkiego bicia serca (kołatania) czy wrażenie szumu w uszach.

Jeśli objawy takie pojawiły się nagle, a ich intensywność narasta, należy jak najszybciej skontaktować się ze swoim lekarzem rodzinnym czy wręcz SOR. Nagły spadek liczby erytrocytów może być wywołany krwawieniem z przewodu pokarmowego (szczególnie u osób stosujących sterydy lub z równocześnie występującym obniżeniem liczby płytek krwi) lub hemolizą. W przypadku krwawienia z przewodu pokarmowego niepokojącym objawem mogą być

ciemne stolce, pojawienie się świeżej krwi w stolcu czy tzw. „fusowate wymioty” (o ciemnym kolorze). Przy hemolizie pojawia się zażółcenie spojówek czy wręcz skóry. W większości przypadków objawy narastają stopniowo, a organizm jest stosunkowo dobrze zaadaptowany do niższego stężenia hemoglobiny. Stąd opisane wyżej objawy niedokrwistości mogą się pojawić już przy nagłym spadku hemoglobiny (Hgb) poniżej 10 g/dl, a przy stopniowym obniżaniu jej poziomu mogą być nieobecne u chorych z wartościami 8g/dl i niższymi.

To jeden z powodów, dla których będziesz mieć badaną morfologię krwi stosunkowo często, zawsze przed każdym kolejnym cyklem leczenia.

Aby złagodzić skutki anemii po chemioterapii warto:

- dużo odpoczywać w ciągu dnia,
- powoli wstawać z pozycji leżącej lub siedzącej,
- pić dużo płynów w ciągu dnia,
- stosować dietę bogatą w żelazo (jednak nie monodiety!),
- stosować się do zaleceń dietetycznych,
- regularnie zażywać przepisane leki i środki wspomagające.

Organizm, by mógł przeciwstawić się chorobie nowotworowej, musi być w dobrej kondycji. W czasie chemioterapii nie wolno więc zaprzestać leczenia innych chorób, odkładając to – jako mniej ważne – na później. Zaniedbanie leczenia chorób serca, tarczycy lub innych może prowadzić do pojawienia się objawów niedokrwistości już przy stosunkowo niewielkim spadku stężenia hemoglobiny.



Krew jest specyficznym „lekiem”, którego dostępność zależy od popularności honorowego krwiodawstwa w Twoim rejonie.

Choć nigdy oddanie krwi przez rodzinę czy znajomych chorego nie jest warunkiem jej przetoczenia, zwiększenie liczby honorowych dawców krwi leży we wspólnym, najlepiej rozumianym interesie pacjentów i prowadzących ich lekarzy. Szczegółowe informacje o regionalnych stacjach krwiodawstwa i możliwościach oddawania krwi można uzyskać w każdej placówce onkologicznej.



LEUKOPENIA

Białe komórki krwi – leukocyty – odpowiedzialne są przede wszystkim za ochronę organizmu przed zakażeniami. Dlatego ich spadek, który zawsze występuje po chemioterapii, może być groźny. Niedobór leukocytów we krwi najczęściej przebiega bezobjawowo, ale może manifestować się infekcją.

Pamiętaj! Wystąpienie temperatury powyżej 38 stopni, dreszczy, kaszlu, kataru, bólu gardła lub innych objawów zakażenia powinno być niezwłocznie skonsultowane z lekarzem rodzinnym lub SOR.

Ze względu na niebezpieczeństwo szybkiego rozprzestrzenienia się infekcji i jej ciężkiego przebiegu, właściwe leczenie powinno być rozpoczęte natychmiast. Już kilku-kilkunastogodzinna zwłoka w podaniu antybiotyków może oznaczać konieczność hospitalizacji i podawania leków dożylnie.

Aby zmniejszyć ryzyko infekcji należy:

- unikać kontaktu z osobami przeziębionymi, kaszlącymi, z czynną lub rozpoczynającą się infekcją,
- zmniejszyć do minimum przebywanie w dużych skupiskach ludzkich.

Nie ma natomiast jakichkolwiek przeciwwskazań do spacerów przy dobrej pogodzie, choć należy unikać nadmiernej, bezpośredniej ekspozycji na słońce.

Ponadto należy:

- Często wietrzyć pomieszczenie, w którym przebywamy.
- Często myć ręce, przynajmniej kilkanaście razy dziennie, w tym po każdym pobycie w toalecie.
- Często wykonywać toaletę jamy ustnej.
- Często myć protezy zębowe i robić przerwy w ich noszeniu.
- Unikać pokarmów pochodzących z nieznanego źródła.
- Unikać skaleczeń z przerwaniem ciągłości skóry (np. przy goleniu), które też mogą stać się wrotami zakażenia.
- Unikać miejsc, w których spotyka się dużo ludzi; zrezygnować z komunikacji publicznej, kin, teatrów, czy galerii handlowych. Warto rozważyć indywidualny tok studiów i pracę zdalną.

- Unikać wind (małe, zamknięte, niewietrzone pomieszczenie, gdzie stosunkowo długo mogą utrzymywać się patogeny, czyli niektóre bakterie czy wirusy – np. SARS-CoV-2).
- Zapytać się lekarza o konieczność/możliwość szczepień, które choć mniej skuteczne niż w przypadku zdrowych osób, są szczególnie potrzebne. Infekcja COVID-19 u niezaszczepionych osób, ma - w czasie leczenia chorób nowotworowych układu odpornościowego - szczególnie ciężki przebieg - śmiertelność bezpośrednio związana z COVID-19 przekracza 25%, do czego należy dodać niepowodzenia leczenia choroby nowotworowej z powodu powstania oporności na leczenie, związanej z koniecznością odroczenia kolejnych cykli chemioterapii.
- Kobiety miesiączkujące nie powinny używać w czasie leczenia cytostatycznego tamponów, a jedynie zwykłych podpasek - tampony, zatrzymując wydalaną krew, mogą sprzyjać infekcji.
- Zawsze warto rozważyć usunięcie potencjalnych ognisk infekcji (np. martwych korzeni zębów, zaniedbanego zapalenia zatok). Najlepiej zrobić to przed rozpoczęciem chemioterapii. W razie pojawienia się nowych ognisk w trakcie leczenia, czas i właściwy sposób postępowania należy uzgodnić z prowadzącym chemioterapię onkologiem/hematologiem.

Szczególnie wrażliwe na chemioterapię są tzw. granulocyty (neutrofile), stanowiące pierwszą linię obrony organizmu przed infekcjami. W razie ich spadku poniżej 1000/uł (tzw. neutropenia), a zwłaszcza poniżej 500/uł (tzw. agranulocytoza), konieczny jest podwyższony rygor sanitarny czy wręcz izolacja. Jednak paradoksalnie, do momentu zakażenia/rozwinienia się infekcji, bezpieczniej jest być w swoim domu, gdyż ryzyko infekcji w szpitalu jest większe (tzw. „infekcje wewnątrzszpitalne”, szczepami bakterii mniej wrażliwymi na powszechnie stosowane antybiotyki).

W takich sytuacjach stosuje się czynniki stymulujące tworzenie granulocytów, często profilaktycznie, jeszcze przed stwierdzeniem spadku liczby granulocytów, by zapobiec neutropenii lub skrócić czas jej trwania. Są one sprzedawane w gotowych do użycia ampułkostrzykawkach i podaje się je jako zastrzyki podskórnie. Większość z nich należy przechowywać w zamkniętym pudełku w lodówce. O wskazaniach do podania czynników wzrostu granulocytów decyduje lekarz hematolog/onkolog.

Nowe, celowane leki przeciwnowotworowe stosowane u chorych na chłoniaki mają inny profil toksyczności. Mogą doprowadzać do wybiórczego niszczenia całej subpopulacji limfocytów B, z czym wiąże się większe ryzyko niektórych infekcji u osób, u których nie ma znacznych odchyłań w badaniu morfologii czy tzw. „rozmazie” (obrazie odsetkowym krwi). Stąd w części przypadków zaleca się np. profilaktyczne stosowanie leków przeciwwirusowych (Heviranu) czy Biseptolu (jako profilaktyki atypowych zapaleń płuc).



TROMBOCYTOPENIA

Płytki krwi – trombocyty – są komórkami uczestniczącymi w krzepnięciu krwi. Spadek ich ilości powoduje zaburzenie tego procesu i objawia się: łatwym powstawaniem zasinień na skórze, przedłużonym krwawieniem z ran, z nosa, z dziąseł w trakcie mycia zębów.

Na skórze często pojawiają się małe, wielkości kilku milimetrów, okrągłe, czerwono-sine wybroczynki. Łatwo je zauważyć w miejscach ucisku ubrania (np. pod paskiem), na przedramionach, łydkach, ale także w każdym innym miejscu na skórze lub śluzówkach jamy ustnej. Czasami mocz jest podbarwiony kolorem krwi lub pojawia się obfita, przedłużająca się miesiączka. Dochodzi do krwawienia podczas mycia zębów.

Trombocytopenia może wywołać także bardzo poważne obrażenia. Wylewy wewnętrzne lub wylewy występujące w każdej innej wewnętrznej jamie ciała mogą być bezpośrednim zagrożeniem życia. Niebezpieczny poziom PLT wymagający interwencji lekarskiej, przy którym najczęściej pojawiają się objawy skazy to poziom PLT poniżej 30 tys/ul.

W przypadku małopłytkowości należy:

- delikatnie, miękką szczoteczką i letnią wodą myć zęby,
- nawilżać usta wazeliną, aby zapobiegać ich wysychaniu, pękaniu i ewentualnemu krwawieniu,
- dbać o regularne wypróżnienia, unikać zapań, aby ograniczyć zranienia delikatnej błony śluzowej odbytu i krwawień,

- unikać urazów mechanicznych, aby nie prowokować powstawania zasinień na skórze, a także krwaków wewnątrz organizmu, np. w jamie brzusznej czy w czaszce,
- nosić luźne ubrania (np. skarpetki) i buty, aby niepotrzebnie nie uciskać skóry,
- ograniczyć do minimum wysiłek fizyczny,
- nie stosować leków przeciwzapalnych i przeciwgorączkowych bez wyraźnego zalecenia lekarza - mogą one nasilać objawy małopłytkowości poprzez uszkodzenie i spadek ilości płytek we krwi,
- przyjmowanie aspiryny i innych niesterydowych leków przeciwzapalnych w małopłytkowości jest przeciwwskazane.

Pamiętaj! w przypadku pojawienia się krwawienia, należy zranione miejsce ucisnąć czystym wacikiem, tamponem lub gazą. Jeśli krwawienie nie ustępuje, należy niezwłocznie zasięgnąć porady lekarskiej.



UTRATA WŁOSÓW

Łysienie pojawia się bardzo często po leczeniu chemioterapią i może zdarzyć się także w miejscu zastosowania radioterapii. Nie wszystkie cytostatyki powodują uszkodzenie mieszków włosowych oraz utratę włosów. Zapytaj swojego lekarza czy rodzaj leczenia, który otrzymasz może ją spowodować. Nawet, jeśli tak – pamiętaj, że łysienie w trakcie leczenia jest objawem przemijającym. Także rzęsy i brwi mogą ulec przerzedzeniu w następstwie leczenia przeciwnowotworowego. W rozdziale VIII, poświęconym wsparciu emocjonalnemu, znajdziesz porady, jak zmierzyć się mentalnie z tym procesem.

Pierwszych oznak łysienia należy spodziewać się po około 1-2 tygodniach od rozpoczęcia chemioterapii.

W razie utraty włosów warto zdecydować się na:

- znaczne skrócenie włosów,
- użycie do czesania miękkiej szczotki, aby dodatkowo nie podrażniać skóry głowy,
- mycie głowy ciepłą, ale nie gorącą wodą z użyciem delikatnych szamponów.



W razie potrzeby, można poprosić lekarza o wypisanie wniosku na perukę, a jeśli z góry wiadomo, że włosy na pewno wypadną, możesz zrealizować wniosek przed rozpoczęciem leczenia.

Po zakończeniu chemioterapii włosy odrastają, choć czasem następuje to po upływie 12 miesięcy. Przez pierwsze pół roku po chemioterapii nie należy stosować farb i lakierów do włosów, a także warto zaopatrzyć się w specjalistyczne dermokosmetyki do skóry wrażliwej lub wręcz dedykowane pacjentom onkologicznym. Z jednej strony będą łagodne dla skóry i włosów, z drugiej jednocześnie wykażą działanie regenerujące.



ZAPALENIE BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ

Zarówno po chemioterapii, jak i radioterapii pacjenci mogą doświadczyć zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. Błona śluzowa jamy ustnej jest cienka i delikatna, ale gdy jest zdrowa, dobrze chroni głębsze części jamy ustnej przed mechanicznymi uszkodzeniami w czasie jedzenia, przed gorącymi i ostrymi pokarmami. Uszkodzenie błony śluzowej powoduje jej obrzęk, ból nasilający się w czasie jedzenia i przetykania.

Dochodzi też często do wtórnych zakażeń bakteryjnych i grzybiczych. Jama ustna staje się zaczerwieniona, obrzmiata, mogą pojawić się w niej owrzodzenia lub białe płaskie naloty. Należy od razu po chemioterapii zadbać o nieuszkodzoną jeszcze błonę śluzową i nie narażać jej na dodatkowe szkodliwe bodźce.

Dobrze jest:

- myć zęby po każdym posiłku miękką szczoteczką, ostrożnie używając delikatnej pasty (do czasu pojawienia się owrzodzeń, gdy stosowanie szczoteczki będzie dodatkowym kłopotem),
- często płukać jamę ustną roztworem sody oczyszczonej (jedna łyżeczka na szklankę przegotowanej wody), szatwią lub po prostu przegotowaną chłodną wodą - nie należy używać do płukania nalewek (np. z rumianku czy szatwi), gdyż w swoim składzie zawierają alkohol, który ma działanie podrażniające,

- jeść posiłki lekkostrawne, bez ostrych przypraw, niezbyt słone i niesłodkie, o temperaturze pokojowej (niegorące!),
- nie pić gorących napojów, które narażają błonę śluzową na dodatkowe urazy,
- nie pić alkoholu i nie palić papierosów - obie używki mają działanie silnie podrażniające.

W razie braku pewności, jakie pokarmy są odpowiednie przy uszkodzonych po chemioterapii śluzówkach przewodu pokarmowego, można sobie wyobrazić świeże skaleczenie skóry – możesz zjeść wszystko to, co bez obaw położysz na tę ranę. Prosta jest przecież odpowiedź na pytanie - czy posypałbyś ranę solą, pieprzem, polał wrzątkiem lub skropił sokiem z cytryny?

Masywne zapalenie błony śluzowej z nasilonymi objawami wymaga konsultacji lekarskiej i często przyjmowania profilaktycznie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych.

Więcej informacji, jak zadbać o błony śluzowe jamy ustnej znajdziesz w rozdziale VI poświęconym diecie.



PODRAŻNIENIE SKÓRY PO RADIOTERAPII

Występuje w obszarze napromieniania z różnym nasileniem, ale praktycznie zawsze.

Podrażnienie może wyglądać jak poparzenie słoneczne, skóra może się łuszczyć na sucho i wilgotno. Włosy rosnące w polu napromieniania z reguły wypadają. Łysienie po radioterapii jest najczęściej objawem przemijającym, ale odrost włosów może rozpocząć się najwcześniej kilka miesięcy po zakończeniu leczenia. Podstawowa zasada pielęgnacji napromienianej skóry to regeneracja i zapobieganie dodatkowym uszkodzeniom. Co bardzo ważne, wszelkie stany zapalne czy niewygojone rany powinny zostać wyleczone przed rozpoczęciem napromieniania.

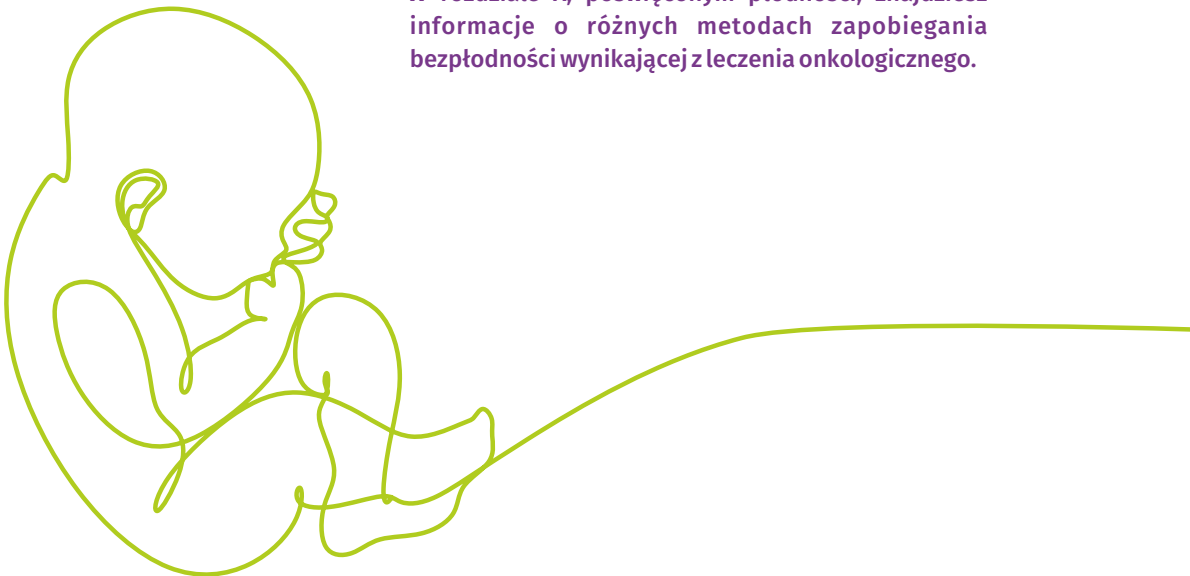
Trzeba pamiętać, aby:

- nie myć wodą okolic napromienianych przez ok. 2 tygodnie, stosować delikatne preparaty myjące oraz nawilżające,
- unikać bezpośredniego działania promieni słonecznych, a także niskich temperatur,
- na okolice, w których odczyn jest intensywny (bolesne zaczerwienienie), można stosować panthenol w aerozolu lub Linomag w maści lub w kremie,
- zalecane jest noszenie bawełnianej, lekkiej i przewiewnej bielizny i odzieży, unikanie sztucznych tkanin, a w przypadku wystąpienia rumienia i złuszczenia naskórka – wietrzenie okolicy objętej odczynem.

**ZACHOWANIE PŁODNOŚCI**

Niektóre metody leczenia przeciwnowotworowego mają wpływ na płodność – zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, dlatego – jeśli tylko jest na to czas – warto zasięgnąć porady lekarza i poznać metody zabezpieczenia płodności, jeśli istnieje ryzyko jej zaburzenia, czy nawet utraty.

W rozdziale X, poświęconym płodności, znajdziesz informacje o różnych metodach zapobiegania bezpłodności wynikającej z leczenia onkologicznego.





POLINEUROPATIA

Neuropatia obwodowa pojawiająca się w czasie lub po leczeniu chemioterapią jest jednym z najczęstszych skutków ubocznych wywoływanych przez leki przeciwnowotworowe, z częstością występowania od 19% do ponad 85% w zależności od zastosowanego schematu leczenia. Możesz doświadczać zaburzeń: uczucia w koniuszkach palców (często opisywane przez pacjentów jako klucie igiełkami), cierpięcia, niezgrabności ruchów, zawrotów głowy. Czasem objawy pozostają z Tobą na długo, ale są też takie polineuropatie, których objawy mogą ustąpić całkowicie i nigdy nie nawrócić.

Ważne, aby, gdy tylko poczujesz jej objawy, powiedzieć o nich lekarzowi, bo odstawienie/zmiana leku (jeśli jest możliwa) na wczesnym etapie polineuropatii może spowodować trwałe wycofanie objawów.

Polineuropatią nazywamy uszkodzenie wielu nerwów obwodowych. Procesem chorobowym mogą być objęte nerwy czuciowe, ruchowe lub autonomiczne, często w różnych proporcjach - tzn. może występować uszkodzenie jedynie włókien czuciowych (polineuropatia czuciowa) lub ruchowych (polineuropatia czuciowo-ruchowa), lub wszystkich rodzajów równocześnie (polineuropatia czuciowo-ruchowo-autonomiczna). Polineuropatia to choroba, która może pojawić się z różnych przyczyn, jako schorzenie przewlekłe. Jeśli pojawia się jako reakcja na działanie chemioterapii to poziom jej nasilenia zależy od rodzaju, dawki i czasu trwania leczenia i przede wszystkim w większości przypadków objawy samoistnie ustępują lub stają się mniej nasilone. Dopiero w skrajnych przypadkach znacząco pogarsza jakość życia lub powoduje konieczność modyfikacji lub nawet przerwania chemioterapii. Choć nie możemy zastosować profilaktyki, czy przewidzieć jej wystąpienia u konkretnego pacjenta, ważną wiadomością jest możliwość łagodzenia objawów środkami farmakologicznymi. Dlatego tak ważne jest zgłoszenie lekarzowi prowadzącemu lub neurologowi pierwszych objawów jej wystąpienia.

Warto wiedzieć, że na rozwój i nasilenie polineuropatii po terapii onkologicznej, poza samym schematem leczenia, wpływ mają dodatkowe czynniki:

- choroby współistniejące (cukrzyca, przewlekła choroba nerek, porfiria, błonica, czerwonka, choroba alkoholowa, choroby autoimmunologiczne, miażdżyca naczyń obwodowych),
- niedobory pokarmowe (niedobór witamin B1, B6, PP),
- przebyta radioterapia.

JAKIE OBJAWY TOWARZYSZĄ POLINEUROPATII?

OBJAWY

Gdy uszkodzone są włókna czuciowe:

- upośledzenie czucia
- drętwienie
- mrowienie
- cierpięcie kończyn (tzw. parestezje)
- ból
- nadwrażliwość na dotyk
- odczuwanie bodźców dotykowych jako bolesnych

Zaburzenia dotyczą przede wszystkim stóp i dłoni. Taki rozkład zaburzeń czucia określa się mianem „skarpetek i rękawiczek”.

Gdy uszkodzone są włókna ruchowe:

- osłabienie siły mięśniowej kończyn - zwłaszcza stóp i podudzi, a także rąk
- niezgrabność
- wypadanie przedmiotów z rąk
- skurcze mięśni
- zaburzenia chodu
- upadki

Gdy uszkodzone są włókna nerwowe autonomiczne, odpowiedzialne za unerwienie narządów i naczyń

- zawroty głowy, zwłaszcza przy gwałtownym wstawaniu z pozycji leżącej
- omdlenia
- zaburzenia rytmu serca
- cierpięcie kończyn
- biegunki lub zaparcia
- zaburzenia funkcji seksualnych
- zaburzenia oddawania moczu
- zaburzenia potliwości

Niektóre przypadki polineuropatii, te o niewielkim nasileniu, samoistnie i szybko ustępujące, nie wymagają leczenia. Jeżeli objawy są dokuczliwe i narastają, należy wdrożyć postępowanie farmakologiczne. **Klasyczne leki przeciwbólowe, zwłaszcza te dostępne w aptekach bez recepty, nie są skuteczne w leczeniu polineuropatii.** Stosuje się tu zupełnie inne leki – te, które mają właściwości wpływania na przewodzenie w nerwach obwodowych. Do leków pierwszej linii o najwyższej skuteczności należą tzw. gabapentynoidy (pregabalina, gabapentyna) oraz niektóre leki przeciwdepresyjne (duloksetyna, wenlafaksyna, amitryptylina). Do leków drugiej linii należą słabe opioidy - tramadol. Silne opioidy stosuje się w trzeciej kolejności.

Najważniejsza w farmakologicznym łagodzeniu objawów polineuropatii jest Twoja ścisła współpraca z lekarzem oraz prowadzenie dzienniczka objawów, w którym codziennie wieczorem wpisujesz stopień ich nasilenia (w skali od 0 do 10). Skuteczność leku określa się jako min. 50% redukcję dolegliwości.



ODLEGŁE POWIKŁANIA

Odległe powikłania leczenia przeciwnowotworowego mogą nie wystąpić wcale lub pojawić się kilka, kilkanaście lat po jego zakończeniu. Są one trudne do przewidzenia i bardzo różnorodne.

Wiadomo, że chemioterapia może uszkadzać wiele narządów, na przykład serce, płuca, wątrobę, układ nerwowy, układ rozrodczy. Ryzyko wystąpienia opóźnionych powikłań narządowych zależy przede wszystkim od rodzaju zastosowanej chemioterapii, ewentualnego skojarzenia chemioterapii z radioterapią oraz od przebieganych chorób.

Szczególnie warto w tym miejscu zwrócić uwagę na kardiotoxycywność. Stosowane obecnie leki przeciwnowotworowe nie uszkadzają serca w sposób natychmiastowy, choć zażywanie niektórych z nich jest czynnikiem ryzyka. Ich skutek działania nakłada się na istniejące już choroby układu krążenia i sumuje się z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak palenie, brak aktywności fizycznej, nadwaga, hipercholesterolemia czy cukrzyca.

Stąd tak ważne jest leczenie chorób współistniejących, jak i zdrowy tryb życia po zakończeniu leczenia.



KARDIOTOKSYCZNOŚĆ

Postęp w leczeniu nowotworów układu chłonnego doprowadził do poprawy przeżycia pacjentów, ale także zwiększył zachorowalność i śmiertelność z powodu skutków ubocznych leczenia. Choroby układu sercowo - naczyniowego są jednym z działań niepożądanych, które mogą prowadzić nie tylko do pogorszenia stanu ogólnego pacjenta i upośledzenia wydolności organizmu, ale także do przedwczesnego zgonu. Może to wynikać z bezpośredniej kardiotoksyczności czyli niekorzystnego wpływu leczenia onkologicznego na strukturę i czynność mięśnia serca lub z przyspieszonego rozwoju chorób układu sercowo - naczyniowego, zwłaszcza przy obecności czynników ryzyka.

Powikłania sercowo - naczyniowe leczenia onkologicznego można podzielić na następujące kategorie:

- upośledzenie funkcji mięśnia sercowego i niewydolność serca,
- choroba naczyń wieńcowych (choroba niedokrwienności serca),
- choroba zastawkowa,
- arytmie, zwłaszcza wywołane lekami wydłużającymi odstęp QT,
- choroba zakrzepowo-zatorowa,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroba naczyń obwodowych,
- nadciśnienie płucne,
- powikłania osierdziowe.

Oszacowanie ryzyka rozwoju powikłań ze strony układu sercowo - naczyniowego jest trudne, ponieważ pacjenci z chorobą nowotworową zazwyczaj otrzymują wielolekowe terapie przeciwnowotworowe, często skojarzone z radioterapią, z potencjalnymi efektami kardiotoksycznymi w wyniku interakcji pomiędzy różnymi metodami leczenia. Czas wystąpienia powikłań kardiotoksycznych jest także różny - niektóre leki onkologiczne wywołują skutki uboczne wcześniej po ekspozycji (kardiotoksyczność ostra i wczesna), a zatem mogą niekorzystnie wpływać na przebieg leczenia, podczas gdy inne powodują kardiotoksyczność późną, widoczną dopiero po latach.

Niektóre leki przeciwnowotworowe np. antracykliny, mogą powodować postępującą przebudowę struktury miocytów (komórek mięśnia sercowego), powodując późną kardiomiopatię, podczas gdy inne leki mogą powodować przejściowe zaburzenia czynności serca bez długoterminowych konsekwencji.

Upośledzenie funkcji lewej komory prowadzące w konsekwencji do niewydolności serca jest stosunkowo częstym i poważnym działaniem niepożądanym leczenia onkologicznego.

Do leków stosowanych w terapii nowotworów układu chłonnego, powodujących dysfunkcję lewej komory serca należą:

- antracykliny (doksorubicyna, daunorubicyna, idarubicyna, epirubicyna, mitoksantron),
- leki alkilujące (cyklofosfamid, ifosfamid),
- pochodne platyny (cisplatyna),
- inhibitory proteasomu (karfilzomib, bortezomib),
- inhibitory szlaku mTOR (temsirolimus).

ANTRACYKLINY

Antracykliny są jednym z podstawowych leków w terapii pierwszej linii agresywnych chłoniaków nieziarniczych oraz chłoniaka Hodgkina, a unikanie ich stosowania ze względu na obawy dotyczące powikłań kardiotoxycznych może znacząco pogorszyć rokowanie chorych. Doksorubicyna jest najczęściej stosowaną antracykliną w onkologichematologii, a jej toksyczność związana jest z dawką kumulacyjną (im wyższa skumulowana dawka leku, tym większe ryzyko kardiotoxyczności); po osiągnięciu skumulowanej dawki życiowej 400 mg/m² ryzyko nieodwracalnego uszkodzenia i rozwoju niewydolności serca wynosi 5%, natomiast przy dawce życiowej 550 mg/m² – 26%, a przy 700 mg/m² – 48%.

W związku z powyższym kluczowe jest przestrzeganie dawek doksorubicyny i nieprzekraczanie skumulowanej dawki życiowej 400-450 mg/m².

Kardiotoxyczność poantracyklinowa może być ostra, wczesna lub późna. Ostra kardiotoxyczność przejawia się głównie nadkomorowymi zaburzeniami rytmu serca, przejściowym upośledzeniem funkcji lewej komory serca, występuje u mniej niż 1% chorych i jest zwykle odwracalna. Kardiotoxyczność poantracyklinowa jest najprawdopodobniej zjawiskiem charakteryzującym się ciągłym, postępującym upośledzeniem funkcji komórek mięśnia sercowego, którego objawy mogą wystąpić wiele lat po zakończeniu leczenia onkologicznego, stąd kardiotoxyczność wczesna i późna to etapy tego samego procesu.

Jeżeli uszkodzenie lewej komory mięśnia sercowego zostanie wykryte wcześniej, na etapie potencjalnie odwracalnym i jest leczone lekami poprawiającymi sprawność lewej komory mięśnia serca, może dojść do zahamowania procesu destrukcji mięśnia serca i poprawy wydolności pacjenta. Dlatego tak istotna jest systematyczna opieka kardiologiczna u pacjentów w trakcie po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Czynniki ryzyka kardiotoksyczności obejmują nie tylko dawkę skumulowaną antracyklin, ale także inne stany zwiększające podatność mięśnia serca na uszkodzenie:

- wiek >65 lat oraz dzieci do 18 roku życia,
- płeć żeńska,
- choroby serca w wywiadzie,
- choroby współistniejące (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hipercholesterolemia, niewydolność nerek),
- jednoczesne stosowanie innych leków kardiotoksycznych,
- radioterapia śródpiersia (teraz lub w przeszłości),
- czynniki genetyczne (wywiad rodzinny w kierunku wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego <50 roku życia),
- czynniki środowiskowe (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość, siedzący tryb życia).

Szczególnie wrażliwe jest rozwijające się serce, a pacjenci pediatryczni leczeni antracyklinami narażeni są na wysokie ryzyko rozwoju kardiotoksyczności.

W celu zmniejszenia ryzyka rozwoju dysfunkcji lewej komory i niewydolności serca przez antracykliny można stosować kilka strategii profilaktyki, przy jednoczesnym zachowaniu skuteczności przeciwnowotworowej:

- zmniejszenie skumulowanej dawki życiowej,
- stosowanie ciągłych wlewów (do 48-96 godzin) w celu zmniejszenia maksymalnego stężenia leku w osoczu osób dorosłych,
- stosowanie preparatów liposomalnych u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia kardiotoksyczności.

CYKLOFOSFAMID

Kardiotoksyczność cyklofosfamidu występuje stosunkowo rzadko. Głównie u pacjentów otrzymujących duże dawki (>140 mg/kg masy ciała) przed przeszczepieniem szpiku kostnego. Niewydolność serca zwykle występuje w ciągu kilku godzin od podania leku.

CISPLATYNA I FOSFAMID

Powodują uszkodzenie mięśnia serca rzadko, w mechanizmie jego niedokrwienia.

Zastosowanie tych leków wymaga podania dużej objętości dożylnych płynów, aby uniknąć ich toksyczności (szczególnie nefrotoksyczności, czyli uszkodzenia nerek), co może spowodować niewydolność serca wywołaną przeciążeniem objętościowym u pacjentów z wcześniej istniejącą chorobą serca, a nie bezpośrednią toksycznością chemioterapii.



INHIBITORY PROTEASOMU

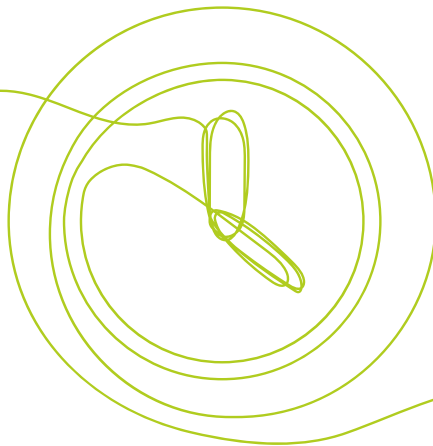
Karfilzomib i bortezomib to dwa leki stosowane w leczeniu szpiczaka plazmocytoowego potencjalnie powodujące dysfunkcję serca. Proteasomy to kompleksy białkowe pełniące ważną funkcję podtrzymującą w komórkach mięśnia serca; inhibitory proteasomu tę funkcję zaburzają. Częstość uszkodzenia mięśnia serca w trakcie leczenia bortezomibem jest dość niska (4%) w porównaniu do karfilzomibu (do 25%)

RADIOTERAPIA

Rzeczywista częstość występowania kardiotoxyczności wywołanej promieniowaniem jest trudna do oszacowania z kilku powodów. Należą do nich: duże opóźnienie między ekspozycją a klinicznymi objawami uszkodzenia serca, jednoczesne stosowanie kardiotoxycznej chemioterapii, ciągłe doskonalenie technik radioterapii oraz nieprzypisywanie choroby serca wcześniejszej radioterapii pomimo rosnącej świadomości o jej długotrwałych skutkach ubocznych.

Radioterapia powoduje wyraźne śródmiąższowe zwłóknienie mięśnia sercowego ze zmianami o różnej objętości i rozmieszczeniu.

Doskonalenie technik radioterapii, z ograniczeniem pola i zmniejszeniem dawki promieniowania na przestrzeni lat, poprawiło rokowanie chorych poddanych radioterapii. Poszukiwane są również nowe metody leczenia zmniejszające toksyczność napromieniania np. radioterapia protonowa.



Stopień ryzyka możliwych odległych powikłań, w każdym indywidualnym przypadku, trzeba omówić z lekarzem po ustaleniu planu leczenia.

Leczenie przeciwnowotworowe: chemioterapia, radioterapia, konieczność powtarzania terapii, w tym wysokodawkowanej chemioterapii z przeszczepem krwiotwórczych komórek macierzystych, zwiększają ryzyko wtórnych procesów nowotworowych, które stwierdza się niekiedy 20 – 30 lat później. Wynika stąd konieczność regularnych badań kontrolnych oraz wykonywanie uznanych działań skriningowych (takich jak badanie piersi, w tym USG piersi i mammografia u kobiet po zakończeniu leczenia chłoniaka Hodgkina).



Rozdział VI

JAK SIĘ ODŻYWIAĆ, ABY JEDZENIE POMAGAŁO

CO MOŻESZ ZROBIĆ SAM? A O CO POPROSIĆ LEKARZA?

Kiedy w życiu człowieka pojawia się diagnoza choroby nowotworowej, z kilku powodów warto świadomie podejść do odżywiania.

Jest to często pierwszy obszar, o który możesz zadbać już na etapie diagnostyki i planowania leczenia.

Po pierwsze, już na samym początku, zanim jeszcze podejmiesz leczenie, weryfikacja nawyków żywieniowych może pomóc Ci przygotować i wzmocnić organizm przed terapią. Nie stosuj jednak kontrowersyjnych diet. Skup się na wyeliminowaniu błędów żywieniowych i polepszeniu jakości potraw.

Po drugie, już w czasie leczenia, możesz odczuć różnice w funkcjonowaniu układu pokarmowego. Mogą pojawiać się nowe preferencje smakowe lub zaburzenia smaku, brak apetytu czy dolegliwości, które odpowiednia dieta może łagodzić.

Po trzecie, kiedy już zakończy się proces leczenia, prawidłowe odżywianie może przyspieszyć proces zdrowienia i powrotu do normalności.

W tym rozdziale nasi eksperci opowiedzą Ci, czym jest stan odżywiania, w jaki sposób dieta może pomóc przejść przez leczenie i niwelować skutki niepożądane terapii, a także co zrobić, gdy sama dieta nie wystarczy. Wreszcie dowiesz się także, w jaki sposób jedzenie wchodzi w interakcje ze stosowanymi lekami.

Co to jest PREHABILITACJA?

Na pewno znasz pojęcie rehabilitacji jako zespołu działań przywracających prawidłowe funkcjonowanie organizmu po różnych wydarzeniach osłabiających jego kondycję lub funkcje.

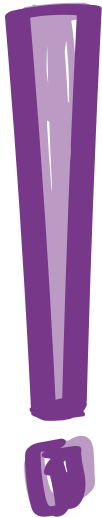
Coraz częściej mówi się również o PREHABILITACJI, która z kolei stanowi zespół działań przygotowujących do leczenia, a spodziewanym rezultatem jest lepsza reakcja na terapię i szybszy powrót do zdrowia po jej zakończeniu.

I tak, odpowiednia dieta czy zadbanie o kondycję fizyczną i psychiczną, mogą właśnie stanowić prehabilitację leczenia onkologicznego.

Dieta jako profilaktyka i terapia układu pokarmowego

mgr
Ewa Ceborska-Scheiterbauer
dietetyk kliniczny

Na wstępie warto zaznaczyć, że istnieją pewne ogólne zasady, za którymi należy podążać, nie ma jednak jednej, takiej samej diety odpowiedniej dla wszystkich pacjentów z chorobą nowotworową, w tym dla pacjentów chorych na chłoniaki. Każdy powinien mieć indywidualnie dopasowaną dietę, która również w trakcie trwania leczenia może ulegać pewnym modyfikacjom w zależności od stanu zdrowia, ewentualnych skutków ubocznych leczenia podstawowego i wielu innych czynników, w tym chorób współistniejących.



Możesz korzystać z wiedzy dostępnej w literaturze, w internecie lub czerpiąc ją z doświadczeń innych pacjentów.

Pamiętaj jednak, że wszelkie rady zalecające monodietę (np. z buraków) czy odbiegające od zasad zdrowego żywienia sprzeczne są z ideą prawidłowego odżywiania.

Jeśli masz wątpliwości, czy Twoja dieta wspomogę leczenie, najlepiej skonsultować się z dietetykiem klinicznym doświadczonym w pracy z pacjentami onkologicznymi. To ważne, aby osoba dobierająca onkodięty była dobrze wykształcona i doświadczona, a także działała wg zasad EBM (Evidence Based Medicine), czyli medycynie opartej na dowodach naukowych.



Stan odżywienia pacjenta Co to jest?

Stan odżywienia wg definicji to stan zdrowia wynikający ze zwyczajowego spożycia żywności, z wchłaniania i wykorzystania wchodzących w jej skład składników odżywczych i nieodżywczych. Stan ten może być modyfikowany przez wiele czynników wpływających na procesy metaboliczne, a w szczególności przez patologie związane ze stanem zdrowia, uwarunkowanie genetyczne, warunki społeczno-ekonomiczne lub związane z aktywnością fizyczną czy z zaawansowanym wiekiem.

Definicja może być nie do końca jasna, ale zaraz to wyjaśnimy.

Bardzo często (ale niekoniecznie) pierwszym objawem choroby nowotworowej, a w chłoniakach czasem właśnie sygnałem alarmowym, jest niezamierzona utrata masy ciała, która bardzo często wiąże się właśnie z zaburzeniami stanu odżywienia. Również w okresie diagnostyki wielu pacjentów zmagają się z dalszym ubytkiem lub wahaniami masy ciała. Może być to związane z: samą chorobą, koniecznością dokładnej diagnostyki czy zwyczajnie stresem, z którym zmagają się pacjenci. Czasem leczenie – chemioterapia, radioterapia – może (ale nie musi) nasilać niechęć do jedzenia, a tym samym powodować chudnięcie. Z kolei, jeśli do terapii włącza się sterydy lub z różnych względów wzmagają się apetyt, pacjenci doświadczają przybierania na masie ciała. Niezależnie jednak od tego, czy chorobie towarzyszy utrata kilogramów, prawidłowa masa ciała, czy jej przybieranie, należy w równym stopniu kontrolować stan odżywienia. W każdej z tych trzech sytuacji pacjenci mogą być źle odżywieni. I choć wydaje się to oczywiste w przypadku utraty kilogramów, o tyle może zaskakiwać, że nieprawidłowy stan odżywienia dotyczy także osób ze stabilną masą ciała, czy nadmiernie przybierających na wadze. Nieprawidłowy stan odżywienia zagraża każdemu, kto nie dostarcza organizmowi odpowiednio zbilansowanej diety

Szczególną ostrożność należy jednak zachować u pacjentów, którzy znacznie chudną, tracą apetyt, co może prowadzić do niedożywienia i osłabia ich organizm w walce z chorobą.

Jak sprawdzać stan odżywienia?

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:

- Raz w tygodniu zważ się. Zadbaj o powtarzalność wyników, np. zawsze rano, po porannej toalecie, w samej białej bieliźnie, przed śniadaniem.
- Obserwuj swoje ciało, a także ubrania. Czy nie stają się luźniejsze, czy nie zapinasz paska od spodni o jedną dziurkę więcej itd.

TO MOŻE ZROBIĆ LEKARZ:

- Analiza badań krwi, a w szczególności: stężenia albuminy, prealbuminy, transferyny, całkowitej liczby leukocytów, bilans azotowy.
- Analiza stanu odżywienia przy pomocy odpowiednich skal np. SGA (Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia), NRS (Nutritional Risk Score) - taką analizę należy powtarzać.

TO MOŻE ZROBIĆ DIETETYK:

- Badanie składu Twojego ciała, a więc dokładny pomiar - ile masz tkanki tłuszczowej, ile wody, ale przede wszystkim, ile masz tzw. beztłuszczowej masy ciała. Taki pomiar także należy powtarzać, aby na czas uchwycić ewentualne zmiany.
- Można także wykonać inne pomiary np. grubość tłuszczu nad mięśniami trójgłowym, siła uścisku dłoni czy obwód ramienia.

Jeśli zaobserwowano u Ciebie pogorszenie stanu odżywienia lub/i ubytek beztłuszczowej masy ciała:

- Stosuj się do zaleceń lekarza.
- Zadbaj o dietę, aby była bogatsza w energię, a także białko, węglowodany i zdrowe tłuszcze (o samej diecie więcej przeczytasz na kolejnych stronach tego rozdziału).
- Spróbuj podjąć umiarkowaną aktywność fizyczną (jeśli nie masz przeciwwskazań) lub poproś o pomoc rehabilitanta lub fizjoterapeutę. O tym też piszemy więcej w kolejnym rozdziale!
- Jeśli trudno Ci zmienić nawyki żywieniowe lub zwyczajnie jeść więcej, poszukaj wsparcia psychoonkologa.



Co oznacza zdrowe jedzenie Jak komponować posiłki?

Najpierw odpowiemy na pytanie, co masz jeść, jeśli wcześniej nie było żadnych wykluczeń z diety, a teraz dobrze się czujesz, nie chudniesz, a lekarz poradził: „Proszę jeść wszystko normalnie, zdrowo”? Przejdź przez naszą check-listę zdrowego żywienia, a także zobacz, jak krok po kroku możesz komponować jadłospis.

- **Sprawdź, czy jesz pełnoziarniste produkty zbożowe. Przypilnuj, aby było ich więcej aniżeli tych „białych”. Może spodoba Ci się moja propozycja:**
 - **Śniadanie:** owsianka.
 - **II śniadanie:** kanapka na bazie chleba graham.
 - **Obiad:** kasza gryczana.
 - **Podwieczorek:** domowa lekka granola.
 - **Kolacja:** danie jednogarnkowe na bazie kaszy jaglanej.
- **Wybieraj różne warzywa i różne owoce. Czym większa różnorodność, tym lepiej. Spójrz, jak możesz to rozwiązać w praktyce:**
 - **Śniadanie:** owsianka z borówkami amerykańskimi.
 - **II śniadanie:** kanapka na bazie chleba graham z sałatą, pomidorem i natką pietruszki.
 - **Obiad:** kasza gryczana z lekkim warzywnym leczo na bazie cukinii i papryki.
 - **Podwieczorek:** domowa lekka granola ze świeżym bananem.
 - **Kolacja:** danie jednogarnkowe z kaszą jaglaną, szpinakiem i czosnkiem.
- **Jedz ryby – szczególnie te tłuste będą korzystniejsze np. łosoś, halibut, makrela.**
- **Sięgaj regularnie – każdego dnia - po nabiał – najlepiej niskotłuszczowy naturalny, fermentowany np. jogurt, maślanka:**
 - **Śniadanie:** owsianka z borówkami amerykańskimi i jogurtem naturalnym.
 - **II śniadanie:** kanapka na bazie chleba graham z sałatą, mozzarellą, pomidorem i natką pietruszki.
 - **Podwieczorek:** domowa lekka granola ze świeżym bananem i maślanką.
 - **Kolacja:** danie jednogarnkowe z kaszą jaglaną, szpinakiem, czosnkiem i serkiem homogenizowanym naturalnym.

- ❑ **Sięgaj kilka razy w tygodniu po warzywa strączkowe np. hummus z ciecierzycy do kanapki czy fasolę do barszczu.**
- ❑ **Pamiętaj o orzechach i nasionach. Możesz je dotożyć do diety nawet każdego dnia – lepiej mniejsze porcje, a częściej.**
- ❑ **Unikaj soli, a zamiast niej wykorzystaj dobrodziejstwa świeżych ziół.**
- ❑ **Zwróć uwagę na cukier i słodzone produkty (w tym napoje) – postaraj się, aby było go w diecie jak najmniej.**
- ❑ **Staraj się ograniczyć czerwone mięso i przetwory mięsne typu kielbasa, pasztet, parówki.** Zamiast tego sięgaj po drób, jaja, ryby, warzywa strączkowe, orzechy. Pamiętaj, że białko jest dla Ciebie bardzo ważnym makroskładnikiem, gdyż odpowiedzialne jest m.in. za procesy regeneracji organizmu, dystrybucji leków itd. Musi więc regularnie pojawiać się w jadłospisie. **Zobacz, jak dodać ww. produkty do konkretnych dań:**
 - **Śniadanie:** owsianka z borówkami amerykańskimi, jogurtem naturalnym i orzechami włoskimi.
 - **Obiad:** kasza gryczana z lekkim warzywnym leczo na bazie cukinii i papryki z dodatkiem soczewicy i piersi indyka.
 - **Podwieczorek:** domowa lekka granola ze świeżym bananem, maślanką i orzechami nerkowca.
 - **Kolacja:** danie jednogarnkowe z kaszą jaglaną, szpinakiem, czosnkiem i tuńczykiem/jajkami/mięsem z piersi kurczaka/indyka.
- ❑ **Dań typu fast food lepiej unikaj. Możesz za to przygotować sobie domową pizzę z tuńczykiem i warzywami lub burgera z mięsa indyczego z lekką sałatką.**
- ❑ **Zamiast masła, śmietany, pełnotłustego nabiału, wybieraj tłuszcze roślinne np. oliwę z oliwek, olej rzepakowy, lniany oraz produkty mleczne niskotłuszczowe np. jogurt, biały ser itd.**
- ❑ **Sięgaj głównie po wodę.**
- ❑ **Staraj się gotować, piec, dusić, a mniej smażyć czy grillować.**

Uwaga: jeśli do tej pory Twoja dieta była uboga w warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, orzechy, warzywa strączkowe, należy je wprowadzać stopniowo. Nie zmieniaj diety o 180 stopni na tzw. „hurra”. Daj sobie czas i wykorzystaj go także na trwałą zmianę nawyków żywieniowych.





Kiedy doświadczasz dolegliwości ze strony układu pokarmowego w czasie leczenia... Co robić?

Wielu pacjentów, choć nie wszyscy, mierzy się z różnymi skutkami ubocznymi leczenia nowotworu. Najważniejsze, aby szukać rozwiązań i eliminować błędy, ponieważ możliwe jest łagodzenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Jak sobie zatem pomóc?

Brak apetytu

Brak apetytu, a tym samym ograniczenie ilości spożywanych porcji, często wiąże się z pogorszeniem stanu odżywienia, a czasami z pojawieniem się niedożywienia, które niestety pogarsza efekty leczenia podstawowego i jakość życia. Wpływa też negatywnie na wiele innych aspektów związanych z powodzeniem terapii, jak np. odporność, czy kondycja psychiczna. Co można zatem zrobić?

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:



W pierwszej kolejności skup się na tym, aby dostarczyć wraz z dietą **pełnowartościowego białka** (chude mięso, ryby, jaja, nabiał), które powinno się pojawiać regularnie w każdym głównym posiłku.



Pamiętaj, że **nie wolno Ci spożywać surowych lub niedopieczonych** ryb, mięs, a także dań z surowymi jajami. Również nabiał musi być pasteryzowany lub tzw. UHT. Zrezygnuj z serów pleśniowych i dużych ilości dojrzewających serów żółtych.



Pamiętaj także, że **nie każdy toleruje nabiał**. Jeśli do tej pory go spożywałeś, a obecnie odczuwasz po jego spożyciu przelewania w brzuchu, biegunki itd., spróbuj sięgnąć po nabiał bezlaktozowy.



Zadbaj o **zdrowe tłuszcze**. Są one nie tylko łatwym źródłem energii, ale także wielu witamin, a ponadto są nośnikiem smaku i zapachu. Pamiętaj jednak, że kotlet schabowy smażony na smalcu czy nawet

oleju to danie zbyt ciężkie. Wybieraj zdrowe tłuszcze jako dodatek do łatwostrawnego dania np.:

- oliwa z oliwek do skropienia ugotowanych wcześniej jarzyn,
- olej rzepakowy jako niewielki dodatek do zupy,
- olej lniany jako niewielki dodatek do twarogu.



Energetyczność diety powinny dopełniać węglowodany, a więc produkty zbożowe. Pacjenci z ograniczonym apetytem muszą stosować dietę opartą o produkty zbożowe oczyszczone (potocznie: białe) – nie obawiaj się ich, na produkty pełnoziarniste też przyjdzie jeszcze czas. **Wiedz, że błonnik pokarmowy wydłuża uczucie sytości, a nam zależy na tym, aby uczucie pełności szybko mijało.**



Jedz mało, ale często. Nie musisz trzymać się tradycyjnego schematu trzech posiłków. Możesz je rozłożyć na wiele mniejszych. Jeśli nie masz chęci na jedzenie, a zagraża Ci niedożywienie, możesz jeść nawet co 2 godziny.



Jedz **smaczne i ładnie podane** potrawy.



Potrawy półpłynne, płynne wymagają krótszego czasu spożywania. Możesz więc wybierać częściej: zupy kremy (koniecznie z dobrym źródłem białka w środku), koktajle, a także miękkie dania z dużą ilością lekkiego sosu np. pulpety w sosie pomidorowym.



Nie jedz dań lub produktów, które są niezdrowe, bo już „nie zmieścisz” tych wartościowych.



Nie bój się sięgnąć od czasu do czasu po coś słodkiego. Zadbaj tylko o to, aby taki deser dostarczył również coś wartościowego do Twojego organizmu np. pieczone jabłko nadziewane budyniem waniliowym, kisiel na bazie soku owocowego z dodatkiem siemienia lnianego itd.



Jeśli chemioterapię przyjmujesz raz na jakiś czas, przygotuj się na to, że w dniu podania leków, a także dzień, dwa po, możesz mieć gorszy apetyt. Spróbuj jednak w kolejnych dniach nieco odrobić straty energetyczno-białkowe.

O TO WARTO ZAPYTAĆ LEKARZA:

- **Istnieje szereg leków, które poprawiają apetyt** i zmniejszają poziom lęku u pacjentów. Są one stosowane z dużym powodzeniem u chorych z problemem niechęci do jedzenia. Pamiętaj tylko, że należy je stosować zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Jeśli masz problemy ze spożywaniem białka w odpowiednich ilościach, możesz **zapytać lekarza o specjalistyczne preparaty doustne, które w niewielkiej objętości dostarczają sporych ilości protein, a także uzupełniają dietę w inne ważne dla zdrowia składniki**. Dopytaj dokładnie, jaki preparat byłby najlepszy dla Ciebie, bo wybór jest bardzo duży, a źle dopasowany może Ci nawet zaszkodzić.

Zapalenie błon śluzowych

Odczyny śluzówkowe w jamie ustnej to problem, który w szczególny sposób dotyka pacjentów podczas intensywnej chemioterapii, a także radioterapii głowy bądź szyi. Możesz skonsultować się zawsze ze specjalistą periodontologiem, ale także wprowadzić łagodzące zmiany w diecie.

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:



Stosuj dietę **płynną lub półpłynną** – pamiętaj jednak, aby w każdym głównym posiłku pojawiały się źródła pełnowartościowego białka, np.:

Śniadanie: ugotowane płatki owsiane błyskawiczne + mleko/mleko bezlaktozowe + mielone siemię lniane + odrobina banana/mus bananowy w słoiczkach dla niemowląt, wszystko zmiksowane na gładki koktajl.

Obiad: zupa jarzynowa z gotowanym kurczakiem i drobną kaszą łagodnie doprawiona – wszystko zmiksowane na gładki krem.

Kolacja: miękki, lekko rozgotowany makaron z niekwaśnymi ugotowanymi/upieczonymi warzywami np. cukinią, marchewką z dodatkiem rozbełtanych i ściętych jajek.



Wiele produktów za twardych dla Ciebie np. pieczywo możesz **namoczyć w mleku, herbacie**.

- Unikaj produktów o ostrych brzegach np. sucharków, orzechów.



Unikaj soli, ostrych przypraw, kwaśnych dodatków.



Ogranicz spożycie cukru.



Unikaj produktów o ostrych brzegach, np. sucharków, orzechów.



Posiłki powinny być letnie lub nawet zimne. Pamiętaj, że obiad także można zjeść na zimno. Zadbaj jednak o prawidłową higienę schładzania potraw, aby zminimalizować ryzyko namnażania się drobnoustrojów – nie przechowuj posiłków długo poza lodówką.



Możesz sięgnąć po **wytrawne, ale lekkie galarety** – są źródłem pełnowartościowego białka (ryba, mięso, jaja), a także spożywa się je na zimno, co będzie dla Ciebie ułatwieniem. Nie doprawiaj ich jednak octem czy sokiem z cytryny.



Możesz także sięgnąć po **desery mleczne na bazie skondensowanego mleka UHT**. Unikaj jednak dodatku surowych, kwaśnych owoców i dużej ilości cukru.



Zadbaj o nawodnienie. Sięgaj po napoje niesłodkie, niekwaśne, niegorące i niegazowane np. herbatę rooibos, wodę mineralną.

O TO WARTO ZAPYTAĆ LEKARZA:

- Jeśli zaplanowane leczenie jest prawie na pewno związane z poważnymi dolegliwościami w obrębie jamy ustnej, **możesz zapytać o zabezpieczenie Twojego stanu odżywiania przy pomocy sztucznego dostępu**, np. założenie sondy przez nos (w okresie nasilenia się odczynów śluzówkowych w jamie ustnej często jest to już niemożliwe).
- Aby nieco łagodzić stany zapalne w jamie ustnej, **można stosować specjalistyczne preparaty** wydawane najczęściej na receptę przez lekarza prowadzącego lub periodontologa. Warto zawczasu o to zadbać.

Nudności i wymioty

Nudności i związane z tym wymioty najczęściej związane są z działaniem leków. Innym powodem mogą być też zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami, które bardzo często powodują obniżenie się stężenia cukru we krwi, a tym samym mogą nasilać nudności.

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:



Jedz regularnie, aby poziom cukru we krwi był stabilny. Zadbaj też o to, aby **pierwszy posiłek zjeść jeszcze w łóżku**.



Staraj się unikać zapachów kuchennych (wietrzenie, przebywanie w miarę możliwości na świeżym powietrzu) – **najlepiej, aby ktoś bliski przygotowywał dla Ciebie posiłki**.



Jedz posiłki **w temperaturze pokojowej lub nawet letnie**. Gorące danie pachnie intensywniej, więc może Cię to drażnić.



Jedz mało i często. Nie trzymaj się na siłę tradycyjnego modelu trzech posiłków w ciągu dnia. Jedz wtedy, kiedy czujesz się choćby nieco lepiej.



Posiłki **mokre i miękkie** nie wymagają długiego żucia. Będzie Ci je łatwiej spożyć.



Dania takie jak: kasza manna na mleku/mleku bezlaktozowym, kasza kukurydziana ugotowana na rzadko, tapioka, biały ryż, pieczywo pszenne jasne, a także dania mączne typu pierogi leniwe, kopytka, kluski śląskie będą bardzo dobrym uzupełnieniem Twojego codziennego jadłospisu.

O TO WARTO ZAPYTAĆ LEKARZA:

- W onkologii bardzo często stosuje się **leki przeciwwymiotne**. Stosuj je dokładnie wg zaleceń lekarza prowadzącego. Upewnij się zatem, jak powinieneś je przyjmować.

Niesmak w jamie ustnej, brak śliny

Najczęściej obserwowanym zaburzeniem odczuwania smaków i zapachów podczas chemioterapii jest metaliczny posmak w jamie ustnej. Bywa on tak przykry, że pacjenci z tego powodu rezygnują ze spożywania ważnych dla nich pokarmów np. mięsa czy ryb. Jak więc sobie z tym radzić?

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:



Pamiętaj, że białka są bardzo ważnym elementem Twojej diety, a zapotrzebowanie na nie w trakcie choroby często znacząco rośnie. Dlatego, **jeśli nie tolerujesz mięsa, spróbuj sięgnąć po ryby, jaja, nabiał** (ew. nabiał bezlaktozowy). Danie typu placuszki (pieczone, a nie smażone), kopytka, pierogi leniwe to pewna alternatywa.



Zamień **sztućce metalowe na plastikowe**. Metaliczny posmak będzie wtedy znacząco mniej dokuczliwy.



Wybieraj dania w lekkich sosach. Jeśli nie masz owrzodzeń w obrębie jamy ustnej – **możesz sięgnąć po kwaśne sosy** na bazie np. pomidorów. W tym przypadku warto także spróbować marynowania mięs w soku z cytryny czy odrobinie octu jabłkowego z dużą ilością zielonych i łagodnych przypraw.



Spróbuj dań typu galareta mięsna. Musi być to jednak łatwostrawny i pełnowartościowy posiłek np. na bazie mięsa drobiowego.



Płucz usta przegotowaną wodą przed posiłkiem.



Jeśli dodatkowo dokucza Ci brak śliny, to możesz ssać kostki lodu lub cukierki bezcukrowe (niektóre cukierki bezcukrowe słodzone są polioliem np. ksylitolem, które mogą nasilać biegunki, ale też mogą pomóc przy zaparciach). Pij dużo niegazowanej wody, aby nawilżyć błonę śluzową jamy ustnej. Unikaj soli i słonych produktów, gdyż będą one nasilały uczucie suchości.



Przy problemach z suchością w jamie ustnej sprawdza się także **dieta półpłynna**, a więc zupy, koktajle, rzadkie owsianki itd.

O TO WARTO ZAPYTAĆ LEKARZA:

- Jeśli masz problemy ze spożywaniem białka w odpowiednich ilościach, możesz zapytać lekarza o specjalistyczne preparaty doustne. Na rynku dostępne są preparaty przeznaczone dla pacjentów z zaburzeniami odczuwania smaku i zapachu, a jednocześnie bogate w proteiny.
- Dowiedz się czy możesz stosować specjalistyczne płukanki przeznaczone dla pacjentów z suchością w jamie ustnej lub/i zmianą odczuwania smaku i zapachu.

Biegunki

Chemioterapia, ale także naświetlania dolnej części jamy brzusznej, często związane są z uporczywymi biegunkami, które znacząco utrudniają realizację zaleceń dietetycznych, a jednocześnie w istotny sposób zmniejszają jakość życia pacjenta. Czy można temu jakoś zaradzić?

TO MOŻESZ ZROBIĆ SAMODZIELNIE lub z pomocą bliskich:



Spróbuj zamienić **zwykły nabiał na wersję bezlaktozową**.



Wybieraj **dania i produkty o działaniu zapierającym**, np.: biały ryż, gotowana marchew, banany, bataty, czarne jagody (najlepiej w formie naparu lub kisielu), produkty z białej mąki (kopytka, kluski śląskie itd.), chude mięsa, a także wytrawne galarety.



Wyeliminuj z jadłospisu poliole (np. ksylitol, erytrol), a także buraki i sok z nich wyciśnięty oraz zakwas buraczany.



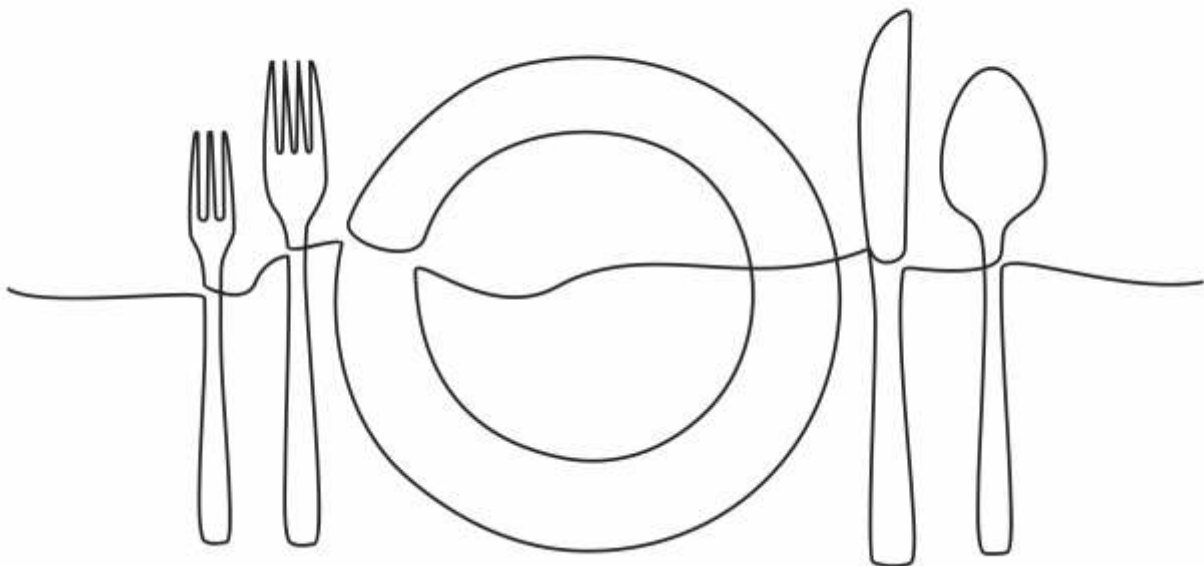
Unikaj owoców bogatych w cukry proste, a także zrezygnuj całkowicie z soków owocowych (w szczególności z jabłkowego, gruszkowego, śliwkowego, winogronowego).



Jeśli stosujesz preparaty odżywcze wysokobiałkowe, **zwróć uwagę, czy nie spożywasz ich zbyt szybko**. Takie preparaty należy pić przez przynajmniej pół godziny.

O TO WARTO ZAPYTAĆ LEKARZA:

- Wiele leków stosowanych w onkologii wywołuje czasową nietolerancję na cukier mleczny obecny w nabiale, czego efektem jest biegunka. Zapytaj lekarza, czy ten przypadek nie dotyczy Ciebie.
- Istnieje szereg leków przeciwbiegunkowych. Dopytaj koniecznie o nie swojego lekarza i dowiedz się, jak najlepiej je stosować.
- Biegunka wiąże się często z nadmierną utratą elektrolitów. Być może potrzebny byłby Ci doustny preparat nawadniający. Poproś lekarza o rekomendację w tym zakresie.
- Jeśli na własną rękę przyjmujesz jakieś suplementy diety, zioła to mogą być one przyczyną m.in. biegunek. Porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem i pamiętaj, że wszelka suplementacja powinna być z nim uprzednio omówiona.



W czasie leczenia nowotworu warto zwrócić szczególną uwagę na higienę przygotowywania posiłków i ich spożywania

Przed przygotowywaniem posiłków, a także przed ich spożyciem – myj ręce mydłem.

Spożywaj posiłki od razu po ich przygotowaniu.

Resztki niespożytego posiłku lepiej jest wyrzucić, niż dojadać później. Dlatego też nakładaj sobie tyle na talerz, ile myślisz, że zjesz.

Nie przechowuj zbyt długo gotowych potraw (np. niedozwolone jest gotowanie zupy na 3 dni).

Dokładnie myj i susz naczynia kuchenne. Możesz wykorzystywać zmywarkę, ale też poproś bliskich o jej dokładne i regularne czyszczenie (szczególnie sitek i filtrów).

Poproś bliskich, aby lodówka była regularnie i skutecznie czyszczona. Produkty przechowuj w zamykanych pojemnikach, aby nie dopuszczać do skażenia krzyżowego.

Regularnie wymieniaj gąbki i zmywaki. Korzystaj z jednorazowych ręczników kuchennych.

Jeśli używasz kuchenki mikrofalowej, zadbaj o jej czystość.

Nie gromadź zapasów. Jeśli masz możliwość – możesz wykorzystać zamrażarkę.

Sprawdzaj datę przydatności do spożycia, a także szczelność opakowań produktów spożywczych.

Jeśli rozmrażasz mięso, ryby, pieczywo – rób to w lodówce, a nie na kuchennym blacie.

W miarę możliwości nie korzystaj z punktów żywienia zbiorowego.

Nie pij z jednej butelki z innymi osobami.

Dieta okołoprzeszczepowa Jakie są jej zasady?

Czasem w procesie leczenia chłoniaków pacjenci kierowani są na przeszczep komórek macierzystych. Osoby zakwalifikowane do takiego leczenia (zarówno z własnych komórek macierzystych, jak i od dawcy) powinni w szczególny sposób zadbać o swój jadłospis. W tym okresie należy zadbać przede wszystkim o higienę przygotowania posiłków, a także zminimalizować ryzyko zakażenia np. bakteriami, grzybami z różnych produktów spożywczych.

Jeśli pojawi się u pacjenta neutropenia, która znacząco wpływa na obniżenie odporności, wówczas stosuje się - jeśli lekarz zaleci - tzw. dietę neutropeniczną.

✓ PRODUKTY DOZWOLONE

✗ PRODUKTY NIEDOZWOLONE

NABIAŁ

- Mleko i śmietanki UHT
- Biały ser twarogowy hermetycznie zapakowany
- Ser żółty hermetycznie zapakowany (niewielkie ilości)

- Mleko świeże, w tym mleko „prosto od krowy”
- Mleko pasteryzowane oraz produkty na jego bazie/z jego dodatkiem
- Ser biały na wagę, sery pleśniowe, np. brie, camembert i inne

JAJA

- Jaja ugotowane na twardo
- Dobrze ścięta jajecznica (najlepiej na parze)
- Dobrze wypieczony w piekarniku omlet

- Surowe jaja, a także dania z dodatkiem surowych jaj, np. majonez domowy, kogel mogiel czy tradycyjne tiramisu

MIĘSO i RYBY

✓ PRODUKTY DOZWOLONE

- Mięso (najlepiej chude) po obróbce termicznej (pieczenie, gotowanie)
- Ryby po obróbce termicznej (pieczenie, gotowanie)
- Wędliny gotowane lub pieczone (hermetycznie zamknięte)

Produkty takie jak: jogurty/maślanki naturalne w małych opakowaniach, sery dojrzewające, surowe warzywa i owoce (po ich wcześniejszym dokładnym umyciu, sparzeniu, obraniu) być może możesz włączyć do diety. Zapytaj o to swojego lekarza, który najlepiej zna Twój stan zdrowia.

✗ PRODUKTY NIEDOZWOLONE

- Mięso, ryby surowe i niedopieczone, w tym tatar, steki słabo wysmażone, sushi
- Mięso surowe, suszone
- Ryby i mięso wędzone
- Konserwy rybne/mięsne
- Wędliny/pasztesy na wagę/krojone na miejscu
- Dania typu fast food + większość dań garmażeryjnych
- Mięsa, ryby pasteryzowane metodami domowymi, w tym domowy rosół
- Owoce morza

PRODUKTY ZBOŻOWE

- Pieczywo pakowane
- Naturalne płatki zbożowe po ugotowaniu
- Ryż, makaron, kasze po ugotowaniu

- Produkty bez hermetycznego opakowania
- Mocno słodzone płatki śniadaniowe, w tym musli typu crunchy

DESERY

- Czekolady bez dodatków
- Cukierki (najlepiej bezcukrowe)
- Kompoty, kisiele i galaretki owocowe – najlepiej z prawdziwych soków, a nie z proszku

- Ciasta i ciasta z kremem
- Czekolady i praliny nadziewane
- Lody

✓ **PRODUKTY DOZWOLONE**

✗ **PRODUKTY NIEDOZWOLONE**

**WARZYWA
i OWOCE**

- Warzywa świeże, jędrne po obróbce termicznej (mogą być z mrożonki)
- Owoce świeże, jędrne po obróbce termicznej (mogą być z mrożonki)
- Owoce w lekkich syropach i kompoty
- Kupne dżemy, konfitury w małych opakowaniach

- Surowe warzywa i owoce, których nie da się obrać, np. truskawki, wiśnie
- Surowe kiełki
- Owoce cytrusowe
- Suszone owoce
- Kiszonki
- Grzyby
- Owoce i warzywa marynowane
- Domowe przetwory, np. dżem, leczyo itd.
- Soki świeżo wyciskane z warzyw i owoców
- Sok pomidorowy, grejpfrutowy
- Surówki z majonezem
- Surówki gotowe/ pakowane na wagę

TŁUSZCZE

- Oleje roślinne (najlepiej jako dodatek do ugotowanych dań)
- Oliwa z oliwek
- Margaryna kanapkowa miękka dobrej jakości (bez tzw. tłuszczów trans) w mini opakowaniach
- Masło w mini opakowaniach

- Smalec, słonina
- Masło z mleka nie UHT
- Olej palmowy/ kokosowy
- Margaryny twarde

ORZECHY

- Wszystkie orzechy
- Migdały

Kiedy sama dieta nie wystarczy

prof. dr hab. n. med.
Stanisław Kłęk
chirurg onkolog

mgr
Maria Brzegowy
dietetyk kliniczny

mgr
Urszula Trzaska
dietetyk kliniczny

Jeśli w przebiegu leczenia przeciwnowotworowego Twój apetyt znacząco zmalał, dokuczają Ci przewlekłe biegunki i wymioty, a masa ciała drastycznie spada, być może będziesz wymagać wsparcia z zakresu tzw. leczenia żywieniowego.

Termin ten obejmuje postępowanie medyczne polegające na podaży substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających Twoje aktualne zapotrzebowanie drogą inną niż doustna, a mianowicie:

- **drogą dostępu sztucznego do przewodu pokarmowego** przez zgłębnik albo dostęp typu gastrostomia/PEG (tzw. żywienie dojelitowe, enteralne),
- **drogą dostępu do żył** (tzw. żywienie pozajelitowe, parenteralne).

Sygnalem alarmowym organizmu jest **spadek masy ciała rzędu zaledwie 5% w krótkim czasie, niezależnie od wyjściowej wartości wagi** – można mieć nadwagę, bądź być otyłymi i jednocześnie źle odżywionym, o czym wiesz z poprzednich stron.

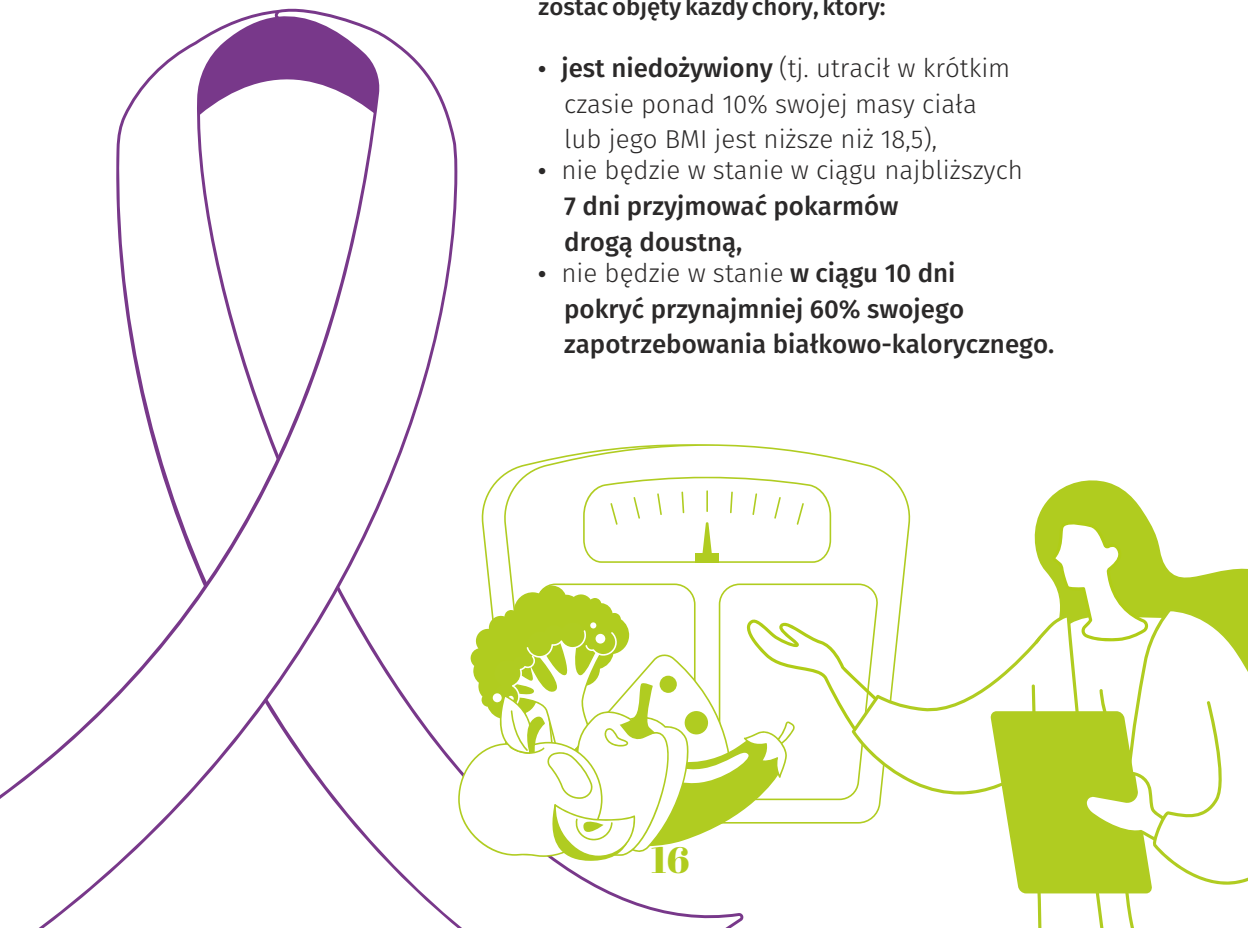
Metodą żywienia z wyboru jest **żywienie dojelitowe** prowadzone przy użyciu specjalistycznych diet przemysłowych. Pozwala ono na zachowanie fizjologicznej drogi podania pokarmu, a tym samym – prawidłową czynność kosmków jelitowych. To także interwencja wiążąca się z niższym ryzykiem wystąpienia powikłań. W sytuacji, gdy będziesz potrzebować takiego wsparcia przez dłuższy czas, możliwe jest również kontynuowanie go w warunkach domowych, w całości refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Jeśli jednak stan przewodu pokarmowego nie pozwala na żywienie dojelitowe (w przebiegu niedrożności jelit, niewystarczającej zdolności wchłaniania przez nie poszczególnych składników pożywienia czy też złej tolerancji takiej diety), wówczas zastosowanie znajduje żywienie drogą dostępu żylnego. Czasem również w następstwie leczenia różnymi schematami chemioterapeutycznymi, które wiążąc się z wystąpieniem określonych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (np. permanentne nudności i wymioty), uniemożliwią żywienie drogą dojelitową. Żywienie parenteralne może być jedynym sposobem dostarczania substancji odżywczych (całkowite żywienie pozajelitowe) lub jako uzupełnienie żywienia dojelitowego czy diety doustnej (częściowe żywienie pozajelitowe). Podobnie jak żywienie enteralne, także i ono może być prowadzone w warunkach domowych.

WAŻNE!

Interwencją żywienia drogą sztuczną powinien zostać objęty każdy chory, który:

- **jest niedożywiony** (tj. utracił w krótkim czasie ponad 10% swojej masy ciała lub jego BMI jest niższe niż 18,5),
- nie będzie w stanie w ciągu najbliższych **7 dni przyjmować pokarmów drogą doustną,**
- nie będzie w stanie **w ciągu 10 dni pokryć przynajmniej 60% swojego zapotrzebowania białkowo-kalorycznego.**



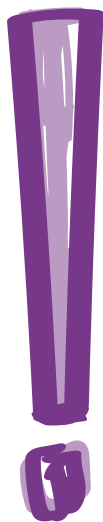
Interakcje leków ze składnikami diety

mgr
Maria Brzegowy
dietetyk kliniczny

mgr
Urszula Trzaska
dietetyk kliniczny

Leki przeciwnowotworowe często są tabletkami lub kapsułkami podawanymi doustnie, co może wymagać stosowania się do określonych zasad, o których powinieneś wiedzieć zanim po nie sięgniesz. Niektóre z leków mogą wchodzić w interakcje ze spożywanymi pokarmami.

Z tego powodu, zanim rozpocznie się leczenie, z uwagą powinno się zapoznać z dołączoną do preparatu ulotką. Znajomość potencjalnych interakcji żywności z lekami zwiększa skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej terapii.



UWAGA!

Wybrane składniki żywności mogą nasilać albo ograniczać wchłanianie leków. Obie sytuacje są niekorzystne: mogą wiązać się z nasileniem działań niepożądanych lub zmniejszeniem skuteczności leczenia.

Stąd też ważne jest, aby mieć świadomość, które leki należy przyjmować z posiłkami, które pomiędzy nimi, a które na czczo. Zawsze z uwagą słuchaj wytycznych lekarza prowadzącego oraz czytaj dołączone do leków ulotki. Wątpliwości zgłaszaj specjaliście – nie szukaj informacji na internetowych forach, ani wśród znajomych.

Najprostszym przykładem możliwych interakcji są soki owocowe (w tym zwłaszcza grejpfrutowy), których spożycie może prowadzić do zmiany pH żołądka i jelit, co potencjalnie wpływa na zmniejszenia bądź zwiększenie szybkości wchłaniania się substancji.

Poniżej opisano wybrane przykłady, w których składniki diety lub suplementy uważane powszechnie za „zdrowe” - takie jak wspomniane wyżej owoce cytrusowe, suplementy oleju rybiego, ziele dziurawca, witamina E, witamina C czy zielona herbata - wchodzą w istotne interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu chłoniaków.

- Inhibitory kinazy Brutona to nowa klasa leków ukierunkowanych molekularnie stosowana u pacjentów z przewlekłą białaczką limfatyczną i niektórych podtypów chłoniaków z limfocytów B. **Grejpfruty i – w mniejszym stopniu inne owoce cytrusowe - hamują układ enzymatyczny związany z cytochromem CYP3A4, odpowiedzialny w wątrobie za ich metabolizowanie (rozkładanie), co w konsekwencji zwiększa ich stężenie, nasilając działania niepożądane.**
- Jeszcze silniej hamują cytochrom CYP3A4 leki - w tym niektóre z powszechnie stosowanych - antybiotyki, leki przeciwgrzybicze czy leki stosowane w leczeniu zaburzeń rytmu serca.
- Pewne składniki pokarmowe, takie jak **ziele dziurawca, suplementy oleju rybiego czy witamina E**, indukują działanie cytochromu, przez co zmniejszają dostępność inhibitorów kinazy Brutona. Tak samo działają niektóre leki przeciwpadaczkowe czy przeciwgruźlicze. Inhibitory pompy protonowej, czy popularne leki osłonowe na żołądek, zmniejszają z kolei ich wchłanianie z przewodu pokarmowego.
- Czas na opisanie możliwych interakcji **zielonej herbaty**, a konkretnie obecnego w niej galusanu epigallokatechiny. Hamuje on działanie bortezomibu, zmniejsza wchłanianie palbocyklibu, natomiast zwiększa dostępność (nasila działanie) tamoksifenu czy irynotekanu.



Kolejnymi przykładami interakcji leków z mogą być:

- **plikamacyna:** jej działanie mogą osłabiać suplementy zawierające wapń i witaminę D,
- **bortezomib:** jego aktywność kliniczną może ograniczyć suplementacja diety witaminą C,
- **imatynib:** jego działanie zmniejszają suplementy ziela z dziurawca,
- **nilotynib:** jego wchłanianie może spowolnić posiłek obfitujący w tłuszczy; zaleca się, aby lek przyjmować na 2 godziny po posiłku i powstrzymać się od jedzenia przez kolejną godzinę,
- **docetaksel:** choć dane kliniczne są niespójne, wydaje się, że obecność allicyny występującej w czosnku może hamować metabolizm tego leku w wybranej grupie pacjentek z rakiem piersi,
- z oczywistych względów **nie powinno się w trakcie leczenia cytostatykami spożywać alkoholu** - szczególnie duże ryzyko uszkodzenia wątroby występuje w przypadku leczenia metotreksatem i prokarbazyną.

W populacji ogólnej dosyć częstą praktyką jest suplementacja codziennej diety, nie zawsze ze wskazań związanych z rzeczywistymi niedoborami organizmu. Ze względu na to, że aktualnie nie są znane wszystkie interakcje leków cytostatycznych oraz nowoczesnych terapii z suplementami, ich profilaktyczne stosowanie jest raczej odradzane, a już na pewno niezalecane bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem.

WAŻNE!

Podczas leczenia przeciwnowotworowego odporność Twojego organizmu może ulec dodatkowemu, znaczącemu obniżeniu, co oznacza, że w większym stopniu będziesz podatny na wystąpienie różnego rodzaju infekcji. Infekcje, zwłaszcza poważne, wiążą się z koniecznością redukcji dawek lub odroczenia leczenia przeciwnowotworowego.

Stąd też, w kontekście diety, powinieneś ze szczególną uwagą zadbać również o wysoką jakość kupowanych produktów spożywczych oraz higienę przygotowywania i przechowywania posiłków. Taka praktyka zwykle kosztuje niewiele wysiłku, a może mieć ogromne znaczenie dla Twojego samopoczucia oraz stanu zdrowia.





Rozdział VII

DLACZEGO WARTO SIĘ RUSZAĆ

A W RAZIE POTRZEBY WPROWADZIĆ FIZJOTERAPIĘ U PACJENTA ONKOLOGICZNEGO?

Kiedy łamiemy nogę, poddajemy się operacji narządu ruchu lub takiej, która wymaga następnie rehabilitacji, wtedy fizjoterapia jest dla nas absolutnie zrozumiała. Kiedy pojawia się rozpoznanie chłoniaka, choroby nowotworowej, która na narząd ruchu nie wpływa bezpośrednio, wówczas mało kto pomyśli o potrzebie aktywności fizycznej czy wsparciu fizjoterapeutycznym.

Tymczasem aktywność fizyczna jest ważnym elementem w procesie przygotowania do leczenia i zdrowienia pacjentów z każdą chorobą nowotworową. Jest wręcz niezbędna dla szybkiego powrotu do zdrowia po leczeniu.

Dzięki aktywności fizycznej pacjent zwiększa swoje szanse na bycie samodzielnym i niezależnym w życiu codziennym z chorobą, a przy regularnym podejmowaniu odpowiedniego wysiłku fizycznego i osiągnięciu wytyczonych celów terapeutycznych, poprawia się ogólne samopoczucie pacjenta i przede wszystkim wzmacnia organizm. Aby prawidłowo dobrać ćwiczenia i sposób ruchu, można skorzystać z porady fizjoterapeuty.

”

- Dzień dobry, nazywam się Maciej Koktysz i jestem fizjoterapeutą. Od dzisiaj rozpoczyna Pan/Pani rehabilitację.

- Rehabilitację? Z fizjoterapeutą? Przecież ja mam chłoniaka. Po co mi fizjoterapia?

Tak wygląda jedna z częstszych reakcji pacjentów chorujących na nowotwory na komunikat o fizjoterapii.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że fizjoterapia czy sam ruch fizyczny, są niepotrzebne lub nawet niewskazane w leczeniu nowotworów.

Tymczasem jest zupełnie odwrotnie!

Oczywiście aktywność ruchowa powinna być dostosowana do własnych możliwości oraz procesu leczenia i w tym właśnie może pomóc fizjoterapeuta.

Chłoniak i ruch? Jak najbardziej!

mgr
Maciej Koktysz
fizjoterapeuta

Zacznijmy od rozprawienia się z pewnymi mitami. Po pierwsze, że w chorobie nowotworowej powinno się „leżeć”, a po drugie, że fizjoterapia jest przeciwwskazana dla chorych onkologicznie. Do niedawna w świecie medycyny panowało przekonanie, że bodźcujący charakter metod specyficznych dla fizjoterapii może przyczynić się do zwiększenia ryzyka nawrotu choroby bądź jej rozsiewu.

Jeszcze niedawno w podręcznikach o fizjoterapii choroba nowotworowa stanowiła jedno z pierwszych przeciwwskazań dla wielu działań fizjoterapeutycznych.

Wiele obaw wynikało również z przeświadczenia o:

- modulującym wpływie ćwiczeń fizycznych na układ odpornościowy,
- zwiększeniu toksyczności leczenia przeciwnowotworowego na układ krążenia,
- zwiększeniu ryzyka złamań kości,
- złej kondycji psychofizycznej pacjentów, która nie sprzyja wysiłkowi fizycznemu.

Takie poglądy spowodowały, że głównym zaleceniem dla chorych na nowotwór było unikanie wysiłku fizycznego i prowadzenie oszczędzającego trybu życia. **Tego typu porady powodowały uruchomienie błędnego koła, w którym unikanie wysiłku i oszczędzanie się pogłębiało spadek sprawności ruchowej, doprowadzając tym samym do ograniczenia samodzielności i niezależności chorych.** Oprócz doprowadzania do niepełnosprawności ruchowej, mechanizm ten wpływał również na pogorszenie wyników leczenia choroby nowotworowej.

Oczywiście ruch i aktywność fizyczna muszą być adekwatnie dobrane do Twoich możliwości zarówno przed, jak i w trakcie zachorowania, a także realizowane w bezpiecznych warunkach.

Wyjście na siłownię w trakcie leczenia może być zalecane jedynie w niektórych przypadkach. Dlatego pojawia się pojęcie fizjoterapii, w ramach której specjalista podpowie, jak prowadzić aktywność fizyczną, aby optymalnie wspierała organizm. Fizjoterapia jest metodą leczniczą, która stosuje naturalne bodźce fizyczne i działa na organizm ludzki zgodnie z fizjologicznymi mechanizmami. W procesie przywracania utraconej sprawności lub zapobieganiu tej utracie, fizjoterapeuta wykorzystuje różne sprawdzone i uznane, choć czasami nieoczywiste metody i środki.

Są to przede wszystkim:

- **Ruch** w postaci ćwiczeń fizycznych i zalecenia do samodzielnej realizacji - czasem wystarczy Ci jedno spotkanie, aby dowiedzieć się, jaka aktywność jest dla Ciebie najlepsza! Jeśli jednak Twój stan zdrowia będzie potrzebował więcej wsparcia, fizjoterapeuta dobierze inne metody!

- **Zabiegi fizykalne** - działanie niskiej i wysokiej temperatury, różnych form promieniowania świetlnego, prądu czy pola magnetycznego.
- **Różne formy i techniki terapii manualnych i masażu.**
- **Metody specjalne**, jak stosowanie plastrów terapeutycznych (kinesiotaping).
- **Zaopatrzenie ortopedyczne**, z którego korzysta się, aby wspomóc proces rehabilitacji pacjentów.

Dobór terapii i zabiegów fizykalnych zawsze zależy od indywidualnego przypadku i wymagana jest konsultacja z lekarzem prowadzącym i fizjoterapeutą.

Jako hematolog na co dzień zajmujący się pacjentami chorymi na chłoniaki, nie wyobrażam sobie leczenia bez współpracy z psychologiem, dietetykiem i właśnie fizjoterapeutą. Ale zamiast powielać merytoryczne argumenty, przedstawione już w tym poradniku, chciałbym podzielić się krótką opowieścią.

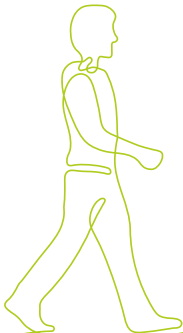
Wyobraź sobie, że po ciężkim tygodniu ktoś nakazałby Ci cały weekend spędzić w łóżku. Wreszcie można by się wypaść, przeczytać książkę – może dwie, obejrzeć sezon serialu – może dwa, odpocząć. Poniedziałek byłby super!

Ale wyobraź sobie konieczność leżenia w łóżku przez tydzień – więcej byłoby w tym już niedogodności niż radości. Jeżeli by tydzień zamienić na miesiąc, trudno byłoby wstać po takim czasie z łóżka bez pomocy rehabilitanta.

Leczenie chłoniaka trwa zwykle 6 – 10 miesięcy. W tym czasie pacjenci – często przy wydatnej pomocy swych bliskich – zmieniają tryb życia, oszczędzają się. Spacer urasta do rangi problemu, o wysiłku fizycznym nie wspominając. Przez te pół roku organizm starzeje się biologicznie o 5-10 lat, a powrót do formy wymaga czasu i wytrwałości.

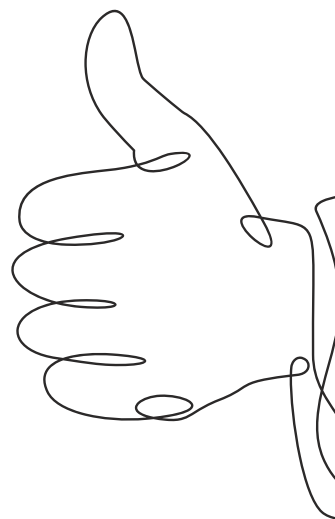
A choroba, o ile nie ma powikłań leczenia, to właśnie często nadmiar czasu, który możemy poświęcić dla siebie. To czas na regularne ćwiczenia, wręcz w bezpiecznych warunkach chodzenie do siłowni.

Nikt nie nakłania w tym czasie do bicia rekordów, ale do uwierzenia, że można, że wręcz należy znaleźć nie tylko czas na odpoczynek i sen, lecz także na codzienne ćwiczenia i dbanie o formę!



prof. dr hab. n. med.
Wojciech Jurczak

Obawy dotyczące stosowania metod fizjoterapeutycznych nie znalazły swojego potwierdzenia w żadnych badaniach naukowych i dzisiaj już wiemy, iż odpowiednio dobrane zabiegi fizjoterapeutyczne oraz adekwatna aktywność fizyczna są dobrym sposobem zapobiegania niepożądanych następstw leczenia onkologicznego, jak również przywracania utraconej sprawności psychofizycznej. Powinny być integralną częścią kompleksowego leczenia choroby nowotworowej. Tutaj wsparcie fizjoterapeuty niesie za sobą szereg korzyści dla pacjentów przed podjęciem leczenia, w trakcie oraz po jego zakończeniu.



Jakie korzyści czerpiesz z prawidłowej aktywności fizycznej?

TE CELE OSIĄGNIESZ SAM:

1 Regularna aktywność fizyczna zmniejsza uczucie zmęczenia.

Jest to jedno z bardziej utrudniających życie powikłań po leczeniu onkologicznym. Odpowiednia dawka ruchu to najlepsze rozwiązanie na brak energii. Słuchaj swojego organizmu, w trakcie leczenia unikaj siłowni i basenu, wybieraj ruch na świeżym powietrzu i aktywność, która sprawia Ci przyjemność. Jeśli nie masz pomysłu - fizjoterapeuta może pomóc Ci obrać odpowiednie obciążenia wysiłkowe do Twoich aktualnych możliwości oraz poradzi, jak efektywnie zarządzać zasobami energii przy wykonywaniu codziennych czynności (sprzątania, pracy w kuchni, pracy zawodowej).

2 Podejmowanie wysiłku fizycznego oraz osiągnięcie wytyczonych celów poprawia ogólne samopoczucie pacjenta i samo w sobie może być już terapeutyczne.

Dobre nastawienie psychiczne, świadomość kontroli i wpływu na własne życie, warunkuje lepsze efekty leczenia przeciwnowotworowego.

3

Ruchu nie zastąpi żadna tabletką ani suplement diety

Należy dążyć do tego, aby leczenie onkologiczne szło w parze z utrzymaniem lub powrotem pacjenta do sprawności ruchowej. Dzięki aktywności fizycznej można zapobiec wystąpieniu wielu groźnych powikłań wynikających z jej deficytu (jak choćby zapaleniu płuc, zakrzepicy żył głębokich czy zanikiem mięśniowym).

TE CELE OSIĄGNIESZ Z POMOCĄ SPECJALISTY:

4

Fizjoterapia może być kluczowa w procesie zdrowienia.

Jeśli w związku z chorobą lub leczeniem trudno Ci podjąć jakąkolwiek aktywność fizyczną lub wręcz jest to niemożliwe, szybkie wdrożenie działań fizjoterapeutycznych - jeśli jest taka opcja - już na etapie szpitalnym - zwiększa szansę na sprawne wyjście ze szpitala oraz szybszy i efektywniejszy czas rekonwalescencji.

5

Nadrzędnym celem fizjoterapii powinna być dbałość o jak najlepszą jakość życia pacjenta na każdym etapie choroby i jej leczenia.

Dzięki fizjoterapii pacjent, który w wyniku choroby utracił samodzielność ruchową, ma szansę na bycie niezależnym w życiu codziennym.

6

Wiele metod fizjoterapeutycznych, takich jak techniki terapii manualnej, fizykoterapia czy kinesiotaping, wpływa na zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Ból jako jeden z objawów samej choroby, jak i powikłań jej leczenia, jest ciężką i przykrą dolegliwością, która znacząco obniża jakość życia pacjentów.

7 Fizjoterapeuta pomaga odnaleźć się pacjentowi w „nowej rzeczywistości”.

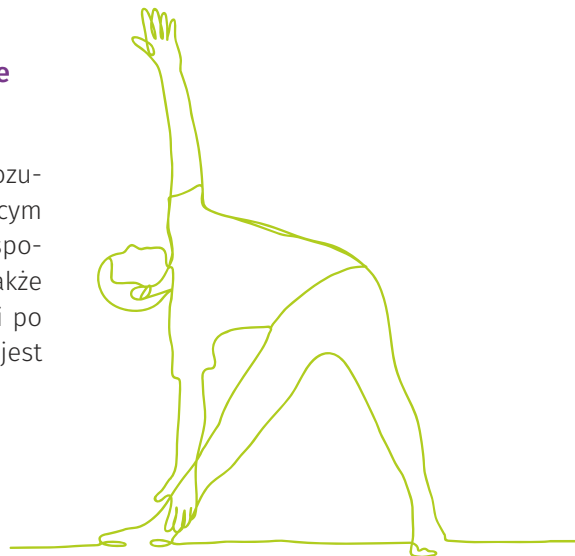
Po zakończeniu intensywnego leczenia pacjent musi zaadaptować się do pewnej „nowej rzeczywistości”, która zaistniała w wyniku choroby i jej długiego, obciążającego leczenia oraz częstych pobytów w szpitalu. Ta adaptacja jest procesem, w którym pacjent „uczy się siebie na nowo”, przystosowuje się do życia po chorobie. Fizjoterapeuta pokazuje, jak poradzić sobie z wykonywaniem codziennych obowiązków domowych (sprzątanie, prace w kuchni, robienie zakupów) oraz jak bezpiecznie wrócić do swoich zainteresowań, sportu czy pracy zawodowej.

8 Dzięki stosowaniu ćwiczeń czucia głębokiego w fizjoterapii poprawia się odczuwanie i świadomość ciała, polepsza się kontrola ruchów dowolnych oraz postawa ciała.

W fizjoterapii często wykorzystuje się trening propriocepcji, czyli stymulację czucia głębokiego. Są to różne metody pracy z ciałem, które koncentrują się na indywidualnym odczuciu schematu ciała i ułożenia poszczególnych jego części względem siebie. U pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej dochodzi do zaburzeń czucia głębokiego. W takiej sytuacji mogą pojawiać się problemy z chodzeniem, równowagą czy nawet z utrzymywaniem pozycji stojącej. Wiele dolegliwości bólowych może również wynikać z przeciążeń układu mięśniowo-szkieletowego, które powstają przez niewłaściwe stereotypy ruchowe wykonywane na co dzień przez pacjentów.

9 Pacjent zyskuje ogromne wsparcie fizyczne i mentalne.

Dzięki relacji z empatycznym i wyrozumiałym, a jednocześnie wymagającym i stanowczym fizjoterapeutą, który wspomaga pacjenta w czasie leczenia, a także pomaga mu powrócić do sprawności po jego zakończeniu, pacjent wie, że nie jest sam!



10 **Odpowiednio dobrana przez fizjoterapeutę aktywność fizyczna wywiera korzystny wpływ na tkankę kostną i cały układ szkieletowy.**

W trakcie leczenia pacjenci onkologiczni otrzymują duże dawki leków sterydowych, które mogą negatywnie oddziaływać na kości i stawy, doprowadzając do wcześniejszego rozwoju osteoporozy czy choroby zwyrodnieniowej stawów. Ruch stanowi doskonałą formę zapobiegawczą, jak i terapeutyczną dla wspomnianych powikłań, ponieważ doprowadza do zwiększenia masy kostnej oraz wzmacnia ścięgna i więzadła, które tworzą nasze stawy.

11

Długotrwałe leczenie i brak odpowiedniej dawki ruchu działają niekorzystnie na układ mięśniowy, doprowadzając do sporych ubytków masy mięśniowej, a tym samym do zmniejszenia siły i wytrzymałości mięśniowej. Efektem tego mogą być problemy z wykonywaniem codziennych czynności, jak choćby z chodzeniem. Czynności, które przed chorobą nie były żadnym wyzwaniem, nagle mogą okazać się przeszkodą trudną do pokonania.

Dzięki ćwiczeniom i zabiegom leczniczym wykorzystywanym w fizjoterapii, pacjent ma szansę wzmocnić i rozbudować osłabione mięśnie oraz uelastyczyć te partie ciała, które są przykurczone. Niezwykle istotnym czynnikiem, o którym nie wolno zapominać przy budowaniu i wzmacnianiu mięśni, jest odpowiednio dobrana i zbilansowana dieta.

12 **Współpraca z fizjoterapeutą może również zaowocować zmianą stylu życia pacjenta.**

Poprzez aktywność fizyczną, właściwą dietę oraz poprawę kondycji zdrowia psychicznego, wspieramy czynniki, które mają ogromny wpływ na zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby nowotworowej oraz przedwczesnej śmierci, o czym coraz częściej donosi się w rozmaitych publikacjach naukowych.



Rozdział VIII

JAK PORADZIĆ SOBIE Z DIAGNOZĄ I LECZENIEM

CZYLI WSPARCIE EMOCJONALNE

Słowa „chłoniak”, „nowotwór”, a w prostym skojarzeniu „rak” - choć chłoniak rakiem nie jest - najczęściej budzą ogrom emocji. Kiedy diagnoza pojawia się w Twoim życiu, z jednej strony może towarzyszyć jej niepokój, lęk, wiele obaw, a z drugiej wielka motywacja i siła do walki.

Jak już wiesz, chłoniaki są różne, niektóre zostaną „wyrwane z korzeniami” już w czasie pierwszej linii leczenia, inne będą nawracać, a pacjent będzie poddawany kolejnym terapiom; wreszcie są takie, które z założenia zostaną z pacjentem na całe życie. Często pacjenci o chłoniaku mówią „dziad”, ale bywa też, że choroba zyskuje miano „przyjaciółki”, która zmieniła życie na lepsze. Różne są reakcje, tak, jak różni są ludzie.

W pierwszej części tego rozdziału podpowiemy Ci, jak możesz podejść do pogodzenia się z chorobą. Otrzymasz kilka dobrych rad, które pomagają pacjentom w emocjonalnym radzeniu sobie w nowej rzeczywistości. W drugiej części pokażemy Ci, dlaczego warto i kiedy skorzystać z profesjonalnego wsparcia emocjonalnego i jak ono wygląda. Wszystkie treści kierujemy zarówno do samych chorych, jak i ich bliskich.

Dlaczego stan psychiczny w powrocie do zdrowia jest ważny?

„To, co za nami i to, co przed nami to drobiazgi
w porównaniu z tym, co w nas.”

Ralph Waldo Emerson

Jedno jest pewne. Praca nad stresem i negatywnymi
emocjami pozwoli Ci nie tylko lepiej przechodzić
leczenie, dostrzegać radość i pozytywne strony życia,
ale także – wzmocni Twój układ odpornościowy.

Być może zastanawiasz się, co wspólnego
ma układ odpornościowy z psychiką?

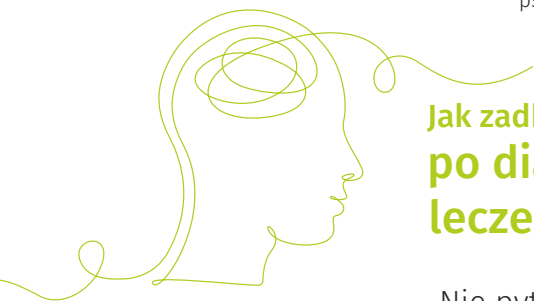
Psychika to - upraszczając
dla łatwiejszego zrozumienia - Twoje myśli i emocje.
Emocje odczuwasz w ciele, ponieważ autonomiczny
układ nerwowy, pod wpływem informacji z układu
limbicznego w Twoim mózgu,
uruchamia szereg reakcji fizjologicznych
(np. szybsze bicie serca, rozszerzone źrenice).

Ten sam układ limbiczno-podwzgórzowy wydziela białka
zwane neuropeptydami, które docierają do komórek
układu immunologicznego. W ten sposób emocje mają
wpływ na system odpornościowy:
albo go wzmacniają albo osłabiają.

Układ immunologiczny i mózg tworzą sieć wzajemnie
powiązanych procesów oddziałujących
w dwóch kierunkach i oba te układy nawzajem regulują
swoje funkcje. Obecnie w laboratoriach naukowcy śledzą
procesy, w których to, co dzieje się w mózgu, ma wpływ
na działanie systemu odpornościowego.

Zastosuj dobre praktyki!

mgr
Beata Pachońska
psycholog, psychoonkolog



Jak zadbać o swój stan psychiczny po diagnozie i w trakcie leczenia onkologicznego?

„Nie pytaj siebie jak wytłumaczyć to, co się stało, ale co z tym zrobić.”

Albert Schweitzer

Pierwszy jest szok. A potem to już Twój wybór, z jakim nastawieniem będziesz każdego dnia ogarniać proces leczenia. Tak, możesz zdecydować, jak potraktować swoją chorobę. Albo ona będzie rządzić Tobą albo Ty nią. Poniżej znajdziesz dziesięć dobrych praktyk, które podpowiedzą Ci, jak zarządzać chorobą nowotworową!

1

DOBRA PRAKTYKA

„Doświadczenie to nie to, co się trafia człowiekowi.
Doświadczenie to coś, co człowiek robi z tym, co mu się przytrafia.”

Aldous Huxley

Chociaż nowotwór jest trudnym czasem dla Ciebie, uznaj, że choroba jest. Jest faktem, ale to tylko choroba, którą medycyna leczy coraz skuteczniej. **WAŻNE, ŻEBYŚ TY ZDEFINIOWAŁ, CZYM JEST TA CHOROBA W TWOIM ŻYCIU, BO INACZEJ ONA ZDEFINIUJE CIEBIE I BĘDZIE GŁÓWNYM BOHATEREM TWOJEGO PRZECIEŻ ŻYCIA.** Potraktuj chorobę, jak jego kolejny etap. Uznaj, że jest i zamiast z nią walczyć, skup się na procesie zdrowienia. I nie wypisuj się z życia. Żyj normalnie, jak do tej pory, na tyle na ile jest to oczywiście możliwe. **ZAMIAST POD DYKTANDO CHŁONIAKA TWÓRZ WŁASNY SCENARIUSZ.**

2

DOBRA PRAKTYKA**„Zło na świecie płynie niemal zawsze z niewiedzy.”**

Albert Camus

Wiarygodna wiedza o chorobie zmniejsza lęk przed nią. Ale uważaj! Odpuść niesprawdzoną, przypadkową wiedzę z internetu i statystyki. Pierwsza zawiera zbyt dużo nierzetelnych informacji i opinii. Statystyki zaś odnoszą się do populacji. To cyfry, które są niezbędne naukowcom i lekarzom. **JEŚLI POTRZEBUJESZ INFORMACJI, SZUKAJ ICH U WIARYGODNYCH RÓDEŁ** takich jak lekarz, stowarzyszenia i fundacje, psychoonkolog. Pamiętaj, że **TWOJE CHOROWANIE JEST JEDYNE W SWOIM RODZAJU, BO KAŻDY CHORUJE I ZDROWIEJE INACZEJ.**

3

DOBRA PRAKTYKA**„Człowiek może wybrać z jakim nastawieniem podejdzie do dowolnej zaistniałej sytuacji, może wybrać swoją własną drogę i to jest ostatnia wolność, jaka człowiekowi została.”**

Viktor Frankl

Przeszłości nie zmienisz, przyszłość jest nieznaną. **KONCENTRUJ SIĘ NA TYM, NA CO MASZ WPŁYW.** A masz wpływ na to, co jest tu i teraz. Masz wpływ na swoje wybory. Czy każdego dnia wybierasz użalanie się nad sobą i koncentrowanie na swoim nieszczęściu, czy organizowanie kolejnych chwil tak, abyś mógł powiedzieć **„ZROBIŁEM WSZYSTKO, CO MOGŁEM, ŻEBY AKTYWNIIE UCZESTNICZYĆ W PROCESIE MOJEGO LECZENIA I ZDROWIENIA”.**

4

DOBRA PRAKTYKA

„Nasze życie jest takim, jakim uczyniły je nasze myśli.”

Marek Aureliusz

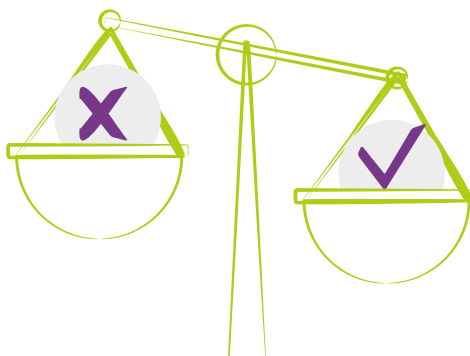
Wszystko zaczyna się w głowie, od myśli. W momencie, kiedy się budzisz rano, pojawiają się w Twojej głowie. Przez cały dzień aż do momentu, kiedy zasypiasz. Taka jest natura umysłu. Produkowanie myśli. Są Twoim wewnętrznym głosem, który nieustannie nadaje. Myśli może być nieskończona ilość, ale wszystkie da się podzielić na dwie kategorie.

Pierwsza to te, które ci **służą i pomagają**, na przykład rozwiązywać problemy albo **zapewniać bezpieczeństwo**. Drugą kategorią są myśli, które ci nie służą, a nawet szkodzą, są dla ciebie niezdrowe.

I tymi myślami warto się zająć, ponieważ tworzą one negatywne autonarracje. Słyszysz wtedy w swojej głowie wewnętrzny głos, który snuje opowieść w rodzaju: „teraz to już tylko będzie gorzej... czym ja sobie na takie cierpienie zasłużyłem?... nie dam rady tego unieść... czy to już koniec mojego życia?”. To znakomita pożywka dla lęku i bezradności.

Takie czarne scenariusze są dla Ciebie źródłem nieprzyjemnych uczuć, a w dużej dawce są niezdrowe dla ciała. Te uczucia czasami bywają tak silne, że nie dostrzegasz swojego głosu wewnętrznego, czyli myśli, które się za nimi kryją. Najczęściej są poza Twoją świadomą kontrolą, bo pojawiają się samoistnie. Próba ich wyeliminowania, na przykład przez przekierowanie uwagi na robienie czegoś, najczęściej pomaga... ale na chwilę. Myśli wracają.

DLATEGO ZRÓB PRZEGLĄD W SWOICH PRZEKONANIACH NA TEMAT CHŁONIAKA, TWOJEJ CHOROBY I LECZENIA. PRZEKONANIA TO MYŚLI, W KTÓRE WIERZYSZ; TO MYŚLI, KTÓRE SĄ DLA CIEBIE TAK OCZYWISTE, ŻE BYWAJĄ NIEDOSTRZEGALNE DLA ŚWIADOMOŚCI.



Które z nich wzmacniają Cię psychicznie, a które osłabiają? Osłabiają te, które uruchamiają w Tobie lęk i bezradność. Źródło lęku znajduje się w umyśle, w sposobie, w jaki przetwarzasz docierające z zewnątrz informacje. Lęk to tylko WYOBRAŻENIA W GŁOWIE albo po prostu MYŚLI. Największym „wrogiem” lęku jest ŚWIADOMOŚĆ jego obecności. Myśli mogą albo lęk utrzymywać, albo go osłabiać.

Spokój też powstaje z MYŚLI, które sam tworzysz lub możesz tworzyć, np.: „niezależnie od tego jak bardzo jestem chory, mogę wrócić do zdrowia.” Nie chodzi o to, żeby w ogóle nie doświadczać lęku, ale umieć nad nim panować. Panować nad lękiem to kontrolować myśli w swojej głowie. Więc jeśli pojawia się w Twojej głowie myśl: „nowotwór mnie zabije” to zatrzymaj tę myśl mówiąc do siebie „**STOP**” i zadaj tej myśli parę pytań. **Tak, zadaj kilka pytań własnej myśli.**



Jeśli chcesz dowiedzieć się znacznie więcej o tym, jak uczyć się kontroli własnych emocji i myśli, skorzystaj z książek: „ABC Twoich Emocji” Mariusz Wirga, Maxie C. Maultsby Jr, Michael DeBernardi oraz „W sieci natrętnych myśli. Jak uwolnić się od bezustannej walki z lękiem i niepokojem?” KellyG. Wilson, Troy DuFrene.

**Myśli, których warto uczyć mózg, aby stały się źródłem Twojej siły.
Co to znaczy uczyć mózg? Powtarzać je wielokrotnie. Tyle razy ile się da,
żeby stały się konkurencyjne dla niezdrowej myśli: „choroba mnie zabije”.**

Mam chłoniaka, tego nie zmienię, ale mam wpływ na to, jak go potraktuję i jak będę o tym myśleć.

Nie wiem, jaka będzie przyszłość. Niezależnie od tego, jak będzie, zrobię co w mojej mocy, żeby wyzdrowieć.

Choroba wyrzuciła moje życie do góry nogami, ale to JA DECYDUJĘ, jak będę teraz żyć i co o niej myśleć.

Kilka innych przekonań, dzięki którym możesz zmniejszyć lęk.

**PRZESTAŃ PISAĆ CZARNE SCENARIUSZE. PISZ WŁASNY SCENARIUSZ.
UTWÓRZ GO Z MYŚLI, KTÓRE CIĘ WZMACNIAJĄ I Z WYOBRAŻEŃ TEGO,
CO CHCESZ, NIE TEGO, CZEGO NIE CHCESZ.**

Mogę wykorzystać chorobę do tego,
by ułożyć sobie życie jeszcze lepiej/inaczej/po swojemu.

Każdy człowiek choruje i zdrowieje inaczej.
Ja mam swoją własną ścieżkę zdrowienia.

Z chłoniakiem można żyć, bo medycyna wciąż się rozwija.

Choroba mówi STOP, każe zatrzymać się i przypatrzeć temu, co do tej pory
było tylko mignięciem w pędzie życia. Można zobaczyć, czego się
nie widziało, oddzielić na zatrzymanym obrazie rzeczy ważne od błahych.
To pole, na którym można przyjrzeć się sobie i drodze, którą podążamy.

Leczenie jest moim sprzymierzeńcem, nawet jeśli czuję się gorzej.

Warto być aktywnym, brać sprawy w swoje ręce.
Nie dam się „spławić”, bo tu chodzi o moje zdrowie i życie.

Kiedy jest mi ciężko, traktuję siebie jak najlepszy przyjaciel.
Jestem dla siebie troskliwy, dlatego dbam o to, czego potrzebuję
bez poczucia winy czy lęku, ale z pewnością,
że to właśnie jest mój udział w procesie zdrowienia.

Skupiam się na tym, co teraz i jutro. To jest najważniejsze:
przeżywanie każdego dnia jak najlepiej dla siebie.

Miejsce na Twoje własne przekonania:

5 DOBRA PRAKTYKA

„Jeśli nie potrafisz latać, biegnij. Jeśli nie potrafisz biegać, chodź. Jeśli nie potrafisz chodzić, czołgaj się. Cokolwiek jednak robisz, poruszaj się do przodu.”

Martin Luther King

ZAAKCEPTUJ OGRANICZENIA WYNIKAJĄCE Z CHOROBY I LECZENIA... A POTEM POSZUKAJ MOŻLIWOŚCI I POTENCJAŁU, KTÓRE TKWIĄ W TOBIE I W ŻYCIU. TAK O TYM PISZĄ SAMI PACJENCI:

„Choroba nowotworowa to ciężka walizka, którą ciągniemy za sobą i która spowalnia nasze kroki, ale sami możemy zdecydować, co z niej wyrzucić, aby było nam lżej. Tylko czego się pozbyć? Co może przydać się na drogę? Złość? Wygórowane ambicje? Poczucie bycia skrzywdzonym? Raczej nie. Wyrzucam. Zostawiam za to: wyrozumiałość dla siebie i świata, okulary, żeby widzieć ostro cel swojej drogi, bystre spojrzenie, żeby nie przegapić żadnego powodu do radości, wdzięczność za to, że jestem, że są moi przyjaciele, za każdy dzień, kiedy budzę się bez bólu. Biorę ze sobą tylko to, co pomoże mi przebiec maraton trudności. O, jeszcze czekolada.”¹

„NIE WYPISUJ SIĘ Z ŻYCIA ZA ŻYCIA! Masz raka, ale wciąż jesteś tą samą osobą, którą byłeś! Mogły się zmienić Twoje priorytety, samopoczucie, niektóre nawyki – ale to wciąż jesteś TY. Nawet w czasie chemioterapii, po operacji, w oczekiwaniu na wyniki – żyjesz i TYLKO OD CIEBIE zależy jak będziesz tego życia doświadczać, na ile sobie pozwolisz.”²

6 DOBRA PRAKTYKA

„Nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem.”

Dante Alighieri

BĄD Z LUD MI. ZADBAJ O WSPARCIE DLA SIEBIE.

Poproś o wsparcie bliskich i mniej bliskich. Wtajemnicz ich, pozwól przeżywać wspólnie ten trudny czas. Jak rozmawiać o chorobie i wsparciu? Przede wszystkim rozmawiać. Mówienie o nowotworze oswaja go, odbiera mu jego demoniczny wymiar. Czuj się niezakłopotany i spokojny w mówieniu innym o swojej chorobie. Czy mówić wszystko? Co powiedzieć, a co nie? Nie ma w tej kwestii gotowych

1.Marzena Erm deon.pl/inteligentne-zycie/poradnia/rak-na-opak-sztuka-o-zyciu-szczesliwym,228489

2.Facebook.com/Motyle w brzuchu – coś dla ciała i ducha, grupa zamknięta, post pacjentki z 14 września 2021

recept. Tylko Ty możesz zdecydować komu, co powieścić. Doświadczenie wielu pacjentów i ich rodzin pokazuje, że ukrywanie, zatajanie, selekcja informacji, nie służą nikomu i nie wspierają procesu zdrowienia.

Im więcej mówisz o sobie, o tym, co czujesz, co myślisz, czego potrzebujesz, na czym Ci zależy, a na czym mniej albo wcale, co jest ważne dla Ciebie, tym większy jest dobrostan odczuwany w relacji z osobami, które Cię wspierają w chorobie.

O tym, jak rozmawiać, by uzyskiwać porozumienie pisze M.B. Rosenberg w swojej książce „Porozumienie bez przemocy. O języku serca.” Także o tym, jak prosić. Korzystanie z pomocy jest oznaką siły, nie słabości. **PROŚ O POMOC I WSPARCIE, JEŚLI POTRZEBUJESZ. STWÓRZ DLA SIEBIE SYSTEM WSPARCIA ZŁOŻONY Z LUDZI, ALE TEŻ Z WIELU ZASOBÓW DOSTĘPNYCH W OTACZAJĄCEJ RZECZYWISTOŚCI. ZNAJD TO, CO BĘDZIE TWOIM SPRZYMIERZENIEM – MIEJSCA, WIEDZA, KSIĄŻKI, MUZYKA.** Wytnij z życia to, co toksyczne dla Ciebie – ludzi, miejsca, sytuacje. Jeśli nie masz takiej możliwości, znajdź osobę, miejsce lub okoliczności, które zrównoważą toksyczność, od której nie masz szansy się odizolować.

7

DOBRA PRAKTYKA

„Nie powstrzymasz fal, ale musisz nauczyć się na nich surfować.”

zastyszane

KAŻDEGO DNIA ZADAJ SOBIE PYTANIE: CO ZROBIĘ DZISIAJ, ŻEBY POPRAWIĆ JAKOŚĆ MOJEGO ŻYCIA?... I ZRÓB TO. Ty decydujesz, czy zatrzymasz się na chwilę i zaplanujesz dzień, czy pozwolisz sobie na dryfowanie w nieznanym kierunku. **KAŻDEGO DNIA PLANUJ AKTYWNOŚCI, KTÓRE POZWOLĄ CI UTRZYMYWAĆ RÓWNOWAGĘ EMOCJONALNĄ.** Doświadczanie trudnych emocji takich jak lęk, żal, bezradność, przygnębienie czy złość są wpisane w chorowanie i leczenie onkologiczne. Ponieważ dla zdrowia warto zadbać o równowagę między emocjami trudnymi i przyjemnymi, nie martw się, że tych trudnych jest więcej. Masz na to wpływ i możesz i „zneutralizować” je przeżywaniem codziennie tych przyjemnych: chwil radości, zachwytu, wdzięczności czy ukojenia. Ma to kluczowe znaczenie nie tylko dla Twojego samopoczucia, ale też dla odporności i zdrowia.

A ZATEM, CO MOŻESZ ZAPLANOWAĆ?

ODPOCZYWAJ WIĘCEJ NIŻ ZWYKLE.

Nie możesz? Możesz, jeśli odpuścisz robienie różnych rzeczy, bez których świat się nie zawali. Odpoczywanie to odpuszczanie aktywności i działania.

KAŻDEGO DNIA ZADBAJ O CHWILĘ SPOKOJU I UKOJENIA, BY WIZUALIZOWAĆ SWOJE ZDROWIENIE.

Siła umysłu jest wciąż mało doceniana. Wyobrażenia dla mózgu i ciała są prawdziwe tu i teraz. Koncentruj swoją wyobraźnię na tym, czego pragniesz, a nie na braku tego czegoś.

KAŻDEGO DNIA ĆWICZ WDZIĘCZNOŚĆ.

Wdzięczność to uczucie, które odgrywa ważną rolę w budowaniu dobrostanu psychicznego. „Wdzięczność nie wymaga niczego więcej niż dostrzegania darów wokół siebie.” *Barbara L. Fredrickson*. Odczuwaniu wdzięczności towarzyszą inne pozytywne emocje, takie jak radość, entuzjazm i miłość. Wdzięczność wpływa na mózg na poziomie biologicznym. Więcej na temat wdzięczności znajdziesz w książce Liv Larsson „Wdzięczność”. Za co jesteś wdzięczny ŻYCIU DZISIAJ?

KAŻDEGO DNIA RÓB COŚ, CZEGO ROBIENIE SPRAWIA CI RADOŚĆ.

To naprawdę mogą być małe rzeczy... zrobienie sobie ulubionej herbaty, ułożenie bukietu kwiatów w wazonie, samotny spacer z psem, robienie zdjęć, pieczenie ciasta, szycie patchworka, układanie zdjęć w albumie, rysowanie i cała nieskończoność małych aktywności. Poszukaj tych, których robienie sprawia Ci radość, satysfakcję i wprowadź do swojego dnia. Zrób z nich małe rytuały i czuj za każdym razem radochę.

KAŻDEGO DNIA PIELĘGNUJ NADZIEJĘ.

Sprawdź aktualny poziom swojej nadziei.

0



nie mam w ogóle nadziei

10



jestem pełen nadziei

Jeśli zaznaczyłeś 5 i mniej, to zatrzymaj się i zadaj sobie pytanie:

CO NISZCZY MOJĄ NADZIEJĘ NA POWRÓT DO ZDROWIA?

Lekarze, inne osoby, moje myśli, coś innego?

Czym jest nadzieja? Najpierw pojawia się w Twojej głowie przekonanie, że istnieje pewne prawdopodobieństwo na osiągnięcie tego, czego pragniesz, czyli zdrowia albo utrzymania zdrowia jak najdłużej. Skutkiem tego przekonania jest uczucie, które nazywamy nadzieją. Dlaczego nadzieja jest ważna? Dzięki niej mobilizujesz się do radzenia sobie z codziennością onkologiczną.

Jest to sposób na przeciwdziałanie dezintegracji własnej osobowości i dezintegracji świata, w jakim się żyje. Zastanów się teraz: CO POMAGA ROSNAĆ TWOJEJ NADZIEI? Jakie czynności? Jakie sytuacje? Którzy ludzie?

KĄŻDEGO DNIA ŚWIADOMIE, TYLE RAZY ILE SIĘ DA, BĄDŹ TU I TERAZ.

Tu i teraz jest wszystkim. Dlaczego bycie w tu i teraz nam pomaga? Ponieważ będąc w teraźniejszości, uwalniasz umysł od myślenia o przeszłości i przyszłości. Przeszłości już nie ma. Istnieje jedynie w Twoim umyśle. Przyszłości jeszcze nie ma. Istnieje jedynie w Twoich wyobrażeniach o niej. Tu i teraz to ta chwila, a w niej zawiera się Twoje życie.

Będąc w chwili teraźniejszej, dajesz odpocząć swojemu umysłowi od rozpaмиętywania przeszłości i zamartwiania się przyszłością. Bycie w tu i teraz jest uważnością, czyli zwracaniem uwagi na chwilę obecną w szczególny sposób: z rozmysłem i bez oceniania.

Jak być w tu i teraz?

Oddychaj ŚWIADOMIE. Nagrania wideo pomagające ćwiczyć świadome oddychanie znajdziesz w internecie, np. w serwisie YouTube. Chcąc z nich skorzystać, sprawdź, kim jest autor.

Wybierz jedną czynność i umów się ze sobą, że będziesz ją robił uważnie, czyli świadomie koncentrując uwagę na tej czynności. Czesanie włosów, mycie ciała pod prysznicem, obieranie ziemniaków, schodzenie po schodach, zamykanie drzwi na klucz, jechanie samochodem itd. Cokolwiek to będzie, będziesz trenował swój umysł, by cię „słuchał”, a ta umiejętność przydaje się w procesie zdrowienia.

Uświadamiaj sobie CHWILĘ AKTUALNĄ – kiedy tylko możesz, koncentruj się na doznaniach zmysłowych. **ZOBACZ, USŁYSZ, POWĄCHAJ, POSMAKUJ, DOTKNIJ.** Odpoczywasz w ten sposób, uwalniając umysł od myśli i wyobrażeń.

8

DOBRA PRAKTYKA**„Mierząc się z przeszkodą, człowiek poznaje siebie.”**

Antoine de Saint-Exupery

DBAJ O SWOJE POTRZEBY.**MÓW „NIE”, JEŚLI NIE CHCESZ I „TAK”, JEŚLI CHCESZ.**

POTRZEBA jest odczuwalnym brakiem czegoś, który powoduje, że podejmujesz działania zmierzające do likwidacji tego braku. Potrzeby są uniwersalne, wspólne wszystkim ludziom, różnią się tylko strategię, czyli sposoby ich zaspokajania. Jest nieskończona liczba możliwych strategii, aby zaspokoić każdą potrzebę.

Twoje potrzeby są ważne dla zachowania równowagi psychicznej, szczególnie kiedy chorujesz i chcesz powrócić do zdrowia. Dlaczego? Ponieważ niezaspokojona potrzeba powoduje emocję, która jest nieprzyjemna i trudna dla Ciebie. Ten sam mechanizm występuje, kiedy Twoja potrzeba jest zaspokojona. Ale wtedy czujesz przyjemne, wzmacniające Cię uczucia.

Im więcej niezaspokojonych potrzeb, tym więcej trudnych, nieprzyjemnych emocji, a te w dużej dawce nie służą Twojemu zdrowiu. Dlatego warto w procesie zdrowienia zadbać o swoje potrzeby, zwłaszcza te, które przed diagnozą były zaniedbane.

Bliscy i znajomi, chcąc dobrze dla Ciebie, będą Ci dostarczać różnych informacji i rozwiązań, będą podpowiadać, radzić, sugerować, prosić. Zadaj sobie pytanie: Czy tego potrzebuję? Czy tego chcę? **W ROZPOZNAWANIU SWOICH POTRZEB SŁUCHAJ SWOJEJ WEWNĘTRZNEJ MĄDROŚCI.** Jest w Tobie wewnętrzny głos, mądrość, która wie, co dla Ciebie dobre, a co nie. Pozwól JEJ podpowiadać Tobie.

A więc do dzieła. MASZ PRAWO DBAĆ O SIEBIE I MÓWIĆ „NIE”.

Sprawdź, które potrzeby są obecnie dla Ciebie najważniejsze, a nie są zaspokajane.

Spójrz na listę potrzeb, którą znajdziesz także w książce R. M. Rosenberga „Porozumienie bez przemocy”. Pomyśl, jak mógłbyś zadbać o nie i kto może Cię w tym wesprzeć?

Potrzeby fizyczne

- Powietrza
- Pożywienia
- Wody
- Schronienia
- Ruchu
- Odpoczynku
- Snu
- Wyrażenia swojej seksualności
- Dotyku
- Bezpieczeństwa fizycznego

Kontakt z samym sobą

- Autentyczności
- Wyzwań
- Uczenia się
- Jasności
- Świadomości
- Kompetencji
- Kreatywności
- Integralności
- Samorozwoju / wzrostu
- Autoekspresji / wyrażania własnego „ja”
- Poczucia własnej wartości
- Samoakceptacji
- Szacunku dla siebie
- Osiągnięć
- Prywatności
- Sensu
- Poczucia sprawczości i wpływu na swoje życie
- Całości / jedności
- Spójności
- Rozwoju
- Stymulacji, pobudzenia
- Zaufania
- Świątowania zaspokojonych potrzeb, spełnionych marzeń, planów i opłakiwania niezaspokojonych
- Celu

Autonomia

- Wybierania własnych planów, celów i marzeń, wartości
- Wybierania własnej drogi prowadzącej do ich realizacji
- Wolności
- Przestrzeni
- Spontaniczności
- Niezależności

Związku z innymi ludźmi

- Przyczyniania się do wzbogacania życia
- Informacji zwrotnej, czy nasze działania przyczyniły się do wzbogacania życia
- Przynależności
- Wsparcia
- Wspólnoty
- Kontaktu z innymi
- Towarzystwa
- Bliskości
- Dzielenia się: smutkami i radościami; talentami i zdolnościami
- Więzi
- Uwagi, bycia wziętym pod uwagę
- Bezpieczeństwa emocjonalnego
- Szczerości
- Empatii
- Współzależności
- Szacunku
- Równych szans
- Bycia widzianym
- Zrozumienia i bycia zrozumianym
- Zaufania
- Ciepła
- Otuchy
- Miłości
- Intymności
- Siły grupowej
- Współpracy
- Wzajemności

Radości życia

- Zabawy
- Humoru
- Radości
- Łatwości
- Przygody
- Różnorodności / urozmaicenia
- Inspiracji
- Prostoty
- Dobrostanu fizycznego/ emocjonalnego
- Komfortu / wygody
- Nadziei

Związku ze światem

- Piękna
- Kontaktu z przyrodą
- Harmonii
- Porządku
- Spójności
- Pokoju

ródło:
M.Rosenberg
„Porozumienie
bez przemocy.
O języku życia”



9

DOBRA PRAKTYKA**„Nie ma nic bardziej ludzkiego niż emocje”.**

James Frey

BĄD ŚWIADOMY WSZYSTKICH SWOICH UCZUĆ, KTÓRE PRZEŻYVASZ.

Nie uciekaj od nich, nie wypieraj, nie ignoruj – one są trudne w doświadczaniu, ale można uczyć się je oswajać. To normalne, że przeżywasz gorsze chwile, a nawet dni, że trudno jest utrzymać „pozytywne” nastrój, bo ogarniają Cię trudne uczucia – lęk, smutek, żal, bezsilność, złość, frustracja, a może inne.

Masz prawo do wszystkich emocji. Masz prawo mówić to, co czujesz w danej chwili. Masz prawo nie mieć ochoty na to, co ktoś Ci proponuje, więc masz prawo powiedzieć „NIE”. Ważne, żebyś tym umiał zarządzić. Co to znaczy? Żebyś wiedział, w jaki sposób wpływać na swój stan emocjonalny. Wspomniane już „ABC Twoich Emocji” Ci w tym pomoże oraz „Pozytywność. Naukowe podejście do emocji, które pomagają zmienić jakość życia” Barbary L. Fredrickson.

10

DOBRA PRAKTYKA**„Jednym z największych możliwych osiągnięć jest stanie się takim, jakim naprawdę chce się być.”**

Robert Fitz

CZUJ SIĘ PEŁNOWARTOŚCIOWĄ OSOBĄ POMIMO CHOROBY, BO CHOROBA NIE DEFINIUJE CIĘ JAKO KOBIETĘ CZY MĘŻCZYZNĘ.

Leczenie chłoniaka to ingerencja w ciało, która zazwyczaj zmienia wygląd i pozostawia trwałe ślady, nie tylko fizyczne. Może wywrócić do góry nogami poczucie kobiecości czy męskości. To, w jaki sposób myślisz o sobie, w tym o swoim wyglądzie, ma również ważny wpływ na Twój stan psychiczny. Pomyśl sobie: **gdyby nie było leczenia, nie byłoby zmian w wyglądzie, ale też szanse na powrót do zdrowia. Zmiany w wyglądzie to część leczenia.** Są przejściowe.

Gdy nasze potrzeby SĄ zaspokojone

Pełen energii

pełen werwy, pełen życia, pobudzony, ożywiony, zelektryzowany, rozentuzjzmowany, uskrzydłony, pełen pasji

Komfort

zaspokojony, usatysfakcjonowany, rozluźniony, zrelaksowany, bezpieczny, bez troski

Wypoczęty

odświeżony, energiczny, pobudzony, zrelaksowany, silny, pogodny, swobodny, pełen błogości

Zainteresowany

zaciekawiony, podniecony, podekscytowany, zafascynowany, zaintrygowany, zainspirowany, zachęcony

Zadowolony

szczęśliwy, pełen nadziei, zachwycony, wdzięczny, radosny, spełniony, pełen optymizmu, dumny

Spokojny

usatysfakcjonowany, wyciszony, zrelaksowany

Kochający

w kontakcie, otwarty, czuły, przyjazny

Wesoły

śmiały, żywy, zainspirowany, chętny do zabawy, rozbawiony, rozradowany, pełen energii

Wdzięczny

doceniający, szczęśliwy, zbudowany, zainspirowany, wzruszony, zachwycony, roztkliwiony, pokrzepiony, rozpromieniony, poruszony

ródło:

M. Rosenberg „Porozumienie bez przemocy. O języku życia”

Gdy nasze potrzeby NIE SĄ zaspokojone

Bez energii

apatyczny, markotny, odrętwiały, oklapnięty, osowiały, otępiaty, przybity, przygaszony

Dyskomfort

zaniepokojony, zirytowany, zawstydzony, zakłopotany, skonsternowany, speszony, spięty, spłoszony, strapiiony, zmieszany, zażenowany

Zmęczony

wyczerpany, śpiący, otępiaty, słaby, przytłoczony

Niezainteresowany

znudzony, pusty

Niezadowolony

nieszczęśliwy, rozczarowany, ociążały, osamotniony

Nerwowy

zmartwiony, zmieszany, napięty, podenerwowany, podminowany

Wściekły

zły, zirytowany, sfrustrowany, podrażniony, rozdygotany, rozeźlony, rozsierdzony, zagniewany, wzburzony

Zasmucony

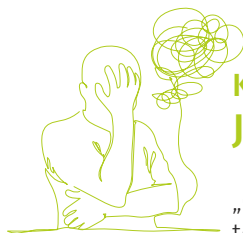
zatraskany, przygnębiony, załamany, zmartwiony, zafrasowany

Rozgoryczony

rozczarowany, zgorzkniały, zaskoczony, zawiedziony

Przestraszony

pełen obaw, wątpiący, zszokowany, zmartwiony, przerażony, spanikowany, zaniepokojony, zatrwożony, roztrzęsiony



Kiedy choroba powraca. Jak myśleć? Co zrobić z emocjami?

„Odważa nie zawsze krzyczy. Czasami odważa to cichy głos na koniec dnia, który mówi: Spróbuję jutro jeszcze raz.”

Mary Anne Radmacher

Informacja o progresji lub nawrocie choroby to równie trudna wiadomość jak pierwsza diagnoza. Niektórzy pacjenci mówią, że trudniejsza, bo zakładali, że chłoniak nie wróci. Pomaga wtedy najbardziej bycie z kimś bliskim, kto przytuli, wysłucha, po prostu jest z Tobą. A potem ... jest kilka ważnych kwestii, o których warto pamiętać, kiedy choroba wraca.

1. To, co przeżyłeś i czego nauczyłeś się po pierwszej diagnozie, jest teraz Twoim zasobem, dzięki któremu wiesz, jak sobie pomóc. **ZRÓB PRZEGLĄD TEGO, CO I KTO BĘDZIE TWOIM ZASOBEM W PROCESIE ZDROWIENIA. CO JUŻ POTRAFISZ, A CZEGO JESZCZE NIE?**
2. Poczucie winy, że nie zrobiłeś wszystkiego tylko pogarsza Twoje samopoczucie. Nie służy Ci, więc **ODPUŚĆ ROZMYŚLANIE NA TEMAT „CZEGO NIE ZROBIŁEM, A MOGŁEM”.**
3. **NIE ODPUSZCZAJ AKTYWNEGO UDZIAŁU WE WŁASNYM ZDROWIENIU.** Zastanów się, co jeszcze możesz dla siebie zrobić, żeby wzmocnić proces zdrowienia. Być może jest coś jeszcze, co potrzebujesz sobie uświadomić, włączyć albo wycofać ze swojego życia, coś zmienić, czegoś się nauczyć.
4. **DAJ SOBIE PRAWO DO ODCZUWANIA ZMĘCZENIA.** Każdy, kto przechodzi długi proces chorowania i leczenia, w którymś momencie będzie odczuwał zmęczenie chorowaniem. To normalne. To, co ważne w takich chwilach to przede wszystkim świadomość, że ten nieprzyjemny stan psychiczny minie. Jak każdy stan psychiczny przepłynie przez Ciebie jak fala i się wyciszy... ale pod warunkiem, że Twój umysł NIE BĘDZIE uporczywie go podtrzymywał i podkręcał jak głośność w radiu.
5. **JAKBY SIĘ TU ZAOPIEKOWAĆ SOBĄ JESZCZE BARDZIEJ?** Brzmi dziwnie? W takich trudnych chwilach, kiedy masz już dość, tylko Ty wiesz, co przyniosłoby Ci odrobinę ulgi, wytchnienia, rozluźnienia. Jeśli Twój bliski lub przyjaciel przeżywałby taki stan, to jakbyś go potraktował?



Zmiany w wyglądzie a poczucie własnej wartości podczas leczenia

„I zawsze pamiętaj, że jesteś kimś wyjątkowym.
Jedyne, co musisz zrobić, to pozwolić innym zobaczyć,
że taka (taki) jesteś.”

Milton H. Erickson

Kiedy pojawia się nowotwór, zmienia się i ciało. Dobre samopoczucie wyptywające z zadbania o ciało, jeśli tego potrzebujesz, może pomóc Ci przetrwać czas leczenia w lepszej kondycji psychicznej. Oczywiście, że nikt nie zmieni leczenia, kierując się wyglądem, ale masz prawo odczuwać żal z powodu zmian i zadbać o to, aby oswoić swój nowy wygląd i dostrzec w nim atrakcyjność.

Powrót do zdrowia może się wiązać z utratą ciała takiego, jakie było przed diagnozą, bo leczenie onkologiczne to ingerencja w ciało. Zazwyczaj zmienia wygląd i niekiedy pozostawia trwałe ślady fizyczne, a to może wyrzucić do góry nogami zarówno poczucie kobiecości, jak i męskości.

W przebiegu leczenia chłoniaków najczęstszą „radykalną” zmianą w wyglądzie jest utrata włosów. Dla kobiet jest to często szczególnie trudny moment, zważywszy na stereotypowe postrzeganie, że łysy mężczyzna jest po prostu łysy, a łysa kobieta pozbawiona jest jednego z atutów kobiecości. Choć i niewątpliwie dla mężczyzny, który cieszył się burzą włosów, ich utrata może w równym stopniu powodować uzasadniony żal. Utrata wagi lub tycie, obrzęki, osłabienie, także mogą stawiać przed nami wyzwania, by pogodzić się z własnym wyglądem.

Dlaczego jest to tak trudne? Bo wygląd jest jednym z elementów wpływających na sposób, w jaki postrzegasz siebie. Dlatego ma swój udział w poczuciu własnej wartości. Poczucie własnej wartości zaś osadza Cię w świecie innych ludzi i oddziałuje na Twój stan psychiczny oraz samopoczucie. Zatem to, w jaki sposób myślisz o sobie, kiedy chorujesz, w tym o swoim wyglądzie, ma wpływ na Twój stan psychiczny.

Tu kluczowa jest AKCEPTACJA, bo jeśli nie zaakceptujesz faktu, że jesteś łysa lub łysy, bez brwi i rzęs, wychudzona lub opuchnięty, to będziesz z tym walczyć,

będziesz mówić sobie i całemu światu „nie chcę taka lub taki być”. Ale czy to coś zmieni? Nie, to tylko jeszcze bardziej pogorszy Twoje samopoczucie. Twój stan psychiczny zamiast się poprawiać, będzie się pogarszał, bo ciągle będziesz w opozycji wobec tego, co jest faktem – jesteś w procesie leczenia nowotworu.

Wygląd ma w leczeniu wymiar terapeutyczny, bo człowiek patrząc na siebie i myśląc, że „jest ok”, ma do siebie zupełnie inne nastawienie i inne emocje niż ten, który nie może patrzeć na siebie, bo nie chce się takim widzieć.

Pomyśl sobie: gdyby nie było leczenia, nie byłoby zmian w wyglądzie, ale też szansy na powrót do zdrowia. Zmiany w wyglądzie to część leczenia. Ta utrata jest chwilowa.

Na czym opiera się poczucie kobiecości czy męskości?

Poczucie kobiecości czy męskości to stan umysłu, w którym masz poczucie pewności, że dobrze Ci ze sobą taką lub takim, jaką lub jakim jesteś. Jesteś kobietą, kiedy czujesz się kobietą, a nie dlatego że masz takie ciało! (Niektórzy nie mają ciała kobiety, a czują się nią). Jesteś mężczyzną, kiedy czujesz się mężczyzną, a nie dlatego, że masz takie ciało! (Bywa, że ktoś nie ma ciała mężczyzny, a czuje się mężczyzną).

A jaki jest stan Twojego umysłu?

Jeśli myślisz: „no i jak on lub ona będzie mnie chciał lub chciała taką lub takiego?”, to jest to dobry moment, aby się zatrzymać i zadać sobie pytanie: jeśli Ty nie akceptujesz siebie takiej albo takiego, jakim jesteś teraz, to jak ktoś inny miałby to zrobić?

POMYŚL:

1.Po pierwsze, w obecnych czasach istnieje mnóstwo sposobów na polepszenie mankamentów ciała i wyglądu. Można w ten sposób wpływać na swoje ciało.

2.Po drugie, chłoniak zmienia Twoje ciało, ale nie Ciebie, bo Ty JESTEŚ CZYMŚ WIĘCEJ NIŻ ZBIOREM KOMÓREK CIAŁA.

3.Po trzecie i najważniejsze, TYLKO TY SAMA lub SAM MOŻESZ ZDEFINIOWAĆ SIEBIE JAKO KOBIETĘ lub MĘŻCZYZNĘ. NIE ODDAWAJ TEGO CHOROBI!

W trakcie leczenia kobieta może wyglądać pięknie i czuć się atrakcyjnie. Ma szereg możliwości, które proponują specjaliści od kosmetyki, fryzjerstwa, stylizacji. Świetnym źródłem wiedzy tego rodzaju są różnego rodzaju fora internetowe, blogi, fundacje, które pomagają kobietom dbać o wygląd. Wygląd, który będziesz akceptować wzmocni Twoje poczucie atrakcyjności i pewności siebie. **Jak TY zaopiekujesz się sobą, żeby wzmocnić w sobie poczucie kobiecości?**

W trakcie leczenia mężczyzna może także zadbać o wygląd, na który ma się wpływ, a więc chociażby na stan skóry czy ubiór. Pamiętając przy tym, że atrakcyjność mężczyzny nie zaczyna się i nie kończy tylko na umięśnionym ciele. Męskość to również stan umysłu – akceptacja siebie całego takim, jakim się jest. A to przekłada się na ENERGIĘ widoczną w oczach, uśmiechu i każdym geście. **Jak TY chcesz myśleć o sobie, żeby wzmocnić w sobie poczucie męskości?**

Jeśli umocujesz w sobie kobiecość lub męskość na nowo, łatwiej będzie Ci nie tylko w relacjach z innymi, ale także w życiu seksualnym. Będzie to Twoja baza do tego, o czym przeczytasz w rozdziale IX o seksualności.

A co, jeśli Twoja samoakceptacja nie spotka się ze zrozumieniem partnera?

Małżeństwo czy związek dwojga ludzi opiera się na chęci i gotowości do współdziałania obu stron. Choroba onkologiczna zazwyczaj wkracza w relację dwóch osób, która jest już „jakaś”, będąc dla niej wyzwaniem. Najczęściej chorzy mają przy sobie partnera/partnerkę, którzy wspierają ich najlepiej, jak potrafią i akceptują wszystko, co dzieje się z ciałem i wyglądem chorej osoby.

Bywa jednak i tak w życiu, że partner/partnerka chorego nie jest w stanie sprostać tej sytuacji i nie potrafi, nie chce, nie umie zaakceptować - nie choroby - ale zmian związanych z leczeniem. Odsuwa się emocjonalnie i fizycznie, czasem odchodzi ze związku. To jej lub jego decyzja i bardzo trudne doświadczenie dla osoby, która jest w trakcie leczenia onkologicznego albo po jego zakończeniu. W takiej sytuacji spotkanie ze specjalistą psychoonkologiem może być ważnym sposobem utrzymania względnie dobrego stanu psychicznego. Nie mamy decydującego wpływu na decyzje innych ludzi, ale mamy wpływ na to, jak sobie poradzimy w swoim życiu z ich decyzją.

Wsparcie profesjonalne

mgr
Paulina Zielińska
psycholog, psychoonkolog

W procesie choroby nowotworowej, na każdym etapie, może pojawiać się wiele emocji, które często przybierają zabarwienie negatywne. Na pewno jest to ogromna, najczęściej nieoczekiwana zmiana nie tylko w Twoim życiu, ale także Twoich bliskich.

Pojawienie się niepokoju, czy smutku jest całkowicie naturalne i zrozumiałe. Bywa jednak, że uczucia te znacząco utrudniają pogodzenie się ze zmianą, a pytania: „co dalej będzie?”, „czy wyzdrowieję?”, „a co jeśli nie?” przepętniają całą treść życia. Może też pojawiać się bezsenność czy silne stany lękowe lub inne trudne do samodzielnego rozwiązania sygnały mówiące, że warto sięgnąć po profesjonalną pomoc. Jej rolą jest wsparcie, zrozumienie, towarzyszenie, a finalnie poukładanie emocji i pogodzenie z tym, co aktualnie dzieje się w życiu w związku z chorobą oraz dostrzeżenie źródeł nadziei i radości.

Od czego zacząć?

W sytuacji, gdy negatywne, trudne do uniesienia emocje dominują nad życiem pacjenta, pierwszą linią wsparcia są psychoonkolodzy, czyli psycholodzy szczególnie przygotowani i wykształceni do wspierania pacjentów zmagających się z nowotworami.

Wsparcie psychoonkologa jest możliwe na każdym etapie choroby i leczenia onkologicznego, a szczególnie jeśli czujesz, że trudno Ci uporać się z emocjami związanymi z chorobą czy leczeniem, że pojawia się w Tobie dużo lęku, żalu, smutku czy złości.

Do psychoonkologa może wybrać się nie tylko sam pacjent, ale także ludzie mu bliscy. Czasem to żona, tata, czy dzieci pacjenta potrzebują większego wsparcia emocjonalnego niż sam chorujący, a uspokojenie emocji opiekuna rozpoczyna proces regulacji emocji w całej rodzinie.

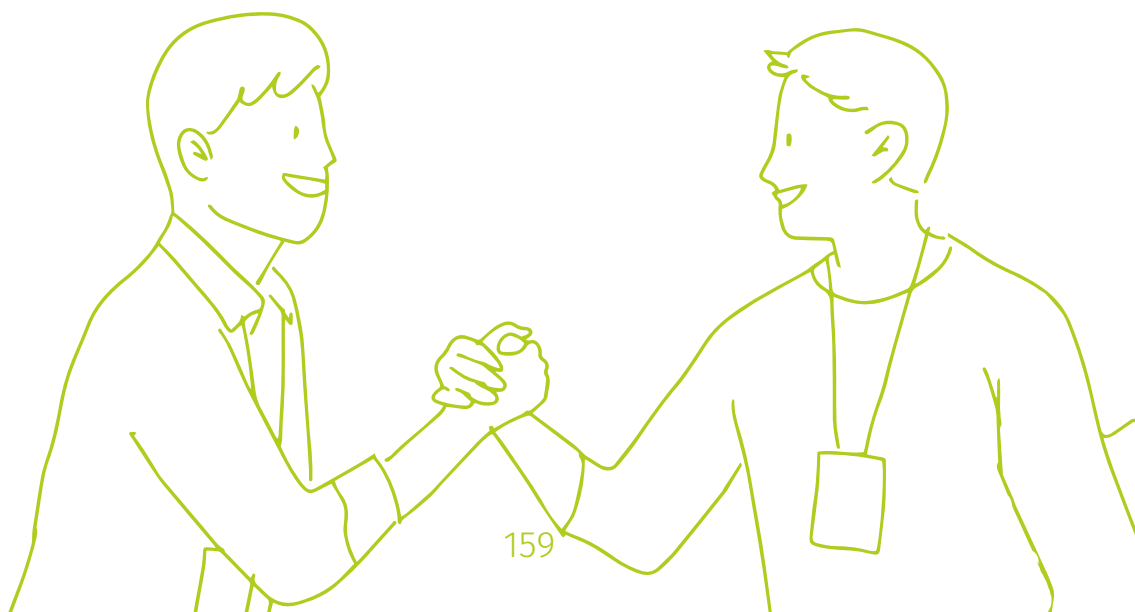
Na czym zatem polega pomoc psychoonkologiczna?

Jest ona zawsze dostosowana do indywidualnych potrzeb osoby, więc trudno mówić tu o jakichś sztywnych schematach postępowania. Sesja z psychoonkologiem trwa zwykle ok. 50 minut. Na pierwszym spotkaniu psychoonkolog przeprowadza wywiad i wraz z pacjentem ustala, nad czym będą pracować, jak długo i jakie stawiają sobie cele. Bywa też tak, że spotkanie z psychoonkologiem ma charakter konsultacyjny, diagnostyczny lub interwencyjny, wtedy spotkania zamykają się w liczbie 1-2 sesji.

Praca z psychoonkologiem może skupiać się na lepszym radzeniu sobie z trudnymi emocjami, które towarzyszą procesowi leczenia i wówczas pacjent uczy się je rozpoznawać, nazywać, lepiej rozumieć i wyrażać.

Pracuje się także nad postawą wobec choroby – czyli zespołem przekonań, jakie osoba ma na temat tego, czym choroba jest, jakie ma znaczenie, czy jest przeszkodą do pokonania, czy nie. Często zdarza się, że te przekonania są pełne zniekształceń lub budzących lęk, a nieprawdziwych, wyobrażeń na temat choroby czy leczenia. W toku pracy staramy się te przekonania urealnić, by stały się źródłem motywacji do lepszego radzenia sobie z leczeniem i chorobą, żeby pojawiło się więcej realistycznej nadziei i spokoju.

Psychoonkolog może też wspomóc komunikację chorej osoby z bliskimi lub na odwrót, tak, by łatwiej było wyrażać potrzeby i oczekiwania obu stron w tej trudnej sytuacji, która często odbija się na funkcjonowaniu całej rodziny.



Jednym z najistotniejszych czynników terapeutycznych w pracy z psychoonkologiem jest relacja, jaka wytwarza się między psychologiem i osobą wspieraną. Relacja ta powinna dawać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i wsparcie nawet w najtrudniejszych sytuacjach, a przez to wpływać na obniżenie stresu, niepokoju i lęku.

Warto też pamiętać, że psychoonkolodzy mogą towarzyszyć pacjentom oraz ich bliskim także, gdy emocje towarzyszące chorobie nie są jedynie silnie negatywne, wówczas współpraca z psychoonkologiem może przynieść większy wgląd w zmianę, jaką proces leczenia wniesie w ich życie.

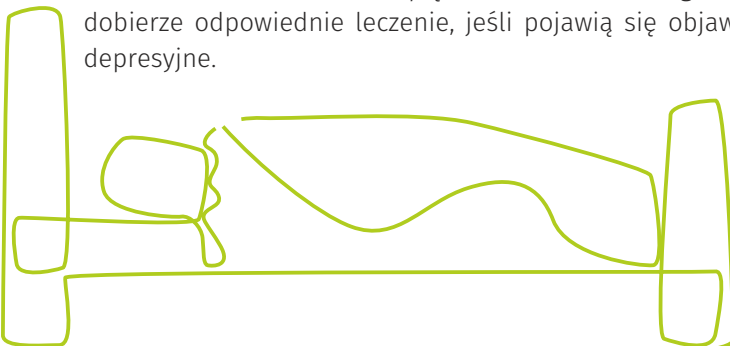
Warto też wspomnieć, że psychologa-psychoonkologa, podobnie jak lekarza, obowiązuje tajemnica zawodowa. Obligują go do tego: Kodeks Etyczno - Zawodowy Psychologa, ustawa o prawach pacjenta, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz Kodeks Cywilny i Kodeks Administracyjny.

Druga linia wsparcia

Jeśli współpraca z psychoonkologiem potrzebuje uzupełnienia lub towarzyszą Ci trudne do samodzielnego uregulowania zaburzenia snu lub sam psychoonkolog, lekarz prowadzący czy rodzinny zaleci Ci taką konsultację, śmiało korzystaj z pomocy lekarza psychiatry.

Nowoczesna farmakoterapia daleka jest od stereotypowych przekonań o absolutnym czynnikiem uzależniającym oraz otępiającym leków przeciwlękowych, nasennych czy przeciwdepresyjnych.

Leki najnowszej generacji, odpowiednio dobrane przez specjalistę, działają bardzo kierunkowo, a ich zadaniem jest przywrócić Ci energię, dopuścić do siebie pozytywne emocje, okiełznać lęk, czy po prostu... dać się wyspać, by powitać ranek z szansą na nadzieję. Popularne leki nasenne lekarz psychiatra zastąpi nowoczesnymi, które mogą np. ułatwiać zasypianie, utrzymanie snu, rozluźnienie napięcia w trakcie nocnego wypoczynku. A także dobrać odpowiednie leczenie, jeśli pojawią się objawy lękowe lub stany depresyjne.



Czasem w pacjentach pojawia się opór przed kontaktem ze specjalistą zdrowia psychicznego. Obawiamy się kolejnej „łatki” – tym razem osoby „słabej psychicznie”. Niepotrzebnie!

Warto zadać sobie wtedy pytania:

A co jeśli to pomoże?



Pomoże mi
poczuć się lepiej!



Pomoże mi przejść
przez doświadczenie
choroby pewniej!

Może warto dać sobie taką szansę!

Gdzie szukać wsparcia?

To, co dla Ciebie dobre w procesie zdrowienia, możesz również znaleźć w doświadczeniach i wiedzy innych. Poszukaj grupy wsparcia, czyli osób, które mają podobne doświadczenia. Możesz zapisać się online do Społeczności NiePochłonięci - Pokonaj Chłtoniaka, którą znajdziesz w serwisie Facebook.

Znajdź literaturę, co do której wiele podpowiedzi znalazło się w tym rozdziale. **Pamiętaj, aby była to wiedza wspierająca Twoje leczenie, nie zachęcająca do rezygnacji z niego.**

Jeśli trudno Ci samodzielnie radzić sobie z emocjami, skorzystaj z porad psychoonkologicznych. W pierwszej kolejności możesz o nie zapytać w ośrodku prowadzącym leczenie. Możesz również znaleźć psychoonkologa w okolicy, a także zasięgnąć konsultacji on-line.

W zakresie psychiatrów – możesz szukać w poradniach blisko swojego miejsca zamieszkania. **Pamiętaj – do lekarza psychiatry nie jest potrzebne skierowanie!**



Rozdział IX

INTYMNOŚĆ I SEKS W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

WIEDZA I PRAKTYCZNE RADY!

Seksualność w czasie choroby nowotworowej często jest tematem tabu. Na „te tematy” nie rozmawiają z pacjentami lekarze, rodzina, partnerzy. Personel medyczny i często sam pacjent skoncentrowany jest na leczeniu i wszystko inne schodzi na dalszy plan. Tymczasem nie tylko dieta i adekwatna aktywność fizyczna jest ważna. Aktywność seksualna jest także ogromnie istotnym czynnikiem determinującym jakość życia, a satysfakcjonujące życie seksualne pozytywnie wpływa na proces leczenia. I tak – seks jest możliwy!

Nowotwór może zmienić funkcjonowanie i sprawność seksualną, nie odbiera on jednak zdolności do czerpania przyjemności i radości z seksu.

Seksualność powoduje, że na każdym etapie naszego życia możemy podejmować związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia.

W tym rozdziale pomożemy Ci zrozumieć istotę problemu, pokażemy, jak podejść do seksualności i seksu, aby był źródłem radości i satysfakcji, być może na nowych zasadach!

Czym jest seksualność?

Seksualność to o wiele więcej niż penetracja, stosunek i inne formy zaspokojenia fizycznego.

Nie sprowadza się wyłącznie do poziomu fizjologicznego.

Seksualność dotyczy tego, jak postrzegasz i wyrażasz siebie w sposób seksualny, w jaki sposób tworzysz relacje, to czym jest dla Ciebie seks i jaką rolę pełni w Twoim życiu. Seksualność jest płynna, zmienia się w ciągu naszego życia i mają na nią wpływ czynniki: psychologiczne, biologiczne, kulturowe i relacyjne. Jest to stały atrybut każdego z nas.

Istotami seksualnymi jesteśmy przez całe swoje życie. Zmieniają się nasze ciała, zmieniają się nasze możliwości, ale to właśnie regularna aktywność seksualna znacząco przyczynia się do poprawy jakości naszego życia. Seks poprawia odporność, krążenie, wzmacnia system nerwowy i mięśniowy, obniża poziom stresu, poprawia samopoczucie, korzystnie wpływa na sen i może być pomocny w procesie leczenia.

Funkcjonowanie psychoseksualne w chorobie nowotworowej

dr n. zdr

Sebastian Artur Zdończyk
psychoonkolog, seksuolog

Spośród wszystkich chorób somatycznych diagnoza choroby nowotworowej nadal wywiera najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie człowieka i często oznacza istotne trudności, a nie rzadko kryzys w życiu osoby doświadczającej choroby oraz jej najbliższego otoczenia. Diagnoza i leczenie niejednokrotnie nasuwają wiele pytań, a także budzą wątpliwości mogące powodować poczucie zagrożenia i zmianę lub modyfikację wyznaczonych planów życiowych, jak również istotnych ról społecznych. Stanowi wyzwanie i oddziałuje na obszary naszego życia w wymiarze: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym.

Poszczególne etapy choroby – diagnostyczny, leczenia, nawrotu, a także wyzdrowienia, stanowią duże wyzwanie psychofizyczne dla pacjenta i bliskich w jego otoczeniu. Leczenie onkologiczne jest postępowaniem złożonym, multidyscyplinarnym, mogącym trwać często przez wiele miesięcy. Metody terapeutyczne stosowane w procesie zdrowienia mogą budzić powszechny lęk z powodu ich radykalności, działań niepożądanych i nie zawsze pewnych skutków terapii. Osoby cierpiące z powodu nowotworów złośliwych należą do grupy podwyższonego ryzyka występowania zaburzeń seksualnych mających znaczący wpływ na zdrowie seksualne i reprodukcyjne.

Zdrowie seksualne stanowi zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości każdego człowieka. Seksualność sprawia, że na każdym etapie życia można podejmować nowe, związane z nią wyzwania, cieszyć się jej nowymi aspektami i przyjmować wynikające z niej ograniczenia. Jest wrodzonym atrybutem i wrodzoną funkcją ludzkiego orga-

nizmu, podlegającą złożonym zewnętrznym i wewnętrznym uwarunkowaniom, które wymagają szerokiego spojrzenia i interdyscyplinarnego wysiłku. Seksualność obejmuje seks, płciową identyfikację i rolę, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję. Doświadczamy i wyrażamy ją w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Jest istotną częścią tego, kim jesteśmy, jak wyrazimy siebie i tego, co o sobie myślimy. **Seksualność jest więc, z przywołanych powyżej względów, istotnym elementem decydującym o naszym zdrowiu i jakości życia.**

Każdy z nas zasługuje na zdrowe i satysfakcjonujące życie seksualne, jednak diagnoza i późniejsze leczenie choroby nowotworowej mogą mieć negatywny wpływ na naszą intymność, pożądanie, podniecenie, naszą zdolność do uprawiania seksu, osiągnięcia satysfakcji (orgazm) i zachowania płodności. Pomimo tego, że zdrowie seksualne i seksualność wpływają na jakość naszego życia, poczucie własnej wartości, obraz siebie i związku z innymi ludźmi, często nie są priorytetem w obliczu zmagania się z chorobą, stając się wręcz tematem tabu. Rozmowa o seksualności może być trudna nawet w relacji z osobą bliską /partnerem, jeżeli wcześniej temat ten nie był poruszany w danej relacji. Niemniej ważne jest, żeby podjąć wyzwanie i spróbować poruszyć ten istotny aspekt ludzkiego funkcjonowania. Najlepiej zacząć rozmowę od osoby, co do której mamy przekonanie, że wysłucha pojawiających się w nas obaw i lęków bez osądu (przyjaciół, partner). Rozmowa z partnerem o okazywaniu sobie czułości, dotyku, intymności, oczekiwaniach i potrzebach wpłynie pozytywnie na relację pomiędzy bliskimi sobie osobami.

Jak pokazują badania, pacjenci i personel medyczny rzadko podejmują problematykę funkcjonowania psychoseksualnego w chorobie nowotworowej, choć funkcjonowanie seksualne uznawane jest dzisiaj za jeden z istotnych aspektów opieki nad pacjentem. Barię stanowić może dobór słownictwa związany z intymnością i seksualnością, brak poczucia kompetencji ze strony specjalistów, brak czasu, deprecjonowanie sfery seksualnej w obliczu zmagania się z chorobą, wstyd, poczucie skrępowania. **Trudność leży po obu stronach. Jednakże pamiętać należy, że warto poprosić osobę z personelu medycznego o rozmowę celem uzyskania kompetentnych informacji dotyczących seksualności i intymności.**

Obawy związane z seksualnością mogą wynikać z faktu, że natura problemów seksualnych często jest złożona i zmienia się w ciągu różnych okresów oraz

Aby łatwiej było podjąć w rozmowie problematykę funkcjonowania seksualnego, wskazane jest przemyślenie, a następnie zapisanie sobie pytań, np.

- 1.** JAKI WPŁYW MA LECZENIE NA MOJĄ SEKSUALNOŚĆ?
- 2.** CZY UPRAWIANIE SEKSU PODCZAS LECZENIA JEST DLA MNIE BEZPIECZNE?
- 3.** JAKIE JEST RYZYKO INFЕКCJI PODCZAS AKTU SEKSUALNEGO?
- 4.** CZY MOJA CHOROBA LUB LECZENIE WPŁYNIE NA MOJĄ ZDOLNOŚĆ PROKREACJI?
- 5.** W JAKI SPOSÓB MOGĘ OCHRONIĆ SWOJĄ PŁODNOŚĆ?
- 6.** CZY BÓL PODCZAS STOSUNKU, SUCHOŚĆ POCHWY, ZABURZENIA EREKCJI, UTRATA POPĘDU PŁCIEWEGO ITP. MOGĄ BYĆ KONSEKWENCJĄ LECZENIA?



Można również na rozmowę, w ramach wsparcia, udać się z partnerem lub bliską sobie osobą. Warto używać języka zrozumiałego, nie musi to być język specjalistyczny. Jeśli osoba z personelu nie zna odpowiedzi na zadane pytania, można poprosić o wskazanie właściwej osoby/institucji, aby uzyskać dalszą pomoc. Aspekty związane ze zdrowiem seksualnym są tak samo ważne jak inne kwestie w procesie leczenia.

sytuacji naszego życia. Jednak pytanie, jakie się pojawia, brzmi: jak choroba i leczenie onkologiczne może wpłynąć na intymność i seksualność? Obecność różnego rodzaju zaburzeń seksualnych wśród pacjentów z chorobą nowotworową wynosi nawet do 90%. Dysfunkcje seksualne występujące u pacjentów onkologicznych mogą być wywołane wieloma czynnikami o różnej etiologii.

Do najczęściej towarzyszących i najbardziej charakterystycznych czynników psychologicznych, w przebiegu choroby nowotworowej, powodujących zaburzenia seksualne zalicza się takie jak: lęk, agresję, rozdrażnienie, niepokój, poczucie winy, zamartwianie się, stres, utratę poczucia bezpieczeństwa, zaburzenia poczucia własnej wartości - często w wyniku zmiany wizerunku ciała, trudności w realizacji roli społecznej, depresję. Wśród czynników powodujących zaburzenia depresyjne u osób chorych onkologicznie wymienia się: występujące poczucie zagrożenia i utraty kontroli nad własnym życiem, niedostateczną liczbę informacji dotyczących choroby i możliwości leczenia, utratę celu i sensu życia, poczucie izolacji. Depresję potęguje bezsilność

wobec choroby. Depresja u pacjentów leczonych onkologicznie ma szczególnie negatywny wpływ na funkcjonowanie w chorobie. Może utrudniać decyzje związane z leczeniem, relacje w rodzinie, wprowadza także zaburzenia w obrazie choroby. Zaniżona samoocena i strach przed brakiem akceptacji ze strony partnera to również częste przyczyny unikania kontaktów i zmniejszenia popędu seksualnego. **Obok lęku i depresji rodzi się często uczucie gniewu, które jest reakcją na przeszkody w realizacji celów, na pojawienie się nieprawidłowości. Zdrowie to stan normalny – choroba jest zakłóceniem tego porządku. Jak sobie z tym radzić, przeczytasz w rozdziale VIII.**

Natomiast wśród czynników fizycznych, które mogą wpływać na funkcjonowanie seksualne wymienia się: zaburzenia snu, zespół przewlekłego zmęczenia, nudności i wymioty, dolegliwości bólowe, obrzęki, neuropatię obwodową, dermatozy, zaburzenia gospodarki hormonalnej, stosowaną farmakoterapię. Niektóre fizyczne lub emocjonalne skutki ustępują z upływem czasu lub po zakończeniu procesu terapeutycznego, inne natomiast efekty mogą być długotrwałe, a niektóre skutki mogą pojawić się dopiero po jakimś czasie od zakończenia leczenia.

Zmiany fizjologiczne wywołane chorobą, leczenie nowotworu oraz zmiany w psychice sprawiają, że zarówno kobiety jak i mężczyźni mogą doświadczać występowania zaburzeń seksualnych. Wynika to często z uszkodzenia narządów lub tkanek i z zaburzonego obrazu własnego ciała. Kolejne etapy i rodzaje leczenia takie jak: zabieg chirurgiczny, chemioterapia, sterydoterapia, radioterapia, przeciwciała monoklonalne, przeszczep (auto i allogeniczny) skutkują niepożądanymi objawami. U kobiet najczęściej diagnozuje się obniżone libido, dyspareunię (bolesne stosunki), problem z nawilżeniem (suchość) pochwy, zaburzenia podniecenia seksualnego, trudności w osiągnięciu orgazmu i anhedonię. U mężczyzn natomiast obserwuje się zaburzenia erekcji i ejakulacji, obniżone libido, bolesne stosunki (dyspareunia). Ponadto u części osób może pojawić się przekonanie, że obniżenie funkcji sprawności seksualnej oznacza utratę atrakcyjności seksualnej. Zmiany fizyczne spowodowane systemową chemioterapią, takie jak utrata lub przyrost masy ciała, przebarwienia skóry, wypadanie włosów, zmiany hormonalne, niski poziom energii, zmęczenie, również mają istotny wpływ na seksualność i układ rozrodczy. Skutkiem ubocznym leczenia chemicznego jest również spadek odporności, na skutek którego każde zbliżenie seksualne podczas trwania terapii wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zakażenia. Zaleca się również stoso-

-wanie zabezpieczających metod barierowych (prezerwatyw) w celu ochrony możliwej ekspozycji na pozostałości chemioterapii, które mogą być obecne w nasieniu lub w pochwie. Ponadto lekarz prowadzący może zalecić powstrzymanie się od aktywności seksualnej przez pewien czas, jeśli parametry morfotyczne krwi (leukocyty i/lub liczba płytek krwi) są poniżej normy klinicznej lub z innych ważnych powodów medycznych. Długotrwałe leczenie farmakologiczne niwelujące objawy depresji i niepokoju (leki z grupy SSRI lub SNRI) również może utrudniać osiągnięcie podniecenia umożliwiające uzyskanie orgazmu. Niektóre zabiegi mogą powodować suchość pochwy u kobiet (zaleca się stosowanie lubrykantów, nawilżaczy) lub zaburzenia erekcji u mężczyzn. Leczenie hormonalne mające zastosowanie w terapii onkologicznej może przyczynić się do zmniejszenia pożądania.

Odległym powikłaniem leczenia jest ryzyko niepłodności, które dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn, a zależy od intensywności leczenia. Ponadto decyzję o posiadaniu potomstwa w zależności od fazy choroby (w trakcie, po chorobie) i rodzaju leczenia warto skonsultować z lekarzem specjalistą (np. onkologiem, ginekologiem). Więcej informacji znajdziesz w rozdziale X.

Leczenie występujących zaburzeń seksualnych zależy od czynników je wywołujących. W przypadku zaburzeń spowodowanych niewłaściwą gospodarką hormonalną, neuropatią, dolegliwościami bólowymi, zaleca się lekarską konsultację specjalistyczną np. endokrynologiczną, onkologiczną, seksuologiczną, neurologiczną. **W sytuacji wystąpienia dysfunkcji o podłożu psychogennym (lęk, depresja, zaniżone poczucie własnej wartości, atrakcyjności) wskazana staje się wizyta u psychologa lub konsultacja u psychiatry lub psychoseksuologa.** Problemy w komunikacji, brak porozumienia między partnerami, powinny być omawiane w trakcie psychoterapii par. Współczesna rehabilitacja psychoseksualna wymaga interdyscyplinarnego i wielopłaszczyznowego podejścia do spraw zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Począwszy od uznania, że pacjent z chorobą nowotworową ma możliwość pełnej realizacji swojej seksualności, może być nadal atrakcyjnym i pełno(s) prawnym partnerem w sztuce miłości pomimo trudności związanych z chorobą, aż do przekonania partnera/partnerki o wyjątkowych wartościach bliskości i komunikacji. **Dopóki trwa proces zdrowienia, leczenie nie jest jeszcze zakończone, samopoczucie bywa zmienne, osoba z chorobą i jej partner/partnerka może potrzebować, a co za tym idzie, próbować znaleźć nowy sposób i przestrzeń na realizację swojej intymności.** Dlatego rehabilitacja psychoseksualna jest ważnym aspektem dla wielu pacjentów i ich partnerów.

Jak sprawić, aby życie intymne zakwitło w trakcie leczenia?

mgr
Klaudia Latosik
seksuolog

Podczas początkowego szoku związanego z diagnozą, seks może być ostatnią rzeczą, o której pomyślisz. Z czasem mogą pojawić się pytania dotyczące wpływu leczenia i tego, kiedy będzie można powrócić do aktywności seksualnej. Jak ta aktywność seksualna będzie wyglądała. Co się zmieni? Na jakie zmiany i jak się przygotować? Czy możliwe jest satysfakcjonujące życie seksualne? Jakie trudności mogą się pojawić?

Chłoniak i jego leczenie mogą zmienić Twoje ciało i samopoczucie, a to może mieć wpływ na Twoją seksualność. Pojawić się może lęk, depresja, obniżone poczucie własnej atrakcyjności. We wcześniejszym rozdziale podpowiadamy Ci, jak zaakceptować te zmiany. Efekty uboczne leczenia – zmęczenie, nudności, suchość błon śluzowych, a także przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych może powodować spadek lub brak pożądania, problemy z erekcją, trudności z osiągnięciem orgazmu, suchość pochwy i ból podczas stosunku. Leczenie chłoniaka nie pozbawia nas jednak zdolności do kochania i bycia kochanym, okazywania sobie wzajemnie troski, doceniania i bycia docenianym, realizacji i wyrażania potrzeb seksualnych. Seks to nie tylko penetracja, a także pieszczoty, przytulanie, głaskanie, lizanie, szczypanie, masowanie i dotykanie, flirt, zmysłowy taniec. Dotyk ma bardzo pozytywny wpływ na nasze samopoczucie psychiczne i fizyczne. Zwiększa pozytywne i zmniejsza negatywne emocje. Niektóre zmiany w Twojej seksualności są tymczasowe, inne będą długotrwałe i trzeba się do nich przystosować. Bardzo możliwe jest jednak, że te zmiany wzmocnią związek, poprawią sposób komunikowania się i doprowadzą do odkrycia nowych, satysfakcjonujących sposobów realizacji seksualnej.



EMOCJE I SEKSUALNOŚĆ

W trakcie i po leczeniu możesz odczuwać wiele emocji, które będą wpływały na Twoją seksualność.

Złość

możesz czuć się zły/zła z powodu chłtoniaka i tego, że wpływa na Twoją seksualność i pojawienie się trudności seksualnych, których wcześniej nie doświadczyłeś/ doświadczyłaś.

Niepokój

myśli o intymności lub odbyciu stosunku mogą budzić Twój niepokój. Możesz mieć wątpliwości, czy sobie poradzisz, czy nie pojawią się problemy z erekcją lub bolesny stosunek. Kiedy nie masz partnera, możesz odczuwać niepokój przed rozpoczęciem nowego związku i relacji intymnej. Lęk może wpłynąć na twoją samoocenę i spowodować spadek zainteresowania seksem.

Strach

możesz obawiać się, że nie jesteś w stanie zaspokoić seksualnie swojego partnera/partnerkę. Możesz mieć trudność w wyobrażeniu sobie siebie w roli kochanka /kochanki.

Wstyd

możesz czuć się zawstydzony/ zawstydzona z powodu zmian w swoim wyglądzie, seksualności i w sposobie funkcjonowania organizmu.

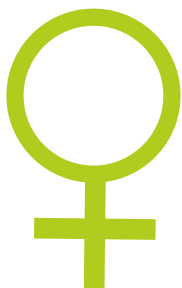
Depresja

uczucie smutku, niepokoju, drażliwości i przygnębienia, a także problemy ze snem mogą spowodować, że zmniejszy się twoje libido.

Żal

możesz odczuwać żal z powodu utraty poprzedniego funkcjonowania i życia seksualnego.

EMOCJE TE MOGĄ MIEĆ WPŁYW NA POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI, SEKSUALNOŚĆ I STOSUNEK DO INTYMNOŚCI ORAZ BLISKOŚCI. POMOĆNE MOŻE BYĆ POROZMAWIANIE O SWOICH UCZUCIACH Z KIMŚ BLISKIM, PARTNEREM/ PARTNERKĄ, PSYCHOLOGIEM LUB POSZUKANIE WSPARCIA W GRUPACH POMOCOWYCH.



Wpływ leczenia na pożądanie i reakcje seksualne u kobiet Co warto przemyśleć?

W zrozumieniu trudności jakich doświadczają kobiety w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym przydatna jest podstawowa wiedza na temat reakcji seksualnych. Tu przedstawię Ci dwa podejścia!

1

Helen Singer Kaplan - seksuolożka i terapeutka - opracowała trójfazowy model reakcji seksualnej składający się z:

1. Pożądania. Pojawia się kiedy kogoś pragniesz, chcesz mieć z nią/nim aktywność seksualną. Pożądanie (libido) możemy porównać do apetytu, ochoty na seks, a nawet uczucia głodu. Kiedy pożądanie zostanie zaspokojone, to zanika lub staje się mniejsze. Wyraża się w fantazjach i myślach seksualnych. Libido zależy od Twojego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego, satysfakcji z relacji, poczucia własnej atrakcyjności, poziomu hormonów płciowych, samooceny, przekonań nt. seksu, dotychczasowych doświadczeń seksualnych, ilości snu.

2. Podniecenia i etap plateau. To pobudzenie seksualne, w trakcie którego w ciele kobiety zaczyna zachodzić wiele zmian: ·serce bije szybciej i wzrasta ciśnienie krwi ·oddech staje się głębszy i cięższy ·pojawia się śluz pochwy ·pochwa rozszerza się i rozciąga ·wargi sromowe oraz łechtaczka nabrzmiewają i ciemnieją ·piersi powiększają się ·może wystąpić „rumieniec seksualny”- zaróżowienie skóry w okolicy piersi.

3. Orgazmu. To połączenie doznań fizycznych, umysłowych i emocjonalnych. Podczas orgazmu zwieracze przepony miednicy kurczą się w tym samym rytmie. Zwiększa się ciśnienie krwi, przyspiesza oddech i akcja serca. Całe ciało może zacząć drżeć. Pojawia się poczucie ulgi, znika napięcie zgromadzone we wszystkich mięśniach.

2

W latach 90. XX wieku dwóch seksuologów - Erick Janssen i John Bancroft - opracowali model podwójnej kontroli reakcji seksualnej. Znajomość tego modelu może ci ułatwić zrozumienie własnych zachowań seksualnych. Składa się on z dwóch systemów:

Systemu pobudzenia seksualnego. Ta część systemu cały czas monitoruje Twoje otoczenie w wyłapywaniu bodźców seksualnych – to, co widzisz, słyszysz, wąchasz, dotykasz, smakujesz oraz to o czym fantazjujesz. Przesyła sygnały z mózgu do narządów płciowych, które na odpowiednie bodźce reagują podnieceniem – np. w odpowiedzi na fantazje seksualne, miłą rozmowę z naszym partnerem/partnerką, zapach perfum, zmysłowy taniec.

System hamowania seksualnego. Kiedy system pobudzania wyłapuje bodźce wywołujące podniecenie, to system hamowania lustruje otoczenie w poszukiwaniu elementów osłabiających pobudzenie seksualne – np. kiedy pojawiają się myśli „nie jestem wystarczająco atrakcyjna” lub „ostatnio nie miałam orgazmu, teraz znowu tak będzie” lub inne bodźce – hałas, nieprzyjemny zapach.

Model podwójnej kontroli wyjaśnia, jak umysł reaguje na bodźce o działaniu pobudzającym lub hamującym podniecenie. Korzystając z wiedzy o działaniu tego modelu, możesz przekształcić to, na co reagujesz – np. usunąć te czynniki, które działają hamująco na twoje podniecenie, a rozwijać te, które są pobudzające. Jak to zrobić?

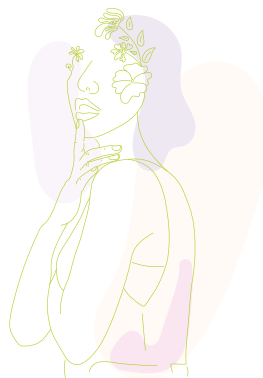
Możesz sobie zadać dwa pytania, które pozwolą na odkrycie tego, co działa na Ciebie pobudzająco:

1. Jak wrażliwy jest Twój system pobudzenia seksualnego?
2. Co go aktywuje? Na co on reaguje?

Pomocne w formułowaniu odpowiedzi na powyższe pytania może być przywołanie sobie pozytywnego przeżycia seksualnego z Twojej przeszłości. Opisz je sobie na kartce i spróbuj zmieścić w tej historii jak najwięcej szczegółów – aspektów, które uczyniły to wspomnienie miłym, przyjemnym i satysfakcjonującym.

Zastanów się:

- W jakiej kondycji fizycznej wtedy byłaś?
- Jaki miałaś nastrój?
- Czy byłaś zadowolona ze swojego wyglądu?
- W co byłaś ubrana?
- Gdzie odbywała się ta aktywność?
- Jaki był Twój poziom stresu?
- A jaki poziom lęku?
- Jak zachowywał się Twój partner/partnerka?
- Jak pachniał/pachniała?
- Czy czułaś się pożądana?
- Jakie czynności seksualne wtedy podjęłaś?



Odpowiedzi te pozwolą Ci na uświadomienie sobie, co aktywuje Twój system pobudzenia seksualnego. Ile z tych przyjemnych rzeczy świadomie wprowadzasz i rozwijasz w swoim życiu seksualnym? To one mają wpływ na Twoje libido. Sięgaj po nie.



Wpływ leczenia na pożądanie i reakcje seksualne u kobiet

Co warto robić, gdy pojawia się...

1

Uczucie zmęczenia i brak energii na seks

W trakcie leczenia przeciwnowotworowego możesz odczuwać duże zmęczenie i ogólnie osłabienie organizmu, co może sprawić, że na seks zabraknie Ci już energii. W dniach kiedy czujesz się trochę lepiej, ochota na seks może wrócić i wtedy pojawia się szansa, aby podjąć aktywność seksualną. Seks ma wiele korzyści dla zdrowia, dobrostanu psychicznego, pozytywnie wpływa na relację i samopoczucie – nie rezygnuj z niego. Przy zmęczeniu i niskim poziomie energii możesz skorzystać z poniższych pomocy:

1. W trakcie leczenia na kilka dni przed kolejnym podaniem chemii może pojawić się nastrój i ochota na seks. Te dni możesz wykorzystać na niewymagające dużego wysiłku, ale przyjemne aktywności seksualne jak: pieszczucie, głaskanie, mizianie, dotykanie, seks w spokojnych, delikatnych pozycjach – np. na tyłeczku lub w pozycji misjonarskiej.

2. Spróbuj przewidzieć sytuacje, które zwiększają zmęczenie.

Unikaj ich w dniu, kiedy będziesz planować seks.

3. Zmień ograniczające Cię przekonania nt. tego, jak powinien wyglądać seks.

Seks to nie bicie rekordów i nie musi wiązać się z dynamicznymi, intensywnymi aktywnościami. Seks to cały repertuar zachowań seksualnych, a nie tylko akrobatyczne wyczyny. W poszukiwaniu nowych rodzajów stymulacji seksualnej możesz odkryć i przekonać się, że to właśnie seks z uważnością, świadomością i delikatnością jest czymś wspaniałym. Czymś, co zbliży cię do partnera/ partnerki, a kiedy jesteś sama, to pozwoli ci na odkrycie nowych, fascynujących sposobów sprawiania sobie przyjemności.

4. Wyobraźnia nie ma ograniczeń. Rozwijaj ją. Fantazjowanie i dzielenie się fantazjami z drugą osobą wzmacnia podniecenie.

5. Wyznacz porę dnia, kiedy Twoje samopoczucie jest najlepsze i wtedy zaplanuj aktywność seksualną – np. po drzemce w ciągu dnia.

6. Postaw na wygodę i komfort. Słuchaj swojego ciała. Wybieraj te pozycje seksualne, które są dla Ciebie przyjemne i nie powodują bólu. Jeżeli potrzebujesz dodatkowych akcesoriów – takich jak poduszka pod biodra lub lubrykant – skorzystaj z nich.

2 Zmniejszone libido

Zmniejszone libido i brak ochoty na seks w trakcie leczenia jest zupełnie normalne. Powody utraty pożądania mogą mieć podłoże psychologiczne: depresja, lęk, wstyd, strach, stres a także fizjologiczne: nudności, ból, zmęczenie. **Ważne na tym etapie jest, aby zastanowić się, czego ja potrzebuję i czego potrzebuje mój partner/partnerka. Otwarta komunikacja w związku, gdzie możesz swobodnie rozmawiać o swoich uczuciach i pragnieniach, może Ci pomóc.** Zastanów się, czy na tym etapie jesteś gotowa na podejmowanie aktywności seksualnych. Kiedy powodują one u Ciebie niepokój lub dużą niechęć, zmuszanie się może przyczynić się do powiększenia się trudności seksualnych. To jest tymczasowa sytuacja i wiele par znajduje rozwiązanie tego problemu. Niektóre pary skupiają się na wzmacnianiu bliskości – przytulają się, głaszczą, masują, dotykają, spędzają czas w łóżku,

patrząc sobie w oczy. Z pozoru te „niewinne” zachowania bardzo wzmacniają więź i pogłębiają intymność. W innych związkach pary decydują się na doprowadzenie do orgazmu jednego z partnerów, bez oczekiwania i presji, że druga strona będzie podniecona i uzyska satysfakcję. Badania Johna Bancrofta potwierdzają, że dla wielu kobiet (ok. 75%) to zadowolenie seksualne partnera/partnerki, a nie orgazm daje im największą satysfakcję,

Na zmniejszenie pożądania największy wpływ mają czynniki psychologiczne, relacyjne i kulturowe. Czynniki medyczne lub organiczne odgrywają pewną rolę, ale to nie one są decydujące. **Seks jest w naszych głowach i to od naszych myśli i przekonań zależy to, czy to pożądanie się pojawi, czy nie.** Ważny dla kobiet jest czynnik relacyjny. Konfliktowy, niewspierający związek przyczynia się do spadku zainteresowania seksem. To, co działa na większość kobiet, to pragnienie bycia pożądaną i akceptacja swojej seksualności ze wszystkimi możliwościami i ograniczeniami.

3 Ból podczas stosunku

Ból podczas stosunku w trakcie leczenia może być spowodowany suchością pochwy, jak i silnym napięciem emocjonalnym spowodowanym długotrwałym lękiem i stresem. Z tą trudnością kobiety przychodzą najczęściej do gabinetu seksuologicznego. Ból może pojawić się w trakcie gry wstępnej, w czasie trwania stosunku lub po zakończeniu go. **Najważniejsze w zapobieganiu lub łagodzeniu problemów z suchością pochwy jest przywrócenie nawilżenia okolic intymnych.** Lokalne leczenie dopochwowe estrogenem jest skuteczne w odwracaniu zanikowych zmian w pochwie i łagodzeniu towarzyszących mu objawów. O doborze leczenia zawsze decyduje lekarz.

W łagodzeniu dolegliwości bólowych pomocny może być trening z użyciem rozszerzaczy pochwy - dilatorów. Są one wykonane z delikatnego, bezpiecznego dla organizmu materiału. Kształtem przypominają palec, dostępne są w różnych długościach i wielkościach, co pozwala na dobór odpowiedniego rozmiaru, w zależności na jakim etapie treningu jesteśmy. Zmniejszają lub całkowicie eliminują ból podczas stosunku, wzmacniają także mięśnie dna miednicy. Użycie dilatorów można włączyć do planu treningowego po poprzednim wykonaniu ćwiczeń relaksacyjnych.

Dolegliwości bólowe podczas stosunku mogą mieć także charakter psychologiczny. Zazwyczaj jest to związane z lękiem, stresem i innymi emocjami, które pojawiają się w trakcie leczenia – smutkiem, rozczarowaniem, poczuciem winy i złością. Negatywne myśli i emocje nt. seksu mogą blokować podniecenie, a bez odpowiedniego podniecenia pochwa jest ściśnięta i stosunek staje się bolesny. Warto wiedzieć i pamiętać o tym, że do stosunku seksualnego niezbędne jest rozluźnione, zrelaksowane ciało i głowa. Potrzebna jest atmosfera ciepła, zrozumienia i bezpieczeństwa. Pośpiech i niecierpliwość mogą nasilić problem. Nie podejmuj stosunku, kiedy nie jesteś gotowa psychicznie i fizycznie. Świadomie obserwuj, na jakim poziomie jest Twoje podniecenie. Kiedy jesteś podniecona na minimum 4 (w skali od 1 do 5), to prawdopodobnie wtedy pochwa jest już maksymalnie wydłużona i rozszerzona oraz nawilżona. To może być dobry moment, aby pójść dalej. W trakcie stosunku korzystaj z lubrykantów na bazie wody lub z dodatkiem kwasu hialuronowego.

4 Trudności z osiągnięciem orgazmu

Orgazm jest czymś, czego pożądamy, czego pragniemy i o czym fantazjujemy, ale nie dla każdej kobiety jest on niezbędny do osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Jak wynika z badań Johna Bancrofta tylko 30% kobiet deklaruje, że to orgazm jest głównym wyznacznikiem satysfakcji seksualnej. Prawie 80% kobiet podało, że to poczucie emocjonalnej bliskości z partnerem/partnerką daje im największą satysfakcję. 75% uważa, że zadowolenie seksualne drugiej osoby, a dla 62% to komfortowa rozmowa o seksie z partnerem/partnerką. Nie zawsze przeżycie orgazmu równoznaczne jest z odczuwaniem satysfakcji seksualnej.

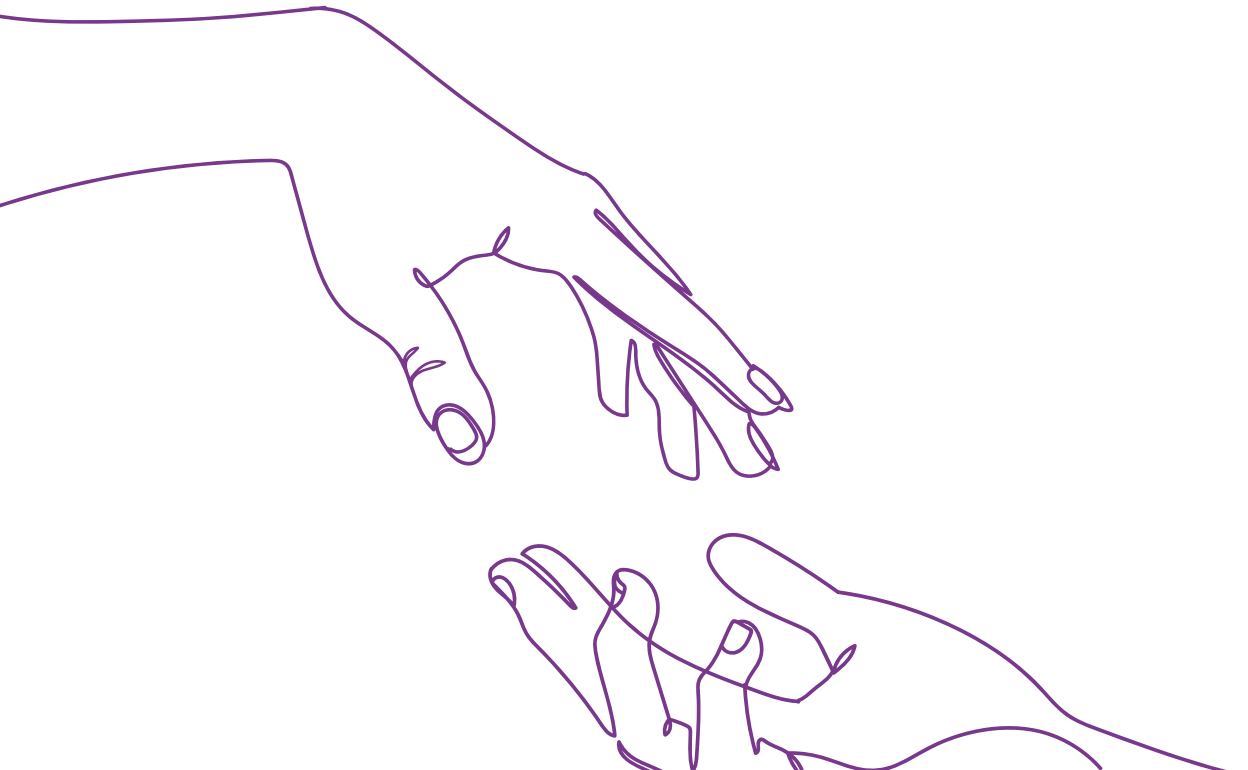
Orgazm to nie obowiązek!

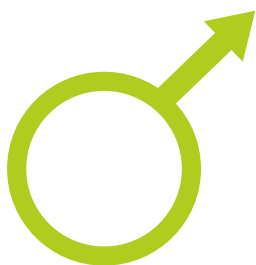
Większość kobiet po zakończeniu leczenia jest w stanie osiągać orgazm – o ile przed rozpoczęciem nie miały z tym trudności. Dla niektórych może to być nieco trudniejsze i wymagać będzie więcej czasu oraz praktyki. Na rynku jest wiele książek i filmów pokazujących jak osiągnąć orgazm. Badania pokazują, że technika zwana kierowaną masturbacją ma wysoką skuteczność. Technika ta zakłada, że to osoba trenująca ma sama poznać, co ją podnieca, aby potem wprowadzić to do relacji seksualnej z partnerem/partnerką. Pierwszy krok to zapoznanie się ze swoimi narządami intymnymi (np. w lusterku) i „badawcze”,

nieseksualne dotknięcia. Kolejne dotknięcia powinny już doprowadzać do stymulacji seksualnej. W tej fazie warto skorzystać z lubrykantów. Następny krok polega na włączeniu fantazji i myśli erotycznych do stymulacji, aby w kolejnym przejść do dotykania łechtaczki. Ostatni etap, dla kobiet będących z związkach, pozwala na obecność partnera/partnerki w czasie treningu.

Zaakceptowanie faktu, że tymczasowo możesz nie osiągać orgazmu za każdym razem, może zmniejszyć presję i pozwoli na skoncentrowaniu się na dawaniu i przyjmowaniu przyjemności. Często to presja i nierealne oczekiwania są główną barierą w uzyskaniu satysfakcji seksualnej.

Jeden z mitów nt. orgazmu, który utrudnia jego osiągnięcie, mówi, że liczy się tylko orgazm pochwowy. Dla naszego mózgu orgazm jest. Są różne drogi stymulacji, ale i tak wszystkie związane są z pieszczaniem łechtaczki. Łechtaczka jest o wiele większym narządem, niż się powszechnie uważa, a to, co widzimy na zewnątrz, to jedynie główka łechtaczki, jej żołądź. Łechtaczka otacza całą pochwę i każda stymulacja dotyczy właśnie jej. Często nie docenia się tego, że kobiety o wiele częściej doświadczają przyjemności na skutek pieszczenia, głaskania, lizania i muskania żołądza łechtaczki, niż na skutek penetracji. Często jest to spowodowane tym, że to w penetracji upatruje się jedynej drogi do kobiecego orgazmu.





Wpływ leczenia na sprawność seksualną mężczyzn

Co warto wiedzieć?

Reakcja mężczyzny na bodźce seksualne jest wynikiem współdziałania wielu mechanizmów i uzależniona jest od sprawnie działających układów: nerwowego, hormonalnego i krążenia. Wpływ także mają cechy osobowości, preferencje i potrzeby seksualne, samoocena, relacja partnerska, uwarunkowania kulturowe i religijne, postawy i przekonania nt. seksu. Utrata pożądania i problemy z erekcją to najczęstsze trudności pojawiające się w trakcie leczenia i mogą stanowić wyzwanie dla poczucia męskości. Panuje szkodliwy stereotyp, że „prawdziwy” mężczyzna zawsze „może”, zawsze jest chętny i gotowy na seks. Przekonanie to może budzić niepokój i obawy przed rozmową z partnerką/partnerem o swoich trudnościach, a nawet rezygnację z życia seksualnego.

U mężczyzny reakcja seksualna składa się z 4 faz:

1. Pożądania. Pojawia się, kiedy masz ochotę na seks, kiedy fantazjujesz o seksie i dążysz do aktywności seksualnej.

2. Podniecenia. Ta faza wiąże się z wystąpieniem erekcji. Oprócz erekcji wydziela się niewielka ilość śluzu z cewki moczowej. Oddech przyspiesza, zwiększa się akcja serca i wzrasta ciśnienie tętnicze krwi. W miarę upływu lat czas trwania erekcji maleje. U mężczyzny w wieku do 25 lat trwa ona przeciętnie do 54 minut, w wieku 31-41 lat około 41 minut, w wieku 51-55 lat zmniejsza się do 27 minut, w okresie pomiędzy 61-65 lat około 10 minut. Naturalne jest również to, że wraz z wiekiem mężczyzna potrzebuje coraz więcej bodźców seksualnych, aby erekcja wystąpiła.

3. Orgazmu. To moment szczytowania, kulminacyjnego wzrostu napięcia seksualnego. Podczas orgazmu dochodzi do skurczów mięśni dna miednicy oraz zwieracza odbytu, wzrasta częstotliwość oddechu, akcji serca i ciśnienia tętniczego, może pojawić się tzw. „rumień seksualny”. U mężczyzn to nie sam orgazm jest najprzyjemniejszy, a moment zbliżającego się wytrysku. Możliwy jest orgazm bez wytrysku i wytrysk bez orgazmu.

4. Odprężenia. Ta faza pojawia się kilka minut po orgazmie. Mięśnie dna miednicy rozluźniają się, oddech staje się spokojniejszy, erekcja ustępuje. Uczucie przyjemnego znużenia może spowodować potrzebę snu. Po wytrysku pojawia się okres refrakcji, trwa on od kilkunastu minut do kilkudziesięciu godzin (jest to zależne od wieku, kondycji psychicznej i fizycznej). Jest to okres kiedy mężczyzna, nawet przy odpowiedniej stymulacji, nie jest gotowy na podjęcie kolejnej aktywności seksualnej.



Wpływ leczenia na sprawność seksualną mężczyzn

Co robić, gdy pojawia się...

1

Brak pożądania

W trakcie leczenia przeciwnowotworowego może pojawić się tymczasowy brak zainteresowania seksem. Potrzeby seksualne przestają być tak ważne jak wcześniej i jest to zupełnie normalne. Wśród przyczyn tego stanu można wymienić: leki przeciwdepresyjne (SSRI, SNRI), przewlekłe zmęczenie, stres, problemy ze snem, obniżoną samoocenę, czy brak komunikacji w relacji. Mniejsze zainteresowanie seksem może budzić dyskomfort i niepokój. Wielu mężczyznom trudno jest rozmawiać o swoich uczuciach i trudnościach z partnerką/partnerem. Otwarta, szczerza rozmowa nie tylko może polepszyć komunikację w parze, wzmocnić więź, ale i odkryć na nowo swoją seksualność. Największe obawy u mężczyzn budzą: brak erekcji i myśl, że nie będą w stanie zaspokoić partnerki/partnera. Niepokój mogą również powodować nieprawidłowe przekonania nt. seksu, mówiące o tym, że rolą mężczyzny jest zaspokajanie partnerki, czy podkreślające wartość mężczyzny na podstawie jego sprawności seksualnej. O byciu dobrym kochankiem nie decydują fizyczne możliwości, a czułość, uważność i otwartość na komunikację intymną.

Pożądanie zwiększa się, kiedy jesteś w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Aktywność fizyczna, odpowiednia ilość snu, lekka dieta, rezygnacja z używek, techniki relaksacyjne (np. trening relaksacyjny Jacobsona), komunikacja z partnerem/partnerką – mogą znacząco przyczynić się do poprawy i powrotu libida.

2 Problemy z erekcją

Większość mężczyzn, u których zastosowano chemioterapię zachowuje zdolność do erekcji, u niektórych mogą jednak wystąpić problemy z erekcją. Trudność ta jest tymczasowa i ustępuje po zakończeniu leczenia.

Problemy z erekcją mogą być również spowodowane czynnikami psychologicznymi jak i niepożądanym działaniem leków przeciwdepresyjnych. Skutki uboczne tych leków mogą obejmować: obniżenie pożądania, zaburzenia erekcji, trudności z osiągnięciem orgazmu, wytrysk przedwczesny, zaburzenia czucia okolic genitalnych. Dostępne są leki przeciwdepresyjne o alternatywnych mechanizmach działania, odznaczające się niższym ryzykiem występowania trudności seksualnych, a niektóre mogą mieć nawet działanie poprawiające reaktywność seksualną. O doborze i zmianie leków zawsze decyduje lekarz.

Przy częściowej erekcji możesz spróbować masowania łechtaczki i warg sromowych. To bardzo przyjemna, prowadząca do orgazmu forma stymulacji. Możesz także skorzystać z pomocy gadżetów erotycznych – np. dilda lub wibratora.

Zdrowa relacja seksualna nie wymaga seksu penetracyjnego. Upatrywanie w penetracji największego źródła kobiecej przyjemności to kolejne z ograniczających przekonań – zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn.

To łechtaczka jest organem służącym do czerpania przyjemności i zdecydowana większość kobiet, dzięki niej szczytuje. Istnieje wiele bardzo przyjemnych i satysfakcjonujących aktywności seksualnych jak: wzajemna masturbacja, seks oralny, masaż całego ciała olejkami. Najważniejsze dla relacji jest dbanie o utrzymanie intymności – całowanie, przytulanie, trzymanie się za ręce, głaskanie i szczerą, otwartą komunikacją.



Intymność i seks w parze Kilka dobrych rad!

Utrzymanie lub powrót do intymności i seksu może być ciekawym i rozwijającym doświadczeniem. To od Ciebie i Twojego nastawienia zależy jakie będzie Twoje życie seksualne. Naturalnie możesz potrzebować czasu, aby dostosować się do zmian. Istnieje kilka sposobów na przygotowanie się do nich:

- **Rozmawiaj otwarcie ze swoim partnerem/partnerką.** Podziel się wszelkimi obawami dotyczącymi tego, co zmieniło się w Twoim funkcjonowaniu seksualnym. Komunikuj, kiedy jesteś gotowa/gotowy na seks, jakich pieśczołot teraz potrzebujesz i jak druga osoba może Ci pomóc odczuwać przyjemność.
- **Poznaj sama/sam, co zmieniło się w Twoich reakcjach seksualnych.** Masturbacja może pomóc w zrozumieniu tego, co teraz sprawia Ci przyjemność, jaki rodzaj stymulacji i nacisku lubisz. Tą wiedzę podziel się potem z partnerem/partnerką.
- **Nie spiesz się.** Powrót do intymności i seksu wymaga cierpliwości i delikatności. Być może lepszym pomysłem na pierwsze kilka razy będzie przytulenie i zmysłowy masaż, a nie seks penetracyjny lub inna, dynamiczna aktywność seksualna.
- **Zaplanuj swój seks.** W trakcie i po leczeniu może pojawić się konieczność przygotowania do aktywności seksualnej – np. użycia lubrykantów, gadżetów erotycznych, czy wyboru pory dnia, kiedy jesteś wypoczęty/a.
- **Otwórz się i poznaj nowe sposoby stymulacji seksualnej.** Po leczeniu przeciwnowotworowym dotychczasowe sposoby uprawiania seksu mogą być trudniejsze, co nie oznacza, że te nowe nie będą równie przyjemne. Bądź otwarty/a, eksploruj i odkrywaj, badaj różne sfery erogenne. Całe nasze ciało jest sferą erogenną - nie tylko narządy intymne, pośladki i pierś. Skorzystaj z wyobraźni, włącz historie ze swoich fantazji seksualnych do swojego życia seksualnego.

- **Skup się na bliskości i intymności w związku.** Bądź ze swoim partnerem/partnerką blisko, spędzajcie czas razem i róbcie coś, co sprawia Wam przyjemność. Autentyczna relacja pozytywnie wpływa na pożądanie i satysfakcję seksualną.
- **Bądź aktywny/a fizycznie.** Ruch pozytywnie wpływa na libido i zmniejsza zmęczenie. Nawet krótki spacer wokół domu może przynieść efekty.
- **Korzystaj z technik relaksacyjnych i medytacyjnych.** Są one bardzo pomocne w radzeniu sobie ze stresem, lękiem i niepokojem.
- **Bądź cierpliwa/y.** Wiele osób zauważa, że z czasem i praktyką wszystko się poprawia, wraca do normy, a w niektórych przypadkach polepsza się.

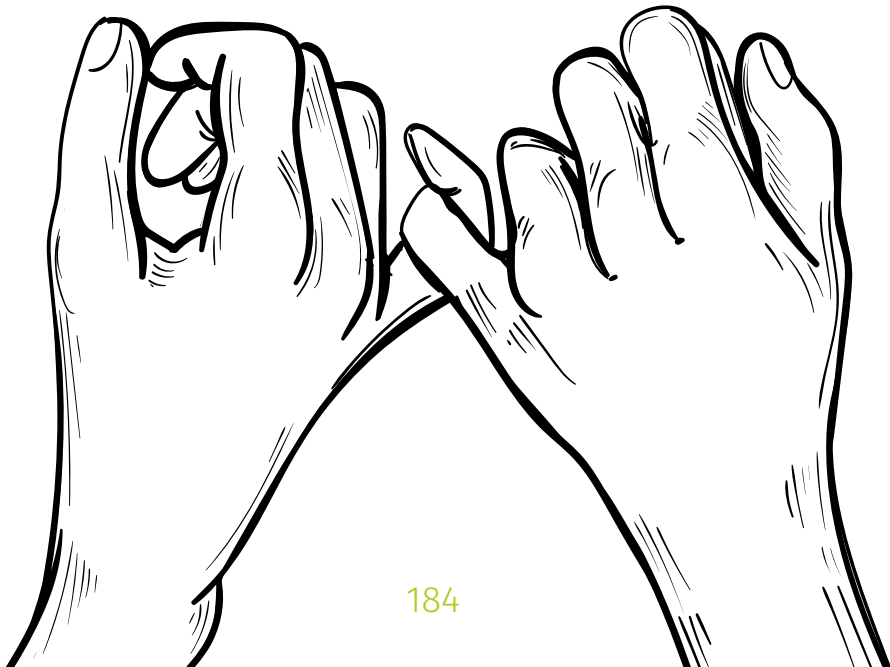




Intymność i seks w parze Jak rozmawiać z partnerem/partnerką o seksie?

Mówienie o seksie to nie tylko umiejętność nazywania narządów intymnych i pozycji seksualnych, ale przede wszystkim umiejętność mówienia o swoich potrzebach, granicach i emocjach. To także umiejętność negocjowania. Możesz obawiać się rozmowy z partnerem/partnerką o zmianach w swojej seksualności. Chociaż unikanie rozmów o seksie może być łatwiejsze, szczególnie kiedy oboje jesteście skupieni na leczeniu, może to prowadzić do frustracji i nieporozumień.

Czasami może brakować Ci odpowiednich słów. Jak zacząć? Nawet jeżeli poniższe sugestie nie pasują idealnie do Twojej sytuacji, to mogą Cię zainspirować do stworzenia własnych. Milczenie nigdy nie jest dobrym rozwiązaniem. Otwarte komunikowanie się z partnerem/partnerką może pomóc w przezwyciężeniu trudności seksualnych spowodowanych leczeniem chłoniaka.



Tak możesz o tym powiedzieć...

„Mam wrażenie, że nigdy nie mam energii na seks. Martwię się o to, jak Ty się czujesz z tego powodu. Zależy mi na tym, aby Twoje potrzeby także były zaspokojone. Może uda nam się razem wymyślić rozwiązanie, które będzie nam obojgu pasowało.”

„Chcę Ci pokazać, jak lubię być dotykana/y. Zależy mi, abyś poznał/a miejsca, które mogą być teraz bardziej delikatne i dotykanie których sprawia mi ból.”

„Czuję, że znów jestem gotowa/y na seks, ale chciałabym, żeby wszystko odbywało się powoli i delikatnie. Co Ty na to?”

„Chcę spróbować nowych rzeczy w seksie, które pomogą nam znów być blisko. Teraz jestem gotowa na wiele przyjemnych sytuacji, ale bez pójścia na całość. To dla mnie jeszcze za wcześnie.”

„Brakuje mi naszego życia seksualnego. Pieszczot, całowania, dotykania. Czy możemy porozmawiać o tym, jak znów być ze sobą blisko fizycznie?”

„Lubię jak mnie dotykasz i pieścisz. Teraz jednak potrzebuję trochę lżejszego i delikatniejszego dotyku, aby było mi przyjemnie.”

Jak rozmawiać z nowym partnerem/partnerką:

„Leczenie chłoniaka zmieniło moje ciało i moją seksualność. Trudno jest mi mówić o tych zmianach, ale chcę, żebyś o tym wiedział/a.”

„Zanim przejdziemy do kolejnego etapu w naszej relacji, to chcę Ci powiedzieć, jak leczenie chłoniaka wpłynęło na moją seksualność.”

„Naprawdę podoba mi się to, w jakim kierunku zmierza nasz związek. Chcę, żebyś wiedział/a, że choruję/chorowałam/em na chłoniaka. Czy chciałbyś/aś, abym więcej Ci powiedział/a?”

„Nadal jestem zainteresowany/a seksem, ale może będziemy musieli wykazać się pewną pomysłowością.”

„Nie uprawiałam/em seksu od czasu leczenia chłoniaka i martwię się jak to będzie, czy sobie poradzę. Teraz potrzebuję ciepłości i delikatności. Jak się na to zapatrujesz?”



Rozdział X

ONCOFERTILITY

CZYLI ZABEZPIECZENIE PŁODNOŚCI W LECZENIU NOWOTWORU

Bardzo naturalnym odruchem jest absolutne skupienie na wyleczeniu nagle pojawiającej się choroby nowotworowej. Bardzo naturalnym odruchem jest również zadanie sobie pytania, w jaki sposób leczenie wpłynie na moją płodność.

Niezależnie od tego, co będzie Twoim priorytetem, warto porozmawiać z lekarzem o wpływie leczenia na procesy prokreacyjne.

Może to mieć szczególne znaczenie, jeśli chłoniak pojawia się u osób młodych, które nie rozpoczęły jeszcze starań o dziecko, bądź nawet nie rozważały chęci posiadania potomstwa i temat płodności może w ogóle nie mieć w tej chwili znaczenia, a zacznie mieć w późniejszych latach. Ze względu na destrukcyjny wpływ, przede wszystkim leczenia onkologicznego, na układ rozrodczy, należy jednak wziąć pod uwagę, że choroba może zminimalizować lub nawet całkowicie uniemożliwić szansę na rodzicielstwo.

Z kolei u pacjentów dojrzałych, u rodziców nieplanujących już potomstwa, a zwłaszcza u kobiet, uchronienie się przed przedwczesną menopauzą, nie tyle wpłynie na samą możliwość poczęcia dziecka, co na sprawność układu hormonalnego, która daleko wybiega poza rozrodczość.

Poradnik został podzielony na część dla kobiet i mężczyzn, gdyż zarówno wpływ na płodność, jak i sposoby zachowania płodności, różnią się u pacjentów obu płci.

O czym należy pamiętać?

W tym rozdziale dowiesz się, w jaki sposób możemy chronić płodność w związku z leczeniem chłoniaka. Pamiętaj, że są to metody zwiększające szanse na poczęcie, jednak nie gwarantują 100% skuteczności.

Wiadomo, że zarówno pacjentki, jak i pacjenci, niezależnie od chłoniaka, mogą cierpieć na niepłodność już w momencie diagnozy lub płodność może być obniżona w wyniku toczącego się procesu nowotworowego, dlatego zanim lekarz wdroży jakiegokolwiek leczenie ochronne, najpierw przeprowadzi badania, aby upewnić się co do aktualnego stanu płodności.

Tak, aby wdrożyć najlepszą opcję lub aby nie prowadzić procedur z góry obarczonych brakiem szans na powodzenie.

Wpływ leczenia na płodność i jak ją chronić?

dr n.med.

Jarosław Janeczko

ginekolog położnik

& spec. endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości



Wpływ leczenia na płodność u kobiet

W przypadku kobiet za możliwość przyszłego posiadania potomstwa odpowiadają jajniki, w których znajdują się komórki jajowe. Poza ilością tych komórek, ważna jest także ich jakość (prawidłowy materiał genetyczny wewnątrz komórki, właściwa reakcja na hormony, prawidłowe dojrzewanie). Ilość i jakość komórek jajowych maleje wraz z wiekiem, jednak spadek może być szybszy, na przykład w przypadku stosowania bardzo silnych leków onkologicznych. Mówimy wtedy o tzw. gonadotoksyczności, czyli toksycznym wpływie na jajniki.

Leczenie onkologiczne może skutkować przedwczesnym wygasaniem czynności jajników (POF), które wiąże się ze:

- spadkiem rezerwy jajnikowej (czyli ilości komórek jajowych w jajnikach),
- spadkiem poziomu estrogenów – żeńskich hormonów płciowych, co może prowadzić do kolejnych zaburzeń np. osteoporozy,
- chorobami krążenia,
- niepłodnością,
- utratą miesiączki (zwykle czasowo, powraca po kilku miesiącach od zakończenia leczenia, jednak utrata może być także trwała).

Leczenie onkologiczne ma zróżnicowany wpływ na płodność, zależnie od: wieku pacjentki (mniejsza szkodliwość leczenia u pacjentek przed 30 rokiem życia, z wyższą wyjściową rezerwą jajnikową), **zaawansowania choroby, zastosowanego leczenia** (chemio- i radioterapia), **dawki leków**. Należy upewnić się, czy proponowany schemat wpływa na płodność. Jeśli w niewielkim stopniu, to trzeba mieć jednak świadomość, że w razie konieczności leczenia wznowy / oporności, przy zastosowaniu schematów II rzutu, a zwłaszcza za wysokodawkowanej chemioterapii, ryzyko niepłodności jest wysokie.

Zmiany w funkcjonowaniu jajników mogą nastąpić także w wyniku radioterapii. Po przyjęciu dawki 1,5 Gy ponad 90% pacjentek po 40. roku życia cierpi na niepłodność, natomiast 30-40% pacjentek pomiędzy 15. a 40. rokiem życia jest niepłodna po zastosowaniu dawki 2,5-5,0 Gy.

Ryzyko utraty płodności oceni lekarz onkolog na podstawie wieku pacjentki oraz zastosowanego rodzaju leczenia (mniej lub bardziej gonadotoksycznego).

Mając to wszystko na uwadze decyzje o zabezpieczeniu płodności należy podjąć na samym początku choroby. Mogą być czasem trudne, zwłaszcza, że powinno się je podjąć jeszcze przed podaniem 1 cyklu chemioterapii, gdy ryzyko niepowodzenia leczenia I rzutu znamy jedynie na podstawie szacunków. W dodatku, w przypadkach o dużej dynamice i niepewnym rokowaniu, w których rozpoczęcie leczenia jest pilne, na pewne procedury może nie być po prostu czasu.

Jeśli jednak tylko jest możliwość, rozważamy najlepsze opcje zabezpieczenia płodności u pacjentek zgłaszających taką chęć.

Możliwości zabezpieczenia płodności u kobiet

Wszystkie metody zabezpieczenia płodności wymagają w pierwszej kolejności znalezienia kliniki leczenia niepłodności, w której dojdzie do pobrania i/lub zdeponowania materiału. Nie jest to trudne, bo kliniki znajdują się właściwie we wszystkich dużych miastach.

Do kliniki leczenia niepłodności należy bank komórek rozrodczych i zarodków, w którym przechowywane są, w specjalnych pojemnikach kriogenicznych, komórki, tkanka lub zarodki. Na początku lekarz ginekolog zbada rezerwę jajnikową (aby sprawdzić wyjściową płodność).

Istnieje kilka sposobów oceny funkcjonowania jajników oraz weryfikacji rezerwy jajnikowej:

- badanie USG, w czasie którego lekarz oceni tzw. AFC, czyli ilość drobnych pęcherzyków w jajnikach (jeśli jest ich mało, oznacza to słabą pracę jajników),
- badania hormonalne z krwi wykonane w 2. lub 3. dniu cyklu: FSH, LH, AMH oraz estradiol.

Na podstawie wyników badań oraz biorąc pod uwagę wiek pacjentki i czas, jaki pozostaje do wdrożenia leczenia onkologicznego, lekarz indywidualnie zaleci wybór najlepszego sposobu zabezpieczenia płodności u pacjentki lub nawet kombinacji różnych procedur, w celu zwiększenia szans na ciążę.



1

Mrożenie zarodków

Metoda jest najbardziej ustandaryzowana i ma największą skuteczność. Z racji konieczności posiadania stałego partnera, metoda nie może być zaproponowana samotnym kobietom oraz dziewczynkom w okresie przed osiągnięciem dojrzałości płciowej. Ten rodzaj postępowania wybierają także kobiety, które mogą pozwolić sobie na odsunięcie chemioterapii w czasie, ponieważ przygotowanie i przeprowadzenie procedury in vitro trwa ok. 1 miesiąca.

Etapy postępowania:

- Wykonanie badań przed procedurą in vitro – głównie są to: badania hormonalne, USG ginekologiczne, wymazy w kierunku bakterii, grzybów oraz badania wirusologiczne.
- Stymulacja jajników do produkcji większej liczby komórek jajowych (nie z każdej komórki uda się uzyskać zarodek, a nie z każdego zarodka powstanie ciąża).
- Pobranie komórek jajowych (krótki zabieg w znieczuleniu ogólnym) w odpowiednim dniu cyklu, gdy będą już dojrzałe.
- Zapłodnienie dojrzałych komórek nasieniem męża/partnera.
- Hodowla zarodków.
- Zamrożenie uzyskanych zarodków w ciekłym azocie (-196°C), gdzie mogą być przechowywane przez wiele lat, aż do momentu, gdy pacjentka wróci do zdrowia i będzie chciała zostać mamą. Wówczas zarodki będą mogły zostać rozmrożone i transferowane do macicy.

Skuteczność procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi średnio ok. 40% w przeliczeniu na transfer jednego zarodka. Metoda mrożenia zarodków (tzw. witrifikacja) ma również bardzo wysoki odsetek przeżywalności – nawet ok. 98-99%.

2 Mrożenie komórek jajowych

Metoda cieszy się największym zainteresowaniem wśród pacjentek, które osiągnęły dojrzałość płciową, bez stałego partnera. Przygotowanie i przeprowadzenie procedury, podobnie, jak w przypadku mrożenia zarodków, wymaga ok. 1 miesiąca, co wiąże się z odłożeniem w czasie chemioterapii.

Etapy postępowania:

- Wykonanie badań – głównie są to badania hormonalne, USG ginekologiczne, wymazy w kierunku bakterii, grzybów oraz badania wirusologiczne.
- Stymulacja jajników do produkcji większej liczby komórek jajowych (nie z każdej komórki uda się uzyskać zarodek, a nie z każdego zarodka powstanie ciąża).
- Pobranie komórek jajowych (krótki zabieg w znieczuleniu ogólnym) w odpowiednim dniu cyklu, gdy będą już dojrzałe.
- Zamrożenie dojrzałych komórek jajowych w ciekłym azocie (-196°C), gdzie mogą być przechowywane przez wiele lat, aż do momentu, gdy pacjentka wróci do zdrowia i będzie chciała zostać mamą. Wówczas komórki zostaną rozmrożone, zapłodnione nasieniem partnera, a rozwinięte zarodki zostaną podane do macicy.

Komórki jajowe mają nieco niższą przeżywalność po rozmrożeniu niż zarodki (na poziomie 80-90%), wciąż jednak jest to jedna z najbardziej skutecznych metod zabezpieczenia płodności u kobiet. Po rozmrożeniu każda z komórek, która przeżyła, ma 6-8% szans na implantację (zagnieżdżenie w macicy zarodka powstałego z tej komórki).



3

Mrożenie tkanki jajnika

Jest to jedyna metoda, którą można zastosować u dziewczynek w wieku przedpokwitaniowym, ale także u dojrzałych kobiet.

Etapy postępowania:

- Wykonanie badań oceniających rezerwę jajnikową.
- Wykonanie badań kwalifikacyjnych przed laparoskopią.
- Laparoskopowe pobranie wycinków tkanki jajnika (fragment jajnika, czasem połowa jednego lub obu jajników).
- Transport fragmentów do laboratorium wykonującego preparatykę i mrożenie fragmentów jajnika.
- Zamrożenie fragmentów jajnika w ciekłym azocie (-196°C), gdzie mogą być przechowywane przez wiele lat, aż do momentu, gdy pacjentka wróci do zdrowia i będzie chciała zostać mamą. Wówczas fragmenty zostaną rozmrożone (niekoniecznie wszystkie na raz) i laparoskopowo wszczepione (najczęściej pod otrzewną jajowodu).

Metoda ma szereg zalet:

- Jest to jedyny sposób, aby zabezpieczyć nie tylko płodność pacjentki (możliwość posiadania dziecka w przyszłości), ale także aby umożliwić kobiecie naturalny sposób poczęcia dziecka. We wszczepionych, do miednicy mniejszej, fragmentach tkanki, dojrzewają komórki jajowe, które mogą zostać zapłodnione bez zastosowania technik rozrodu wspomaganego, choć u niektórych niestety mogą się one okazać konieczne.
- Zapewnia ochronę przed przedwczesną menopauzą – wszczepiona tkanka wydziela żeńskie hormony płciowe, które mają działanie kardioprotekcyjne, zmniejsza się także ryzyko osteoporozy.
- Brak etapu stymulacji pacjentki, dzięki czemu chemioterapia jest wdrożona bez odraczania.

Wadą jest z kolei konieczność wykonania dwukrotnie (lub nawet kilkakrotnie) zabiegu laparoskopii. W przypadku nowotworów

istnieje także ryzyko ponownego wszczęcia komórek nowotworowych wraz z transplantowaną tkanką. **Konieczne jest badanie histopatologiczne fragmentu tkanki, aby określić obecność komórek nowotworowych w jej obrębie.** Należy także rozważyć, w zależności od umiejscowienia chłoniaka, ewentualne problemy ze znieczuleniem pacjentki przed zabiegiem laparoskopii.

Do niedawna (2021) mrożenie tkanki jajnika uważano za metodę eksperymentalną, jednak za sprawą Rekomendacji Zespołu Roboczego ds. zachowania płodności u kobiet leczonych z powodu nowotworów (oncofertility) przy Konsultancie Krajowym w dziedzinie ginekologii onkologicznej przestało być określane jako eksperyment medyczny i jest uznaną metodą leczniczą. Ten sam Zespół Roboczy zaleca rozważenie zasadności wykonania mrożenia tkanki jajnika u pacjentek z niską rezerwą jajnikową (AMH<0,4ng/ml, AFC<5 pęcherzyków w obu jajnikach), gdyż skuteczność może być u tych pacjentek znacząco obniżona.

Do 2019 roku wykonano autologiczny przeszczep tkanki jajnikowej u ponad 300 pacjentek, udało się uzyskać ponad 140 ciąż, z których urodziło się ponad 100 dzieci.

Skuteczność jest jednak obniżona u kobiet po 35 roku życia, a nie stwierdzono żadnej ciąży u kobiet w wieku powyżej 38 lat. Rekomendowaną metodą zabezpieczenia płodności po 36 roku życia jest więc mrożenie komórek jajowych. W grupie pacjentek młodszych skuteczność obu metod (mrożenia tkanki lub komórek) jest porównywalna.

W 85% przypadkach wszczepiona tkanka jajnika zaczyna funkcjonować w ciągu 4 miesięcy. Menstruacja wraca u 94% pacjentek, co najmniej jedną ciążę uzyskano u ok. 50% pacjentek, zakończoną porodem u prawie 42%.



4

Zastosowanie agonisty GnRH

Metoda farmakologiczna sprawdza się u kobiet po osiągnięciu dojrzałości płciowej i może zapobiec przedwczesnej menopauzie. Jest to lek podawany w drodze iniekcji, który pełni funkcję ochronną dla czynności jajników w czasie stosowania chemioterapii.

Rekomendacje wskazują na bezpieczeństwo stosowania agonistów GnRH oraz brak konieczności odraczania chemioterapii. Metoda jest jednak stosowana głównie w przypadku nowotworów piersi, równocześnie z innymi sposobami zabezpieczenia płodności (mrożenie komórek, tkanki jajnika lub zarodków). Skuteczność ochrony przed przedwczesnym wygasaniem funkcji jajników nie została potwierdzona wystarczającymi dowodami naukowymi.

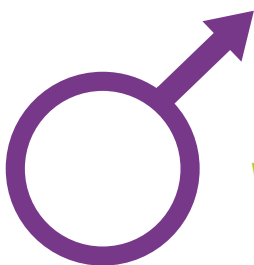
Istnieją jednak badania, według których, po zastosowaniu agonisty GnRH, szanse na uzyskanie ciąży rosną. Zastosowanie leku powinno być zatem poprzedzone szczegółową analizą potencjalnego ryzyka i korzyści.

Postępowanie po zakończeniu leczenia onkologicznego

Uważa się, że najbezpieczniej jest rozpocząć starania o ciążę nie wcześniej, niż po 24 miesiącach od zakończenia leczenia.

W przypadku nieudanych naturalnych starań o ciążę, pierwszym krokiem powinna być wizyta w klinice leczenia niepłodności, gdzie lekarz prowadzący objaśni sposób postępowania w celu wykorzystania zamrożonego materiału.

Zarówno zarodki, jak i komórki czy tkankę można też przenieść do innej kliniki, jeśli pacjenci zmienili adres zamieszkania lub chcieliby podjąć leczenie w innym miejscu. Można także w dowolnym momencie zakończyć przechowywanie komórek jajowych lub tkanki jajnika, jeśli funkcje rozrodcze u pacjentki powróciły i zaszła w ciążę w sposób naturalny. W Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, zarodki nie mogą zostać zniszczone.



Wpływ leczenia na płodność u mężczyzn

Za płodność mężczyzn odpowiedzialne są jądra, w których powstają plemniki. Proces powstawania plemników, czyli spermatogeneza, rozpoczyna się w okresie dojrzewania i trwa nieustannie, do końca życia mężczyzny. Cykl dojrzewania plemnika trwa około 74 dni (3 miesiące).

Leczenie onkologiczne (chemio- i radioterapia) u mężczyzn może powodować:

- zmiany w poziomie hormonów (głównie FSH i inhibiny B),
- dysfunkcje seksualne (problemy z wytryskiem, wzwodem),
- zaburzenie w „produkcji” plemników: spadek parametrów nasienia (zmniejszenie liczby, ruchliwości oraz nieprawidłowa budowa morfologiczna plemników), aż do całkowitego braku plemników, czyli tzw. azoospermii,
- uszkodzenia materiału genetycznego (DNA) w plemnikach.

Wszystkie te zaburzenia, w sposób trwały lub czasowy, prowadzą do niepłodności.

Wpływ terapii na płodność zależy od zaawansowania choroby oraz rodzaju leków i ich dawek. Nie ma natomiast znaczenia wiek pacjenta. Plemniki powstają wciąż na nowo, więc po powrocie do zdrowia ich pula może zostać odbudowana, jeśli tylko nie nastąpiło ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie komórek, z których powstają plemniki.

Lekarz onkolog oceni ryzyko utraty płodności na podstawie zaawansowania choroby, zastosowanego protokołu leczenia i dawki leków. Rekomenduje się jednak zabezpieczenie płodności u wszystkich mężczyzn, którzy chcieliby w przyszłości zostać rodzicami, gdyż na początku leczenia trudno przewidzieć, czy nie nastąpi wznowa i konieczne będzie zastosowanie bardziej radykalnej chemioterapii.

Możliwości zabezpieczenia płodności u mężczyzn

Zabezpieczenie płodności możliwe jest u mężczyzn, którzy osiągnęli już dojrzałość płciową. Istnieją badania nad zamrożeniem tkanki jądra u chłopców przed osiągnięciem dojrzałości płciowej, jednak w chwili obecnej uznawane są one za metodę eksperymentalną i niestosowaną standardowo.

Wszystkie metody zabezpieczenia płodności wymagają w pierwszej kolejności znalezienia kliniki leczenia niepłodności, w której dojdzie do pobrania i/lub zdeponowania materiału. Nie jest to trudne, bo kliniki znajdują się właściwie we wszystkich dużych miastach. Do kliniki leczenia niepłodności należy bank komórek rozrodczych i zarodków, w którym nasienie przechowywane jest w specjalnych pojemnikach kriogenicznych.

Należy mieć na uwadze fakt, że u pacjentów onkologicznych parametry nasienia często bywają nieprawidłowe jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Według badań z 2001 roku, u 70% mężczyzn z nowotworami występowała obniżona jakość plemników, u 13% nieprawidłowe były wszystkie parametry (koncentracja, ruchliwość oraz morfologia plemników), a u 8% nie stwierdzono w ogóle plemników w nasieniu (azoospermia). Według innych badań na większej grupie pacjentów, wyniki były nieco bardziej optymistyczne: prawidłowe parametry nasienia wykazano u 41% pacjentów, znacząco obniżone u 7%, a u 3% występowała azoospermia. Uważa się, że te zaburzenia są spowodowane toczącym się w organizmie stanem zapalnym, nocnymi potami i gorączką.

W celu zweryfikowania jakości plemników przed wyborem metody zabezpieczenia płodności, można wykonać badanie nasienia. Ten etap nie jest jednak konieczny, jeśli chemioterapię należy rozpocząć niezwłocznie. Oddanie materiału do badania nasienia, jak i do mrożenia nasienia, przebiega tak samo i zostało opisane na następnej stronie.

Zawsze metodą z wyboru, w celu zabezpieczenia płodności u mężczyzn, jest mrożenie nasienia. Dopiero w przypadku azoospermii (braku plemników w nasieniu) rozważana jest opcja zamrożenia tkanki jądra.

1

Mrożenie nasienia**Etapy postępowania:**

- Badania kwalifikacyjne z krwi przed mrożeniem nasienia: HBs antygen, anty HBC total, HCV, HIV, CMV IgM, OWA (VDRL). Wyniki mają różny okres ważności, w zależności od kliniki.
- Oddanie nasienia do mrożenia/badania powinno odbyć się w klinice leczenia niepłodności. W klinikach istnieją specjalnie do tego przygotowane pomieszczenia zapewniające intymność. Pacjent oddaje nasienie w drodze masturbacji do specjalnego sterylne go kubeczka. W przypadku, jeśli pacjent przebywa w szpitalu, próbka nasienia może zostać dowieziona, najlepiej w czasie godziny od oddania, przez upoważnioną osobę (opiekun prawny, żona, mama). Nasienie powinno być transportowane w temperaturze ok. 37°C, a osoba, która dostarcza próbkę, musi mieć przy sobie dowody tożsamości - swój oraz pacjenta, a także upoważnienie do dostarczenia materiału.
- W laboratorium oceniana jest koncentracja plemników oraz ich ruchliwość. Następnie pracownik laboratorium (diagnosta) rozmawia z pacjentem lub jego prawnym opiekunem w celu uzgodnienia dalszego postępowania:
 - Jeśli w nasieniu nie znaleziono plemników, pacjent może oddać nasienie ponownie (np. w kolejnym dniu), gdyż istnieje możliwość, że plemniki pojawią się w innej próbce nasienia. W przypadku azoospermii pacjent kierowany jest na konsultację urologiczną i może skorzystać z innej metody zabezpieczenia płodności - mrożenia tkanki jądra.
 - Jeśli w nasieniu obecne są plemniki, zależnie od wyjściowej liczby oraz ich ruchliwości, diagnosta doradza pacjentowi optymalny sposób zamrożenia. Nasienie po zamrożeniu umieszczane jest w ciekłym azocie (-196°C), gdzie może być przechowywane przez wiele lat, aż do momentu, gdy pacjent wróci do zdrowia i będzie chciał zostać ojcem. Wówczas nasienie zostanie rozmrożone i wykorzystane do procedury inseminacji lub in vitro.

Co trzeba wiedzieć o mrożeniu nasienia?

Mrożenie nasienia przeprowadza się z użyciem specjalnych substancji (krioprotektantów), których zadaniem jest ochrona komórek przed uszkodzeniem. Niestety, zarówno krioprotektanty, jak i bardzo niska temperatura, nie pozostają obojętne dla funkcjonowania plemników. Przeżywalność plemników wynosi zwykle między 30 a 70% i jest osobniczo zależna. Nasienie można zamrozić w porcjach, czyli słomkach.

W jaki sposób podzielimy próbkę materiału na porcje, zależy od tego, do jakiego zabiegu pacjent zamierza wykorzystać nasienie po rozmrożeniu:

- Do zabiegu inseminacji domacicznej – skuteczność inseminacji, przy założeniu, że partnerka jest zdrowa, poniżej 35 roku życia, a parametry nasienia są prawidłowe, wynosi około 10-25%. Aby inseminacja miała taką skuteczność, w porcji/słomce powinno znajdować się minimum 20 mln ruchomych plemników.
- Do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego in vitro – skuteczność zabiegu wynosi ponad 40%, a ilość potrzebnych plemników jest dużo mniejsza – wystarczy nawet poniżej 1 mln plemników w porcji/słomce.

Diagnosta laboratoryjny wykonujący mrożenie nasienia doradza pacjentowi, czy parametry nasienia spełniają wymagania do tych procedur. Jeśli plemników jest dużo, możliwe jest jednorazowe zamrożenie kilku słomek, a jeśli mało, pacjent może oddać nasienie kilkakrotnie (nawet dzień po dniu), tak, aby ilość zabezpieczonego materiału odpowiadała planom rodzicielskim pacjenta.

Nie istnieją ograniczenia dotyczące ilości porcji nasienia, którą pacjenci mogą zamrozić (cena za zamrożenie jednorazowo jednej lub wielu słomek jest identyczna, a pacjent może podejść do procedury mrożenia wiele razy). W niektórych klinikach istnieją korzystne oferty cenowe dla pacjentów onkologicznych np. dwa mrożenia w cenie jednego.

Jeśli pacjent zostanie ojcem, istnieje możliwość utylizacji pozostałych, przechowywanych porcji/słomek nasienia.

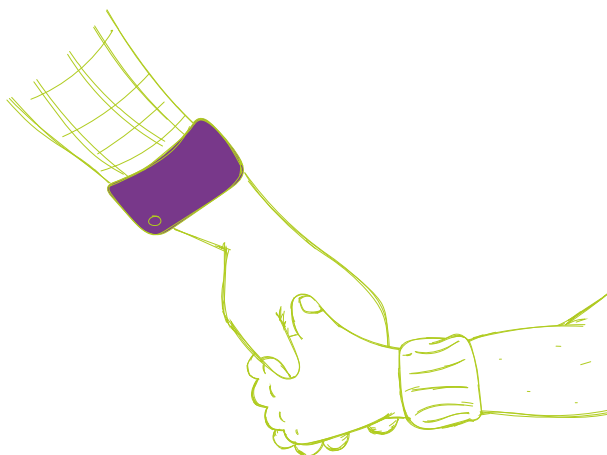
2 Mrożenie tkanki jądra

W przypadku pacjentów, u których występuje azoospermia (brak plemników w nasieniu), jedyną możliwością zabezpieczenia płodności jest mrożenie tkanki jądra. W połowie przypadków udaje się pozyskać plemniki z jądra. Zabiegiem, który polega na chirurgicznym pobraniu tkanki z jąder, jest tzw. biopsja jąder.

Etapy postępowania:

- Konsultacja urologiczna wraz z badaniem USG jąder.
- Badania kwalifikacyjne z krwi przed biopsją jądra: HBs antygen, anty HBC total, HCV, HIV, CMV IgM, OWA (VDRL). Wyniki mają różny okres ważności, w zależności od kliniki.
- Zabieg biopsji jądra wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym i jest to zabieg względnie bezpieczny z niskim ryzykiem powikłań. Polega na wielomiejscowym nakłuciu jąder igłą lub pobraniu fragmentów tkanki z/lub bez pomocy mikroskopu operacyjnego. Po stwierdzeniu obecności plemników mogą one zostać zamrożone w ciekłym azocie (-196°C), gdzie mogą być przechowywane przez wiele lat, aż do momentu, gdy pacjent wróci do zdrowia i będzie chciał zostać ojcem. Wówczas plemniki zostaną rozmrożone i wykorzystane do procedury in vitro. Liczba plemników pobranych w drodze biopsji jądra jest zbyt mała, aby zastosować metodę inseminacji.

Jeśli po leczeniu onkologicznym parametry nasienia wrócą do normy (jest to możliwe nawet w przypadku azoospermii) i pacjent zostanie ojcem, istnieje możliwość utylizacji pozostałych, przechowywanych plemników.



Postępowanie po zakończeniu leczenia onkologicznego

Uważa się, że najbezpieczniej jest rozpocząć starania o ciążę nie wcześniej, niż po 24 miesiącach od zakończenia leczenia.

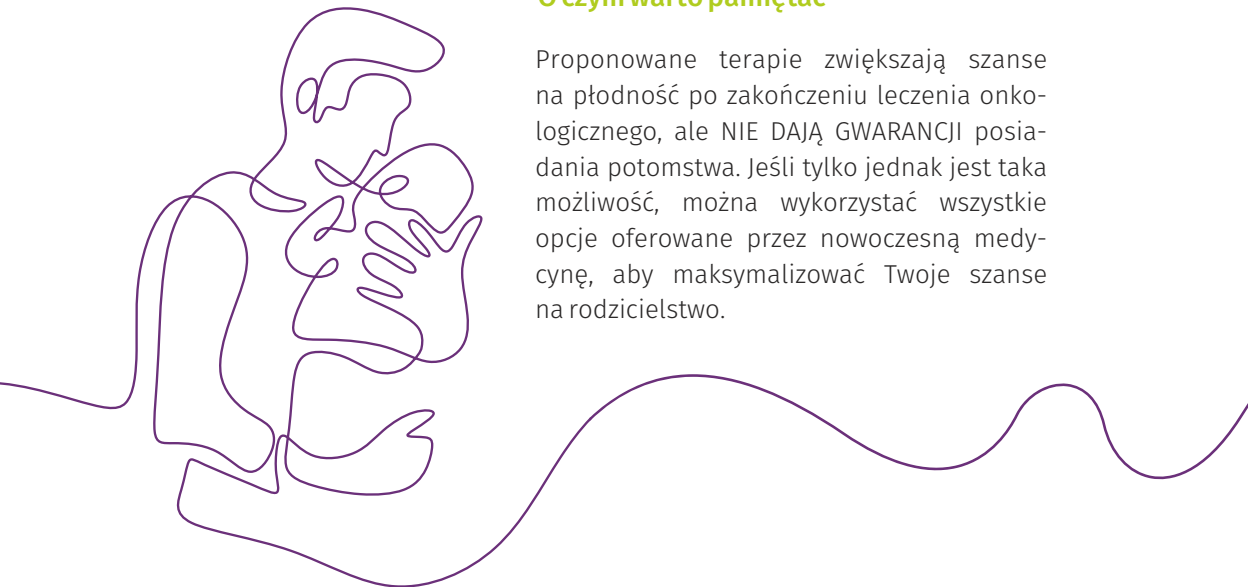
Po terapii normalne funkcjonowanie męskiego układu rozrodczego normuje się po 12-24 miesiącach, natomiast po intensywnych schematach leczenia może to zająć nawet 3-4 lata.

Zasadnym wydaje się wykonanie badania nasienia po dwóch latach od zakończenia terapii. Oprócz podstawowego badania nasienia warto wykonać także badanie tzw. fragmentacji chromatyny (DNA) w plemnikach oraz badania hormonalne (FSH, inhibina B). Wyniki można skonsultować ze specjalistą leczenia niepłodności lub urologiem, który oceni szanse na powodzenie naturalnych starań o ciążę.

Poważne uszkodzenia spermatogenezy występują u ok. 80% mężczyzn po leczeniu onkologicznym, a 40% pomimo planów rodzicielskich ma trudności z poczęciem dziecka. Zamrożone próbki nasienia wykorzystane w procedurach rozrodu wspomaganego (inseminacja, in vitro) są szansą na realizację tych planów, a wskaźnik ciąż wynosi między 33 a 61%.

O czym warto pamiętać

Proponowane terapie zwiększają szanse na płodność po zakończeniu leczenia onkologicznego, ale NIE DAJĄ GWARANCJI posiadania potomstwa. Jeśli tylko jednak jest taka możliwość, można wykorzystać wszystkie opcje oferowane przez nowoczesną medycynę, aby maksymalizować Twoje szanse na rodzicielstwo.



DOŁĄCZ DO SPOŁECZNOŚCI **NiePochłonięci Pokonaj Chłoniaka**

Spotkaj się z ludźmi, którzy rozumieją Twoją sytuację!
Grupa dla Chorych oraz ich Bliskich!

www.facebook.com/groups/1091147491227135/



WAŻNE INFORMACJE dotyczące kompleksowego wsparcia siebie w chorobie

Aktualizowane specjalnie dla Ciebie.

www.chloniak.org/poradnik



chloniak.org



POKONAJ

C H Ł O N I A K A

F U N D A C J A

CO MOŻEMY RAZEM zrobić?

- 1 **SESJE LIVE**
ZE SPECJALISTAMI
- 2 **WIEDZA**
pomagamy zrozumieć chorobę!
- 3 **LUDZIE**
SPOŁECZNOŚĆ NiePachtonięci

Fundacja Pokonaj Chłoniaka
edukuje, wspiera i łączy
Pacjentów chorujących
na chłoniaka oraz ich Bliskich

Wesprzyj nasze działania!

- **FUNDACJA**
POKONAJ CHŁONIAKA
BANK BNP PARIBAS
52 1600 1462 1880 6351 0000 0001
- siepomaga.pl/pokonajchloniaka



- Jesteśmy Organizacją
Pożytku Publicznego
PRZEKAŻ 1,5%
Wybierz w swoim
zeznaniu podatkowym
z listy OPP numer
KRS 0000810662

RAZEM MOŻEMY WIELE!

PORADNIK DLA PACJENTÓW

CZĘŚĆ B

CHŁONIAK

TO DIAGNOZA NIE WYROK

W poszczególnych rozdziałach części B poradnika dla pacjentów znajdziesz nie tylko dane dotyczące bezpośrednio chłoniaków, diagnostyki, leczenia oraz objawów niepożądanych, ale również bardzo praktyczne porady na temat funkcjonowania z chorobą - jak nauczyć się z nią żyć, jak uzyskać wsparcie psychologiczne, jeśli jest potrzebne, jakie znaczenie ma dieta, aktywność fizyczna i seksualna, a także w jaki sposób możesz chronić płodność.

Integralnym elementem poradnika jest część A dotycząca konkretnego podtypu chłoniaka.

Jest to podręcznik w mojej opinii bardzo potrzebny i myślę, że stanowić będzie istotną pomoc we wspólnym - pacjenta i lekarza - przejściu przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia choroby.

Zapraszam do lektury podręcznika, życząc siły i wytrwałości w walce z chorobą!

prof. dr hab.n.med.

Iwona Hus

Prezes Polskiego Towarzystwa
Hematologów i Transfuzjologów

POD PATRONATEM



chloniak.org



DZIĘKUJEMY ZA WSPARCIE TAKEDA PHARMA Sp. z o.o.



ISBN 978-83-967834-6-2

