



Fot. Lukasz Cymalewski/AG

Pacjenci nawet dwa miesiące czekają na wyniki trepanobiopsji

Rozmowa z prof. Mieczysławem Komarnickim, hematologiem ze Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Jak ważnym badaniem jest trepanobiopsja?

Badanie morfologiczne szpiku kostnego należy przeprowadzić co najmniej na dwa sposoby. Jednym z nich jest cytologia, która polega na ocenie morfologii poszczególnych komórek. Drugim trepanobiopsja, inaczej zwana histologią szpiku, która polega na pobraniu fragmentu kości z talerza kości biodrowej wielkości ok. 2 cm w celu wykonania badania histopatologicznego. W hematologii jest to badanie niezastąpione, stosowane w diagnostyce wielu chorób, takich jak chłoniaki, w tym szpiczak plazmocytowy, ostre i przewlekłe białaczki czy zespoły mielodysplastyczne. Zdarza się, że wyłącznie na tym badaniu budowane jest rozpoznanie, np. anemii aplastycznej, zwłóknienia szpiku czy przerzutów nowotworów. Można rozszerzyć to badanie, stosując tzw. przeciwciała monoklonalne, które wiążą się z określonymi strukturami, czyli antygenami na komórkach, np. na granulocytach, różnego typu limfocytach czy krwinkach czerwonych. Pamiętajmy, że trepanobiopsja służy nie tylko do ustalenia wstępnej diagnozy, ale również monitorowania efektów leczenia, w tym badania choroby resztkowej.

Jakie znaczenie ma czas wykonania badań?

Niezwykle ważne jest, aby wyniki badań szybko dotarły do lekarza prowadzącego. Dzisiaj zdarza się, że odczyt trepanobiopsji przychodzi po miesiącu, a czasem po dwóch miesiącach od pobrania próby. Przydatność takiego badania jest już bardzo wątpliwa. Optymalny czas otrzymania takich wyników to kilka dni, ale nie miesiący. Stan pacjenta może się zmienić na tyle, że opóźnione badania nie będą już przydatne i miarodajne. Wtedy opis trepanobiopsji nijak się ma do rzeczywistości. W bardzo pilnych przypadkach można zadzwonić do zakładu patomorfologii i poprosić o przyspieszenie badań. Problem

„ Pewne jest, że powinniśmy wrócić do tego tematu i szukać rozwiązań. Obecnie obowiązujące rozporządzenie jest wbrew interesowi pacjentów. W mojej ocenie współpraca hematologów i patologów może zrodzić tylko dobre owoce i służyć chorym ”

jednak w tym, że w hematologii większość badań potrzebnych jest szybko, ponieważ dynamika zmian jest nierzadko bardzo duża.

Dlaczego oczekiwanie na to badanie trwa tak długo?

W 2017 r. Ministerstwo Zdrowia procedowało „Rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii”. Zgodnie z tym dokumentem wyłącznie patolodzy są kompetentni do oceny trepanobiopsji szpiku, a tych specjalistów jest za mało. Nie są w stanie sporządzić wyników w krótkim czasie. Niewielu młodych lekarzy interesuje się tą specjalizacją, więc można przypuszczać, że kryzys będzie się

rytet w dziedzinie hematopatologii prof. Barbara Bain z Wielkiej Brytanii, główna autorka kolejnych edycji podręcznika „Bone marrow pathology”, w ostatnim, piątym wydaniu jednoznacznie pisze, że osobami kompetentnymi do oceny histologii szpiku są nie tylko patolodzy, lecz także przeszkoleni hematolodzy.

Polscy hematolodzy od trzech lat apelują, żeby zmienić zapisy rozporządzenia i skrócić ścieżkę diagnostyczną dla trepanobiopsji.

Już w czasie procedowania rozporządzenia zostały zgłoszone zastrzeżenia. Zapisy tego dokumentu nie były niestety konsultowane z hematologami. Dlatego skierowaliśmy pismo do Ministerstwa

„ Niezwykle ważne jest, aby wyniki badań szybko dotarły do lekarza prowadzącego ”

pogłębiał. Ministerstwo powoływało się na rzekome standardy, które obowiązują na świecie. Otóż pod tym względem nie ma jednoznacznych wytycznych dla wszystkich krajów. W niektórych takie badania oceniają patolodzy, a w innych również hematolodzy. Na przykład w Wielkiej Brytanii trepanobiopsja jest wykonywana i oceniana także przez hematologów, co więcej, taka umiejętność jest wymagana już podczas studiów. Światowej sławy auto-

Zdrowia, pod którym podpisali się m.in. wieloletni konsultant krajowy ds. hematologii prof. Wiesław Jędrzejczak oraz wieloletni konsultant ds. hematologii województwa podkarpackiego prof. Andrzej Pluta. Niestety, wtedy nie zostaliśmy wysłuchani. Dzisiaj odczuwamy skutki tego rozporządzenia, ponieważ pacjenci nierzadko całymi tygodniami czekają na wyniki badań, a lekarze nie mogą postawić diagnozy i wszcząć terapii.

Czy hematolodzy są w stanie prawidłowo opisać takie badania?

Oczywiście, po odpowiednim przeszkoleniu są jak najbardziej kompetentni do opisywania takich badań. Do obowiązków hematologów należała i należy ocena cytologii szpiku, jest to wymóg podczas specjalizacji z hematologii. Zaryzykowałbym twierdzenie, że mają oni szerszą perspektywę niż patolodzy, ponieważ posiadają coś bezcennego – doświadczenie kliniczne. Po 30 latach oceny trepanobiopsji, wykonaniu ponad 40 tys. tego typu badań, trzy lata temu dowiaduję się, że nie mam uprawnień, żeby to robić. Przeszedłem szkolenie w tym zakresie w bardzo dobrym ośrodku hematologicznym w Kapsztadzie, pod okiem świętego patologa i klinicysty prof. Petera Jacobsa. Kiedy wróciłem do Polski w 1991 r., prawie nikt z patologów nie wyrażał chęci oceny trepanobiopsji. Siłą



Fot. Beata Ziemońska/AG

„Po 30 latach oceny trepanobiopsji, wykonaniu ponad 40 tys. tego typu badań, trzy lata temu dowiaduję się, że nie mam uprawnień, żeby to robić”

rzeczy, zgodnie z sugestią moich przełożonych i moim własnym przekonaniem, zacząłem sam oceniać trepanobiopsje. Nie ma żadnego uzasadnienia, żeby hematolodzy nie mogli tego robić. Część z nich powinna przejść stosowne szkolenia, szczególnie młodzi lekarze bez doświadczenia w wykonywaniu tego typu badań. Doskonałym i budującym przykładem takiej postawy są radiolodzy, którzy prowadzą szkolenia i wydają certyfikaty do wykonywania ultrasonografii dla lekarzy wszystkich specjalności. Dzisiaj nikt się nie dziwi, że np. ginekolog czy urolog wykonuje i ocenia USG. Pewne jest, że powinniśmy wrócić do tego tematu i szukać rozwiązań. Obecnie obowiązujące rozporządzenie jest wbrew interesowi pacjentów. W mojej ocenie współpraca hematologów i patologów może zrodzić tylko dobre owoce i służyć chorym.

Rozmawiała Monika Stelmach

Zdaniem ekspertów

lek. Alina Świdarska

ordynator Klinicznego Oddziału Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Dyskusja zapoczątkowana przez prof. Komarnickiego dotyczy problemu zmieniającego tok postępowania także na naszym Oddziale Hematologii. Po wielu latach współpracy z prof. Komarnickim, polegającej na ocenie nadesłanych preparatów szpiku i na konsultacji trudnych przypadków z uwzględnieniem całego obrazu klinicznego chorego, na mocy nowo wprowadzonego prawa zostajemy pozbawieni holistycznego podejścia do rozpoznania i planowania leczenia. Korzystanie z opisu sporządzonego przez patologa można porównać do układania puzzli, podczas gdy dotąd mieliśmy panoramiczny ogląd sytuacji. Konsultacje kliniczne będziemy kontynuować, ale obieg informacji jest zaburzony i wydłużony w czasie. Patrząc z perspektywy nie tylko zielonogórskiej, nie sposób nie zauważyć, że opinie moich przedmówców są zależne od specjalności. Jak przypuszczam, można ustalić liczbę hematologów opisujących dotychczas preparaty histologiczne szpiku w Polsce.

Pozwoli to określić skalę problemu w postaci ilości pracy do wykonania przez już przeciążonych i nielicznych patologów. Każda zmiana w prawie dokonywana jest w dobrej wierze – w tym wypadku, by zapobiec zdarzeniom niepożądanym. Czy jednak na pewno taki będzie skutek? *Salus aegroti suprema lex*, nieprawdaż?

prof. Anna Nasierowska-Guttmejer

patomorfolog onkolog, p.o. zastępca kierownika Zakładu Patomorfologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

Jako patomorfolog dziękuję za ten głos w dyskusji. Odnosząc się do wypowiedzi prof. Komarnickiego – skoro hematolodzy mogą oglądać trepanobiopsje, dermatolodzy wycinki skóry, a potem może gastrologi biopsje endoskopowe, ginekolodzy cytologie i inne biopsje z macicy, a nawet chirurdzy materiały operacyjne, to może my patomorfolodzy nie będziemy potrzebni? Patomorfolodzy od lat domagają się poprawy sytuacji, szeroko dostępnych szkoleń, współpracy interdyscyplinarnej, godziwej zapłaty za badania histopatologiczne bez ograniczeń w wykonywaniu badań immu-

nohistochemicznych przez dyrekcje szpitali, rzetelnej wyceny badań patomorfologicznych (jesteśmy opłacani z budżetu szpitala), pracy w jednym miejscu, a nie biegania do kilku placówek i oglądania preparatów za kilka złotych, nowoczesnego wyposażenia miejsc pracy i dostarczenia personelu technicznego, często ludzi po studiach biologicznych, oraz diagnostów laboratoryjnych. Od lat prosimy o pomoc Ministerstwo Zdrowia. Oczekujemy, że klinicyści pomogą nam wywalczyć lepszą pozycję zawodową, zwłaszcza że od wiarygodnego wyniku badania patomorfologicznego zależy sukces terapeutyczny. Drogą wyjścia z tej sytuacji nie jest zabieranie nam pracy, tylko poprawa naszej sytuacji. Wtedy może wzrosnąć zainteresowanie naszą dziedziną. Badanie patomorfologiczne, nawet szpiku, wymaga interpretacji, której my uczymy się kilka lat w czasie specjalizacji. Życzę Panu Profesorowi dobrych patomorfologów, wypoczętych, zainteresowanych pracą, którzy będą mieli optymalny czas na ustalenie rozpoznania, dostęp do nowoczesnych metod badawczych oraz będą brali udział w omawianiu przypadków na konsyliach, w których nas aktualnie nie ma.

dr hab. Joanna Reszeć

kierownik Zakładu Patomorfologii Lekarskiej,
Katedra Biostruktury Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

Trudno mi stwierdzić, dlaczego otrzymują Państwo wynik trepanobiopsji po – o zgrozo – 2 miesiącach. Zazwyczaj czas oczekiwania łącznie z oceną immunohistochemiczną oraz molekularną, jeśli jest konieczna, wynosi do 2 tygodni. Ocena trepanobiopsji jest często skorelowana z oceną aspiratu szpiku, co daje pełny obraz morfologiczny. Patomorfolog to specjalista, który długie lata poświęca na szkolenia oraz zbiera doświadczenie w tej dziedzinie. Często trepanobiopsja jest oceniana razem z hematologią (po otrzymaniu koniecznych danych klinicznych). Nie jest to proces ani krótki, ani prosty. Patolog może otrzymać do oceny nawet kilkanaście trepanobiopsji na dobę. Rozumiem stanowisko Pana Profesora, ale... Po pierwsze, wg WHO ocena trepanobiopsji jest konieczna do rozpoznania wielu chorób hematologicznych, w tym mieloproliferacji. Po drugie, stanowisko Europejskiego Towarzystwa Hematopatologów rekomenduje ocenę trepanobiopsji przez doświadczonych hematopatologów. Wielu hematopatologów z Polski uczestniczy rokrocznie w międzynarodowych szkoleniach EAHP. Po trzecie, dobra współpraca pomiędzy hematologiem a hematopatologiem i biologiem molekularnym czy cytogenetykiem to klucz do szybkiego wyniku. Może warto popracować nad wytworzeniem algorytmów współpracy zamiast negować konieczność oceny przez bądź co bądź naprawdę doświadczony zespół Polskiego Towarzystwa Hematopatologów.



Fot. iStockphoto.com

„ Nie ma żadnego uzasadnienia, żeby hematolodzy nie mogli ocenić trepanobiopsji. Część z nich, szczególnie młodzi lekarze bez doświadczenia w wykonywaniu tego typu badań, powinna przejść stosowne szkolenia ”

dr hab. Andrzej Pluta, prof. PWSZ w Sanoku

kierownik Oddziału Hematologii Onkologicznej
z Pododdziałem Transplantologii Klinicznej Szpitala
Specjalistycznego w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek
Onkologiczny
konsultant województwa podkarpackiego
w dziedzinie hematologii

W pełni popieram stanowisko prof. Komarnickiego. Pracowałem 6 lat w Wielkiej Brytanii oraz następne 6 lat w RPA, gdzie trepanobiopsje opisują i hematolodzy, i patolodzy. Nie dostrzegam tu takiej sytuacji, że ktoś komuś zabiera „rynek”, bo rynek jest mały i łatwo się pośliznąć. W wątpliwych przypadkach zawsze konsultuję preparaty z prof. Komarnickim, który jest jednym z najbardziej doświadczonych specjalistów w tej dziedzinie w Polsce. Z drugiej strony widziałem suboptymalne opinie patologów, które trzeba było weryfikować. Jeśli patolog chce odpowiedzialnie opisywać trepanobiopsje, powinien mieć kilkuletnie przeszkolenie w tym kierunku, zwłaszcza jeśli nie dysponuje immunohistochemią. Nie rozumiem, dlaczego i hematolodzy, i patolodzy nie mogliby mieć prawa do opisywania trepanobiopsji. Czyżby jedni z nich byli „lepsi”?

prof. Andrzej Marszałek

konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii

Wraz z postępem medycyny model jednego, wszytkowiedzącego lekarza stracił rację bytu. W celu utrzymania odpowiedniej jakości opieki nad pacjentem dla poszczególnych zakresów wiedzy i kompetencji wprowadzono system specjalizacji szczegółowych. Uzyskanie kompetencji specjalisty wymaga formalnego przebycia odpowiedniego procesu kształcenia. Model kompetencji i niezbędnych wymagań jest powszechny w Europie, a harmonizacja jest nadzorowana przez UEMS. Mając na uwadze dobro pacjenta, specjaliści różnych dziedzin (każdy w zakresie posiadanych kompetencji) w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym wymieniają się opiniami w trakcie konsylium. Taki model gwarantuje wykorzystanie szerokiej, specjalistycznej wiedzy zespołu.

Szybko czy wolno? Na tak postawione pytanie bez znajomości specyfiki np. wybranych badań patomorfologicznych nie ma odpowiedzi. W badaniach cytologicznych możliwe jest uzyskanie wyniku w kilka godzin od pobrania materiału. Badania wymagające odwapania (np. trepanobiopsje) oraz wykonania paneli badań dodatkowych (immunohistochemia, biologia molekularna) ze względów technologicznych wymagają kilkunastu dni, a czas oczekiwania nie może być traktowany (mylnie) jako opóźnienie.

Praca zespołowa jest siłą współczesnej medycyny. Wszystkie znane mi wysokospecjalistyczne jednostki hematologiczne współpracują z patomorfologami, a w ramach współpracy każda ze stron zna niezbędne ramy czasowe. Jednocześnie w zespole dba się o pełny zakres informacji potrzebnych lekarzom poszczególnych dziedzin do wykonania swojej części diagnostyki. W ośrodkach, które znam, współpraca jest doskonała.

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie patomorfologii w sprawie kompetencji stawiania rozpoznań patomorfologicznych z 19 czerwca 2020 r.

W związku z nieuprawnionymi roszczeniami w sprawie możliwości samodzielnego ustalania i autoryzowania rozpoznań patomorfologicznych np. przez lekarzy hematologów na podstawie mikroskopowego badania patomorfologicznego (w tym przypadku histologicznego), np. trepanobiopsatów, informuję, że jest to prawnie niedopuszczalne. Ustalanie rozpoznania patomorfologicznego i jego autoryzacja bez posiadania specjalności w dziedzinie patomorfologii są niezgodne z obowiązującym prawem.

Kompetencje i zakres uprawnień poszczególnych specjalności lekarskich wynikają z posiadanego wykształcenia, które zostało zdobyte w trakcie procesu specjalizacji, a następnie poświadczone pozytywnym wynikiem Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Nadmienić należy, że każdy lekarz w trakcie opieki nad pacjentem na etapie diagnostyki i leczenia może korzystać z różnych narzędzi, technik oraz procedur zgodnie z potrzebami, jakie wynikają z tego procesu, ale ostateczną decyzję podejmuje pod własnym nazwiskiem oraz w zakresie posiadanych poświadczonych kompetencji.

W praktyce bywa, że lekarze różnych specjalności posiadają samodzielną interpretację badań, także wykonanych osobiście (np. badanie USG), lub wykorzystują samodzielną analizę otrzymanych wyników (np. szeroko rozumiane badania radiologiczne, badania laborato-

ryjne, badania patomorfologiczne itd.), a czasem także samodzielną analizę zdjęć radiologicznych czy obrazów mikroskopowych, której dokonują w kontekście obrazu klinicznego pacjenta oraz innych informacji, które nie są dostępne (lub nie były dostępne) np. radiologowi lub patomorfologowi w czasie wykonywania badania i formułowania opisu bądź rozpoznania, niemniej jednak podejmując decyzje terapeutyczne, robią to pod własnym nazwiskiem oraz w zakresie posiadanych poświadczonych kompetencji.

Dobro pacjenta jest najwyższą wartością, o której lekarz powinien stale pamiętać. Lekarz powinien podejmować działania, które mają zapewnić pacjentowi jak najlepszą opiekę, w tym w zakresie zagwarantowania wysokiej jakości diagnostyki prowadzonej przez wykształconych specjalistów posiadających prawem wymagane potwierdzenie swoich umiejętności i którzy posiadają pełne kompetencje, a nie jedynie fragmentaryczną wiedzę, np. nabytą w trybie poza kontrolą porządku prawnego w Polsce.

Podsumowując, rozpoznanie patomorfologiczne ustala i autoryzuje lekarz patomorfolog.

Powyższe stanowisko wynika z: Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, Kodeksu etyki lekarskiej, Rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego organizacji ochrony zdrowia w dziedzinie patomorfologii.