

Medycyna funkcjonuje jako system wzajemnie dopełniających się specjalności i hierarchia kompetencji. Ten system jest w stanie zaoferować wielu chorym optymalne dla nich leczenie pod warunkiem, że pomocy danemu choremu będzie udzielał akurat ten lekarz i ośrodek, który jest do tego przygotowany, a niekoniecznie ten, do którego chory trafi w pierwszej kolejności. Standardy referencyjności w odniesieniu do onkologii klinicznej mają właśnie służyć wdrożeniu przejrzystych zasad kierowania chorych tam, gdzie są najlepsze kwalifikacje i warunki, aby im udzielić pomocy dostosowanej do ich potrzeb. Standardy służyć mają również temu, aby młodzi chorzy z bardzo agresywnymi nowotworami, jak najszybciej znaleźli się w wyspecjalizowanych ośrodkach stosujących metody zdolne wyleczyć te nowotwory, a także, aby starsi chorzy z wolniej rosnącymi nowotworami znaleźli pomoc możliwie blisko miejsca zamieszkania. Standardy referencyjności mają wreszcie określić współdziałanie lekarzy poszczególnych specjalności w leczeniu skojarzonym nowotworów.

Słowa kluczowe: organizacja opieki onkologicznej, referencyjność w onkologii, standardy medyczne.

Propozycja standardów referencyjności w onkologii klinicznej

Proposals for the standards of patients referral in clinical oncology

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie

DEFINICJA REFERENCYJNOŚCI

Referencyjność to rozwiązanie organizacyjne w służbie zdrowia służące temu, aby najtrudniejsze przypadki chorób rozpoznać i leczyć w ośrodkach najlepiej do tego przygotowanych (dzięki koncentracji wyspecjalizowanego personelu i zaplecza aparaturowego) i jednocześnie temu, aby mniej skomplikowane przypadki rozpoznać i leczyć w ośrodkach mniej wyspecjalizowanych, a przez to tańszych i bliższych miejsca zamieszkania chorego.

Referencyjność służy przede wszystkim temu, aby chory uzyskał pomoc o kwalifikacjach odpowiadających złożoności jego choroby, np. temu, aby młody chory na raka jądra miał (niezależnie od miejsca zamieszkania i kasy chorych) taką samą szansę uzyskania remisji całkowitej i wyleczenia za pomocą przeszczepienia szpiku w całym kraju. Odwrotnością referencyjności jest zróżnicowanie szans zależnie od tego, czy chory należy do kasy, na terenie której jest lub nie ma ośrodka onkologicznego. Referencyjność nie służy *przechwytywaniu* wszystkich chorych specjalistycznych przez kliniki, w zamierzeniu tworzy ruch dwukierunkowy. W jedną stronę (do góry) kierowani są chorzy wymagający bardziej złożonej diagnostyki i leczenia, a w drugą (w dół) kierowani są chorzy dyskwalifikowani od takiego postępowania.

Klasycznie w medycynie wyróżnia się **3 poziomy referencyjności**: podstawowy, specjalistyczny i wysokospecjalistyczny. Onkologia kliniczna sama w sobie stanowi poziom wysokospecjalistyczny, a jej wewnętrzne zhierarchizowanie usług musi być odniesione do pozostałej medycyny, która stanowi dla niej punkt wyjścia, czyli **poziom przedonkologiczny**, zwany w obecnym opracowaniu skrótowo poziomem „0” – przy całym szacunku dla wiedzy lekarzy pracujących na tym poziomie.

DEFINICJA ONKOLOGII KLINICZNEJ I JEJ MIEJSCE W OPIECE NAD CHORYM Z NOWOTWOREM

Onkologia kliniczna zajmuje się ostępczną diagnostyką, oceną stopnia zaawansowania i leczeniem nowotworów złośliwych, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów podatnych na farmakologiczne metody leczenia.

Uwaga: onkologia kliniczna jest odpowiednikiem specjalności występującej w krajach anglosaskich (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Irlandia) jako **medical oncology**, co oznacza onkologię internistyczną. Podobnie jest w Hiszpanii i Portugalii, a we Francji ta specjalizacja nosi nazwę *oncologie – option oncologie medicale*. W Niemczech z kolei jest ona połączona z hematologią jako *hematologie und internistische onkologie*. W Polsce dotychczas występowała specjalizacja o nazwie *chemioterapia nowotworów*, która jednak niezupełnie odpowiadała standardom międzynarodowym, gdyż była możliwa do uzyskania po I° z chorób wewnętrznych, a nie po II°, jak ma to miejsce na świecie. Tym niemniej znakomita większość kadry w tej dziedzinie w Polsce to lekarze o takich właśnie kwalifikacjach. Z drugiej strony, od czasu wprowadzenia wymogu posiadania pełnej specjalizacji z chorób wewnętrznych dla rozpoczęcia specjalizacji z onkologii klinicznej dramatycznie zmniejszyła się liczba lekarzy podejmujących to zadanie.

Onkolog kliniczny przejmuje chorych z uzasadnionym podejrzeniem choroby nowotworowej od lekarza rodzinnego, internisty lub innego lekarza wcześniejszego kontaktu i zajmuje się nim tak długo, jak długo może mu pomóc, a po wyczerpaniu swoich możliwości, przekazuje chorego do leczenia objawowego w hospicjum lub pod opieką lekarza rodzinnego, internisty lub specjalisty narządowego zdolnego udzielić pomocy objawowej w zakresie określonej lokalizacji. Onkolog kliniczny musi jednak posiadać umiejętności z zakresu medycyny

Medicine functions as a system of complementary specialties and of hierarchical competence. Such system can offer optimal treatment to many patients providing that particular patient will receive treatment from the doctor in the center specifically prepared to provide such treatment and not necessarily from the doctor to whom he will contact first. Standards of referral in clinical oncology are designed to serve to delineate the clear principles of patients traffic to the parts of system the best prepared to serve their particular needs. For instance, they are designed to serve immediate referral of young patients with very aggressive cancers to specialized centers treating these cancers and also to allow old patients with slowly progressing neoplasia to receive service as close to their homes as possible. Additionally standards of referral are aimed in defining collaboration of doctors belonging to different specialties in combined modality cancer treatment.

Key words: organization of oncological care, referral in oncology, medical standards.



Ryc. Miejsce onkologa klinicznego wśród lekarzy innych specjalności w trakcie rozpoznawania i leczenia nowotworów

paliatywnej i opieki terminalnej, gdyż w wielu przypadkach musi sam ją sprawować.

Onkolog kliniczny zajmuje się farmakologicznym leczeniem nowotworów i współdziała z chirurgiem onkologiem (oraz innymi zabiegowcami, usuwającymi nowotwory), a także z radioterapeutą, czyli specjalistą od radioterapii nowotworów. W zależności od szczegółowego rodzaju jednostki chorobowej i jej stopnia zaawansowania, współdziałanie odbywa się na różnych etapach opieki nad chorym (patrz ryc.).

Polską specyfiką (w złym tego słowa znaczeniu) jest stosowanie chemioterapii przez lekarzy nie posiadających odpowiedniego przygotowania, w tym chirurgów, laryngologów, ginekologów itp. Podanie choremu na nowotwór niewłaściwej chemioterapii lub chemioterapii w zbyt małej dawce jest dla niego bardziej szkodliwe niż wstrzymanie się od jej podania. Jest to spowodowane faktem, że niewłaściwa chemioterapia nie powoduje skutków leczniczych, a obciąża chorego skutkami ubocznymi oraz *selekcjonuje* komórki nowotworowe, powodując uzłośliwienie nowotworu. O ile onkolog kliniczny/chemioterapeuta nie powinien operować i pozostawić to chirurgowi, to chirurg powinien zająć się operowaniem i pozostawić chemioterapię onkologowi klinicznemu.

Onkolog kliniczny zajmuje się głównie leczeniem nowotworów podatnych na chemioterapię, hormonoterapię i immunoterapię, z wyjątkiem nowotworów układu krwiotwórczego, których rozpoznawanie i leczenie jest domeną hematologów. Jednakże pożądane jest łączenie (wzorem krajów zachodnich) tych dwóch specjalności, tym bardziej, że hematologia pozwala onkologowi klinicznemu lepiej zwalczać skutki uboczne chemioterapii, które dotyczą głównie układu krwiotwórczego.

Pozostaje też pytanie, czy istnieje określona granica oddzielająca kompetencje onkologa klinicznego od kompetencji w zakresie leczenia jedynie objawowego? Taką przybliżoną granicę wyznacza stan ogólny chorego (a także częściowo wiek biologiczny) w mo-

mentie podejmowania decyzji terapeutycznej. Najogólniej rzecz biorąc, chory w stanie powyżej II^o w skali Zubroda (tj. taki, który musi spędzić w łóżku więcej niż 50 proc. dnia) kwalifikuje się jedynie do leczenia objawowego. Decyzja jednak musi tu być indywidualizowana i na ogół nie dotyczy młodych chorych na nowotwory bardzo dobrze reagujące na chemioterapię. Ponadto w wielu nowotworach farmakologiczne leczenie przeciwnowotworowe może mieć korzystne działanie paliatywne i wtedy powinno być stosowane przez onkologa klinicznego. W obecnym opracowaniu jako leczenie paliatywne opisano leczenie przeciwnowotworowe, którego celem jest złagodzenie przebiegu choroby nowotworowej. Leczenie łagodzące objawy stosowane przez lekarzy specjalności nieonkologicznych określane jest jako objawowe.

O możliwościach leczenia w danym momencie decyduje wcześniej zastosowane leczenie. Inna jest sytuacja chorych, którzy nigdy wcześniej nie otrzymywali chemioterapii (ich nowotwór jest *chemicznie dziewiczy*), a inna osób wcześniej leczonych cytostatykami, u których można oczekiwać chemiooporności.

Chorzy zdyskwalifikowani od radykalnych form leczenia z powodu wieku i stanu ogólnego, mogą być objęci opieką na niższym poziomie referencyjnym niż gdyby miało to miejsce u innych chorych z takim samym rozpoznaniem. Dla odmiany, chorzy w starszym wieku i gorszym stanie ogólnym zakwalifikowani do radykalnych form leczenia powinni być objęci opieką wyższego poziomu referencyjnego niż inni chorzy z tym samym rozpoznaniem.

Wreszcie, leczeniem wielu nowotworów zajmują się z konieczności specjaliści narządowi, którzy np. mają specjalne kompetencje w zakresie operowania narządów zajętych przez nowotwór. Ci specjaliści z reguły znajdują się poza ośrodkami czyisto onkologicznymi i nie mają w swoich instytucjach wsparcia onkologa klinicznego potrzebnego dla zastosowania leczenia skojarzonego. Konieczna jest organizacyjna zmiana tego stanu rzeczy.

Onkologia kliniczna jest w obecnym opracowaniu pomyślana jako centralna specjalizacja onkologiczna, co oznacza przyznanie onkologowi klinicznemu roli lekarza kierującego leczeniem skojarzonym, jakiego najczęściej potrzebuje chory na nowotwór. Jednocześnie, upowszechnienie tej specjalności i jej umiejscowienie na niższych poziomach referencyjności ma za zadanie zmniejszyć liczbę opóźnień w rozpoznawaniu i podejmowaniu właściwego leczenia u chorego z nowotworem.

Z punktu widzenia onkologa klinicznego nowotwory człowieka można podzielić na takie:

- ▶ które obecnie może on wyleczyć,
- ▶ w których może spowodować długotrwałą poprawę i przedłużenie życia pacjenta,
- ▶ w których może złagodzić objawy,
- ▶ w których obecnie żadna z metod, jakie onkolog kliniczny ma dyspozycji nie może spowodować korzystnego efektu.

Rozwój wiedzy onkologicznej spowodował niemal zupełne wyeliminowanie ostatniej kategorii. Następuje stałe przesuwanie liczby chorych z kategorii niższych do wyższych i zwiększanie chorych zaliczanych do kategorii pierwszej. To przesuwanie jest jednak uwarunkowane zastosowaniem najnowocześniejszych metod, co z kolei jest zależne od szybkiego i właściwego kierowania chorych, czyli od referencyjności.

POZIOMY REFERENCYJNOŚCI W ONKOLOGII KLINICZNEJ

Poziom przedonkologiczny: lekarz rodzinny, placówki (poradnie, oddziały szpitalne i kliniki), do których chory trafi z powodu objawów, będą punktem wyjścia do diagnostyki nowotworu (placówki te mają swoje własne poziomy referencyjności, które odgrywają rolę zależnie od trudności przypadku). Z punktu widzenia obecnego opracowania są to placówki, nie zatrudniające onkologów klinicznych.

I poziom – podstawowy: poradnia onkologiczna i *łóżka onkologiczne* na oddziale wewnętrznym. Sytuacja, kiedy w szpitalu specjalistycznym funkcjonuje specjalista onkolog kliniczny, najlepiej w powiązaniu z oddziałem wewnętrznym, w którym prowadzi kilka łóżek, ww. poradnię oraz konsultuje chorych, u których trwa postępowanie diagnostyczne i lecznicze związane z chorobą nowotworową w innych oddziałach. Samodzielnie funkcjonująca poradnia onkologiczna też reprezentuje tylko I poziom referencyjny.

II poziom – specjalistyczny: oddział onkologiczny (chemioterapii nowotworów) z poradnią. Jest to desygnowany oddział w obrębie regionalnych centrów onkologii albo w innych szpitalach specjalistycznych, kierowany przez specjalistę onkologa klinicznego, posiadający podstawowe wyposażenie (w tym komorę do przygotowywania cytostatyków). Jest to oddział przygotowany

do stosowania pełnego zakresu chemioterapii w konwencjonalnych dawkach.

III poziom – wysokospecjalistyczny: kliniki onkologiczne instytutów resortowych i akademii medycznych, kierowane przez samodzielnego pracownika nauki – najlepiej z tytułem naukowym – specjalistę onkologii klinicznej/chemioterapii nowotworów, posiadające w swoim składzie lub otoczeniu wszystkie składowe niezbędne do leczenia chemioterapii nowotworów, w tym poradnię wysokospecjalistyczną i oddział dzienny, a także przygotowane do podawania chemioterapii wysokodawkowej, immunoterapii i do wdrażania nowych form leczenia.

Poziom S: ośrodki oferujące pewien ściśle określony zakres świadczeń ograniczony do jednej, skomplikowanej specjalistycznej metody lub specjalizujące się w jednej/kilku rzadkich chorobach. Przykładem są ośrodki przeszczepiania komórek krwiotwórczych, ośrodki nowotworów dziedzicznych itp.

OGÓLNE ZASADY REFERENCYJNOŚCI W ONKOLOGII KLINICZNEJ

Zasada 1: chory onkologiczny jest pacjentem wymagającym opieki specjalistycznej. Lekarz pierwszego kontaktu i lekarze innych specjalności powinni możliwie szybko dążyć do rozpoznania i podejmować leczenie wyłącznie w porozumieniu z onkologiem klinicznym i z możliwością skierowania go na dalsze leczenie do ośrodka onkologicznego lub ośrodka wyspecjalizowanego w leczeniu określonego rodzaju nowotworów.

Zasada 2: zasada jedności opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Wynika ona z założenia, że większość chorób nowotworowych wcześniej lub później wymaga hospitalizacji, stąd obsługa ambulatoryjna i szpitalna powinny być ze sobą ściśle powiązane. Stała możliwość i dostępność hospitalizacji powoduje zmniejszenie potrzeby korzystania z tej najdroższej formy leczenia dzięki temu, że eliminuje hospitalizację *na wszelki wypadek*. Istnieje tu forma pośrednia: **hospitalizacja dzienna**, w której chory przychodzi na specjalistyczne zabiegi diagnostyczne i lecznicze do szpitala w dzień, ale na noc wraca do domu. Ta forma umożliwi wielu chorym *życie z chorobą*, kontynuowanie pracy i życia rodzinnego, mimo równoczesnego poddawania się leczeniu.

Zasada 3: stała opieka nad chorym przez jeden ośrodek onkologiczny, rozumiany nie tyle jako instytucja, ale jako grupa wspólnie praktykujących lekarzy. Chory na nowotwór jest pacjentem trudnym i nie może zmieniać lekarza opiekującego się nim przy każdym kolejnym kontakcie. Nowemu lekarzowi zajmie godzinę zorientowanie się w szczegółowych problemach nowego pacjenta. Od zakończenia diagnostyki **leczeniem chorego powinien kierować jeden lekarz**, kierując jedynie w razie potrzeby (np. zabiegu) wraz z dokumentacją do innego ośrodka.

Zasada 4: starsi chorzy nie mogą być leczeni tak agresywnie, jak młodszy. Najogólniej rzecz biorąc, dotyczy to chorych powyżej 70. roku życia z korektą (± 10 lat) w górę i w dół dotyczącą stanu ogólnego chorego i schorzeń współistniejących. Chorzy powyżej 70. roku życia, w złym stanie ogólnym i poważnymi chorobami współistniejącymi, powinni być leczeni możliwie blisko miejsca zamieszkania w ośrodkach I-III poziomu referencyjnego. Chorzy powyżej 80. roku życia mogą być diagnozowani i leczeni w ośrodkach I poziomu referencyjnego. Chorzy nie zakwalifikowani do radykalnych form leczenia z powodu wieku i/lub złego stanu ogólnego mogą być objęci opieką na niższym poziomie referencyjnym niż gdyby miało to miejsce u innych chorych z takim samym rozpoznaniem. Dla odmiany chorzy w starszym wieku (ale w dobrym stanie ogólnym) lub młodszy, ale w złym stanie ogólnym, zakwalifikowani do radykalnych form leczenia powinni być objęci opieką wyższego poziomu referencyjnego niż inni chorzy z tym samym rozpoznaniem.

Zasada 5: zadaniem standardów nie jest ograniczanie dostępu chorych do nowych (ponadstandardowych) metod, które w konkretnych przypadkach mogą dawać szansę uratowania życia. Rola standardów sprowadza się do definiowania głównych, minimalnych wymogów postępowania, zgodnie ze stanem wiedzy opartej na już zebranych dowodach naukowych.

Zasada 6: najtrudniejsze procedury lecznicze powinny być realizowane pod nadzorem zorganizowanych grup badawczych w ośrodkach należących do tych grup i w klinikach kierowanych przez lekarza ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym. Ponieważ wyniki leczenia wielu (zwłaszcza nowotworowych) chorób krwi są (mimo dużego postępu wiedzy) nadal niezadowolające, konieczne jest ich stałe doskonalenie. Jest to możliwe przede wszystkim drogą wielośrodkowych badań klinicznych. Dlatego współczesny standard postępowania wymaga, aby najtrudniejsze procedury lecznicze **były jako standard realizowane pod nadzorem zorganizowanych grup badawczych**, takich jak: Polska Grupa Badawcza Chłoniaków (PGBC), Europejska Organizacja ds. Badań na Metodami Leczenia Nowotworów (EORTC), Europejska Grupa Przeszczepiania Krwi i Szpiku (EBMT) i in. Najważniejsze jest zrozumienie, że **leczenie skomplikowanego przypadku w ramach protokołu leczniczego nadzorowanego przez grupę badawczą jest obecnie międzynarodowym standardem postępowania w tego typu przypadkach**, a nie realizacją ambicji czy naukowych zainteresowań danego ośrodka. Wprost przeciwnie, ośrodki, które nie należą i nie mają akredytacji takich grup, nie mogą być traktowane jako ośrodki III poziomu referencyjnego. Przynależność do grup badawczych jest

bowiem warunkiem natychmiastowego dostępu do wiedzy o najnowocześniejszych metodach leczenia, które opublikowane zostaną dopiero po pewnym czasie.

Zasada 7: oferowanie choremu w dobrym stanie, który nie zareagował na leczenie standardowe, leczenia w ramach eksperymentu leczniczego. Lekarz onkolog stale staje przed problemem, że ma przed sobą chorego, któremu musi próbować pomóc, a zostały wyczerpane standardowe sposoby postępowania. Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i Ustawą o zawodzie lekarza, w takiej sytuacji powinien on oferować choremu leczenie w ramach tzw. eksperymentu leczniczego, tj. eksperymentu, którego celem jest przede wszystkim próba pomocy konkretnemu choremu. Na podjęcie takiej próby lekarz powinien uzyskać zgodę właściwej Komisji Bioetycznej.

Zasada 8: okresowe publikowanie w piśmiennictwie fachowym wyników leczenia przez ośrodki III poziomu referencyjnego I poziomu S. Publikowanie wyników wiąże się z poddaniem ich wyniku procesowi tajnego recenzowania oraz ewentualnej jawnej krytyki po publikacji. Jest to bardzo istotny element kontroli jakości dla jednostek o najwyższym poziomie referencyjności.

OMÓWIENIE JEDNOSTEK CHOROBYCH

C00-C14 Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, stomatolog, laryngolog.

Leczenie: są to nowotwory, których leczeniem pierwotnym i w mniej zaawansowanych stadiach zajmują się głównie chirurdzy szczękowi i laryngolodzy (II i III poziom referencyjny) oraz we współpracy z nimi radioterapeuci (III poziom referencyjny), także stosując radykalną radioterapię i brachyterapię (procedura wysokospecjalistyczna MZ).

Rola onkologa klinicznego (II-III poziom referencyjny): chemioterapia jest leczeniem z wyboru choroby nawrotowej i przerzutowej. Ponadto ma charakter wspomagający radioterapię (i wtedy jest często stosowana bezpośrednio przez radioterapeutę) lub stanowi leczenie paliatywne, które powinno być stosowane przez onkologa klinicznego. Chorzy wyeliminowani z bardziej agresywnej chemioterapii, ale wymagający paliacji mogą być leczeni już na I poziomie referencyjnym. Tacy pacjenci nie powinni być przemawiani do wyłącznego leczenia przez onkologa klinicznego, gdyż często wymagają specjalistycznego leczenia objawowego (mogą być bardzo cierpiący).

Leczenie objawowe: chirurdzy szczękowi i laryngolodzy, radioterapeuci.

Leczenie hospicyjne: hospicja stacjonarne i domowe.

C15 Nowotwór złośliwy przełyku

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, ew. bezpośrednio chirurg.

Leczenie: są to nowotwory, których leczeniem zajmują się chirurdzy (II i III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego może być dwójaka (II i III poziom referencyjny):

- 1) podanie chemioterapii w pierwotnie nieoperacyjnym nowotworze w celu zrobienia go operacyjnym (chemioterapia neoadjuwantowa); jest to leczenie wykonywane w ścisłej współpracy z chirurgami, którzy następnie powinni chorego operować;
- 2) testowe leczenie paliatywne chorych pierwotnie nieoperacyjnych bądź nieoperacyjnych nawrotów po zabiegu: chemioterapię stosuje się do czasu stwierdzenia czy chory należy do ok. 20 proc. reagujących (ok. 3 kursy) i następnie kontynuuje tylko u tych chorych.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, chirurg (operacja w razie niedrożności).

C16 Nowotwór złośliwy żołądka

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, ew. bezpośrednio chirurg.

Leczenie: są to nowotwory, których leczeniem zajmują się chirurdzy.

Rola onkologa klinicznego może być trójaka (II i III poziom referencyjny):

- 1) podanie chemioterapii w pierwotnie nieoperacyjnym nowotworze celem zrobienia go operacyjnym (chemioterapia neoadjuwantowa); jest to leczenie wykonywane w ścisłej współpracy z chirurgami, którzy następnie powinni chorego operować. To leczenie obecnie stosuje się w ramach prób klinicznych;
- 2) podanie chemioterapii po zabiegu operacyjnym w celu likwidacji ewentualnych mikroprzerzutów (chemioterapia adjuwantowa). To leczenie obecnie stosuje się w ramach prób klinicznych;
- 3) testowe leczenie paliatywne chorych pierwotnie nieoperacyjnych bądź nieoperacyjnych nawrotów po zabiegu: chemioterapię stosuje się do czasu stwierdzenia czy chory należy do ok. 20 proc. reagujących (ok. 3 kursy) i następnie kontynuuje tylko u tych chorych.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, chirurg (w razie niedrożności).

C17 Nowotwór złośliwy jelita cienkiego

Rozpoznanie: często bardzo trudne – klinika internistyczna, gastroenterologiczna, III poziom referencyjny.

Leczenie: podstawowe jest leczenie chirurgiczne.

Rola onkologa klinicznego: paliatywna chemioterapia guzów nieoperacyjnych, większa rola w chłoniakach i rakowiakach (II-III poziom referencyjny).

C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, oddział/klinika chorób wewnętrznych, oddział chirurgiczny (I-III poziom referencyjny zależnie od sytuacji). **Uwaga:** ten nowotwór występuje również jako nowotwór rodzinny; ta grupa chorych wymaga specjalnego postępowania diagnostycznego, najlepiej w ośrodkach nowotworów dziedzicznych w Szczecinie lub Poznaniu. W razie potwierdzenia chory, może wymagać operacji profilaktycznej – jest to poziom S.

Leczenie: chirurg (II i III poziom referencyjny), usunięcie w I-III^o zaawansowania, ew. zabieg paliatywny w IV^o zaawansowania.

Rola onkologa klinicznego (II-III poziom referencyjny), ew. chemioterapia adjuwantowa w ramach prób klinicznych w II^o zaawansowania, chemioterapia adjuwantowa w III^o zaawansowania, chemioterapia paliatywna w IV^o zaawansowania.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, oddział chirurgiczny (w razie niedrożności I-II poziom referencyjny).

C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego

Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego – jak C18.

C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, oddział/klinika chorób wewnętrznych, oddział chirurgiczny (I-III poziom referencyjny zależnie od sytuacji).

Leczenie: chirurg (II i III poziom referencyjny) usunięcie w I-III^o zaawansowania, ew. zabieg paliatywny w IV^o zaawansowania. W odróżnieniu od C19 (nowotwór złośliwy okrężnicy), leczenie chirurgiczne jest kojarzone nie tylko z chemioterapią (patrz poniżej), ale też z radioterapią, jeśli chory jest leczony w ośrodku, który ma takie możliwości. W momencie podejmowania decyzji terapeutycznej chirurg powinien skonsultować chorego zarówno z radioterapeutą, jak i z onkologiem klinicznym i postąpić zgodnie z ich zaleceniami dotyczącymi leczenia dodatkowego.

Rola onkologa klinicznego (II-III poziom referencyjny), ew. chemioterapia adjuwantowa w ramach prób klinicznych w II^o zaawansowania, chemioterapia adjuwantowa w III^o zaawansowania, chemioterapia paliatywna w IV^o zaawansowania.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, oddział chirurgiczny (w razie niedrożności I-II poziom referencyjny).

C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu

Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu – jak C20.

C22 Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, hepatolog (zwłaszcza grupy ryzyka znajdujące się pod jego opieką) – ostatecznie III poziome referencyjny.

Leczenie: I i II° zaawansowania: transplantacja wątroby (poziom S: procedura MZIOS), ew. resekcja ognisk (jeśli mniej niż 3–4: chirurgia – III poziom referencyjny). II i III° zaawansowania: embolizacja przętętnicza (zamknięcie tętnicy zaopatrującej ognisko nowotworu poprzedzone miejscową dotętniczą chemioterapią) lub przeszczepna alkoholizacja (wstrzyknięcie do ogniska stężonego alkoholu).

Rola onkologa klinicznego: chemioterapia w III i IV° zaawansowania, w zależności od indywidualnych kompetencji może dokonywać embolizacji przętętnicznej lub w niej uczestniczyć, odpowiadając za doogniskowe podanie cytostatyków, może także wykonywać przeszkorną alkoholizację.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny.

C23 Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, chirurg, oddział/klinika internistyczna lub chirurgiczna w zależności od sytuacji I–III poziom referencyjny, częste rozpoznanie śródoperacyjne lub pooperacyjne u chorych operowanych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego.

Leczenie: chirurgiczne (usunięcie przed lub wraz z rozpoznaniem) lub paliatywne – udrożnienie dróg żółciowych, ew. radioterapia adjuwantowa w skojarzeniu z chemioterapią (patrz niżej).

Rola onkologa klinicznego: chemioterapia adjuwantowa (II–III poziom referencyjny) lub paliatywna (I–II poziom referencyjny).

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, oddział chirurgiczny (w razie niedrożności I–II poziom referencyjny).

C24 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych

Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych – jak C23.

C25 Nowotwór złośliwy trzustki

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, ew. bezpośrednio chirurg.

Leczenie: są to nowotwory, których leczeniem zajmują się chirurdzy.

Rola onkologa klinicznego może być trojaka (II i III poziom referencyjny):

1) podanie chemioterapii w pierwotnie nieoperacyjnym nowotworze celem uczynie-

nia go operacyjnym (chemioterapia neo-adjuwantowa); jest to leczenie wykonywane w ścisłej współpracy z chirurgami, którzy następnie powinni chorego operować. To leczenie stosuje się obecnie w ramach prób klinicznych;

2) podanie chemioterapii po zabiegu operacyjnym celem likwidacji ewentualnych mikroprzerzutów (chemioterapia adjuwantowa). Leczenie to obecnie stosuje się w ramach prób klinicznych;

3) testowe leczenie paliatywne chorych pierwotnie nieoperacyjnych bądź nieoperacyjnych nawrotów po zabiegu: chemioterapię stosuje się do czasu stwierdzenia, czy chory należy do ok. 20 proc. reagujących (ok. 3 kursy) i następnie kontynuuje tylko u tych chorych.

Niektórzy chorzy mogą skorzystać z radioterapii, w tym z brachyterapii (głównie III° zaawansowania klinicznego) i ci chorzy powinni być konsultowani przez radioterapeutę w celu kwalifikacji.

Leczenie objawowe: w zależności od stanu chorego – lekarz rodzinny, internista, oddział internistyczny, chirurg (w razie niedrożności).

C26 Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych

Rozpoznanie: skierowanie do takiego ośrodka, które pozytywnie zakończy diagnostykę i **leczenie** zgodne z jej wynikiem: III poziom referencyjny.

C30–C31 Nowotwory złośliwe jamy nosowej, ucha środkowego i zatok przynosowych

Postępowanie jak w nowotworach C0–C10.

C32 Nowotwór złośliwy krtani

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, laryngolog.

Leczenie: są to nowotwory, których leczeniem zajmują się głównie laryngolodzy i radioterapeuci.

Rola onkologa klinicznego: kiedy zachodzi potrzeba zastosowania chemioterapii (przypadki paliatywne, ew. przypadki eksperymentalne) chory powinien być konsultowany przez onkologa klinicznego i chemioterapia powinna być stosowana wg jego wskazań. Paliatywna chemioterapia może być wdrażana u tych chorych już na I poziomie referencyjnym. Taki chory nie powinien być przejmowany do wyłącznego leczenia przez onkologa klinicznego, gdyż ten samodzielnie nie może mu pomóc.

C33 Nowotwór złośliwy tchawicy

Całe postępowanie – III poziom referencyjny.

C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca

Uwaga: zupełnie odmienne postępowanie zależne od tego, czy rak jest drobno- lub wielonurkowy czy niedrobno- lub wielonurkowy.

Rak drobno- lub wielonurkowy płuca

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, pneumonolog, oddział/klinika internistyczna/pneumonologiczna.

Leczenie: ze względu na wrażliwość na chemioterapię jest to jeden z głównych nowotworów, których leczeniem zajmuje się onkolog kliniczny, III poziom referencyjny – choroba ograniczona: w skojarzeniu z chirurgią (I° zaawansowania klinicznego) lub radioterapią (II° zaawansowania klinicznego) choroba rozległa: II i III poziom referencyjny (procedura MZIOS).

Leczenie objawowe/hospicyjne: w zależności od sytuacji – internista/pneumonolog i oddziały szpitalne o tym profilu, hospicja stacjonarne i domowe.

Raki niedrobno- lub wielonurkowe płuca

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, pneumonolog, oddział/klinika internistyczna/pneumonologiczna.

Leczenie: torakochirurg (torakochirurg onkolog) jak najszybciej w stadiach I–IIIA (guz uznany przez chirurga za operacyjny); w stadium IIIB (guz uznany za nieoperacyjny, ale bez przerzutów): **onkolog kliniczny**: II i III poziom referencyjny (chemioterapia indukcyjna), następnie torakochirurg (ew. przed chirurgią chemioterapia w skojarzeniu z radioterapią – decyzja na III poziomie referencyjnym); stadium IV (przerzuty): **onkolog kliniczny**, ew. pneumonolog, ew. radioterapeuta: II i III poziom referencyjny (paliatywna chemioterapia i radioterapia).

Leczenie objawowe/hospicyjne: w zależności od sytuacji – internista/pneumonolog i oddziały szpitalne o tym profilu, hospicja stacjonarne i domowe.

C37 Nowotwór złośliwy grasicy

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, pneumonolog, endokrynolog, oddział/klinika internistyczna/pneumonologiczna/endokrynologiczna – III poziom referencyjny + operacyjne ustalenie rozpoznania, zwykle wraz z usunięciem – III poziom referencyjny – są to bardzo nieliczne przypadki.

Leczenie: operacyjne – chirurg, III poziom referencyjny, wsparte zależnie od wyniku badania histologicznego i ze względu na rzadkość występowania trudne do standaryzacji – III poziom referencyjny.

C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, chirurg ortopeda.

Leczenie: pierwotne – II i III poziom referencyjny: chirurg ortopeda we współpracy z onkologiem klinicznym i ew. radioterapeutą (niemal wszyscy chorzy wymagają zarówno zabiegu operacyjnego, jak i chemioterapii, w tym chemioterapii zarówno przed (indukcyjna), jak i po zabiegu operacyjnym. Niektórzy chorzy (mięsak Ewin-

ga) mogą wymagać radioterapii. Ponadto niezbędne są: rehabilitacja i 5-letnia kontrola ambulatoryjna u chorych bez nawrotu. Choroba nawrotowa: również onkolog kliniczny w porozumieniu z ortopedą: II-III poziom referencyjny.

Leczenie objawowe i hospicyjne: hospicjum stacjonarne i domowe, oddział wewnętrzny.

C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu

Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – jak C40.

C43 Czerniak złośliwy skóry

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, dermatolog i każdy inny, który zwróci uwagę.

Leczenie: ognisko pierwotne – chirurg plastyczny, chirurg onkolog, dermatolog; usunięcie ogniska pierwotnego i skierowanie do onkologa klinicznego.

Rola onkologa klinicznego: I-III poziom referencyjny – ocena czy choroba nie jest już rozsiana, okresowa kontrola ambulatoryjna chorych bezobjawowych. III poziom referencyjny: immunoterapia i chemioterapia chorych z chorobą pierwotnie rozsianą i nawrotową.

Leczenie objawowe choroby nawrotowej: oddział chorób wewnętrznych, hospicjum stacjonarne i domowe.

C44 Inne nowotwory złośliwe skóry

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, dermatolog, chirurg plastyk.

Leczenie: usunięcie – chirurg plastyk lub dermatolog, duże zmiany radioterapeuta. Nie ma istotnej roli onkologa klinicznego z wyjątkiem rzadkich rozsianych nowotworów, w których można próbować stosować chemioterapię.

C45 Międybłoniak

Rozpoznanie: lekarz rodzinny, internista, pneumonolog, końcowe w oddziale/klinice internistycznej lub pneumonologicznej, III poziom referencyjny.

Leczenie: onkolog kliniczny lub pneumonolog – III poziom referencyjny z uwzględnieniem możliwości, że w niektórych przypadkach może pomóc torakochirurg.

C46 Mięsak Kaposiego

Rozpoznanie: choroba występuje niemal wyłącznie u homoseksualistów chorych na AIDS i jest rozpoznawana w klinikach chorób zakaźnych opiekujących się tymi chorymi.

Leczenie: w miejscu pierwotnej hospitalizacji lub opieki bez przenoszenia do poradni/oddziałów onkologii klinicznej.

Rola onkologa klinicznego: I-III poziom referencyjny – konsultacja i zalecenie leczenia chemicznego i immunologicznego.

C47 Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego

Bardzo rzadkie nowotwory – całe postępowanie III poziom referencyjny: neurolog i neurochirurg, nie ma określonej roli onkologa klinicznego.

C48 Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej

Rozpoznanie: klinika chorób wewnętrznych lub gastroenterologiczna.

Leczenie: zależnie od typu histologicznego.

C49 Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich

Rozpoznanie: lekarz, do którego chory się zgłosi z problemem, następnie chirurg onkolog lub chirurg plastyk (biopsja otwarta!).

Leczenie: jest głównie domeną chirurga onkologa we współpracy z radioterapeutą (II i III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego (II i III poziom referencyjny): paliatywna chemioterapia w bardziej zaawansowanych przypadkach, w ramach prób klinicznych chemioterapii neoadjuwantowa i adjuwantowa w bardziej zaawansowanych przypadkach, w uzupełnieniu do chirurgii i radioterapii.

C50 Nowotwór złośliwy sutka

Uwaga: jest to jeden z głównych nowotworów, którymi zajmuje się onkolog kliniczny.

Rozpoznanie: wstępne w wyniku badań przesiewowych (samobadanie przez kobiety), badanie grup ryzyka przez wszystkich lekarzy opiekujących się kobietami, ze szczególnym uwzględnieniem lekarza rodzinnego i ginekologa. Stwierdzenie obecności guzka albo palpacyjnie, albo mammograficznie, jest powodem skierowania do onkologa klinicznego, który powinien dokończyć postępowanie diagnostyczne i kierować przebiegiem leczenia.

Leczenie: onkolog kliniczny (II i III poziom referencyjny) jest koordynatorem leczenia wszystkich chorych, tj. kieruje chore z ograniczoną chorobą do chirurga (jedynie takiego, który jest wsparty możliwością oceny histopatologicznej dotyczącej obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych i wsparty możliwością radioterapii w przypadkach operacji oszczędzających pierś) i ew. radioterapeuty oraz przejmuje chorobę do dalszego prowadzenia, tj. do adjuwantowej chemioterapii lub obserwacji. Sam prowadzi leczenie chemiczne i hormonalne chorych z cechami nawrotu/rozsiaru nowotworu lub nowotworu pierwotnie zaawansowanego.

Niektóre chore mogą skorzystać z **chemioterapii taksoidami (procedura MZIOS)** – III poziom referencyjny lub z **megachemioterapii wspartej przeszczepieniem autologicznych komórek krwiotwórczych (procedura MZIOS – poziom S)**.

Leczenie objawowe i hospicyjne: oddziały chorób wewnętrznych, hospicja domowe i stacjonarne.

C51 Nowotwór złośliwy sromu

Rozpoznanie: pierwsze podejrzenie – chora kobieta, następnie ginekolog.

Leczenie: podstawą jest chirurgiczne usunięcie przez ginekologa (III poziom referencyjny). To leczenie może być wsparte przez radioterapię.

Duże guzy obejmujące również okolice odbytu mogą wymagać współpracy ginekologa z **onkologiem klinicznym** (podanie chemioterapii przed operacją, tj. indukcyjnej) celem zmniejszenia pierwotnie nieoperacyjnego nowotworu.

Leczenie objawowe: ginekolog i oddział ginekologiczny.

C52 Nowotwór złośliwy pochwy

Rozpoznanie: ginekolog.

Leczenie: operacyjne usunięcie przez ginekologa, w razie większego zaawansowania może on poszukiwać pomocy radioterapeuty i/lub **onkologa klinicznego**.

Leczenie objawowe: ginekolog.

C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy

Rozpoznanie: ginekolog.

Leczenie: głównie chirurgiczne usunięcie pierwotnego guza (wraz z macicą, z wyjątkiem chorych, które się na to nie zgodzą) przez ginekologa, III poziom referencji, przy wyższych stopniach zaawansowania (IB i wyżej) wspartego przez radioterapeutę (teleradioterapia i brachyterapia zarówno o dużym (HDR), jak i małym natężeniu dawki (LDR), III poziom referencyjny i poziom S (procedura MZ).

Rola onkologa klinicznego: raczej nie powinien przejmować tych chorych do samodzielnego prowadzenia, ale powinien współpracować z radioterapeutą (II i III poziom referencyjny), gdyż chore leczone radioterapią powinny zgodnie z ostatnimi danymi być dodatkowo leczone chemioterapią (cisplatiną), z tym że wielu chorym tę chemioterapię może podawać bezpośrednio radioterapeuta. Ponadto, onkolog kliniczny może próbować leczyć chore z nowotworem nieoperacyjnym, które z różnych powodów nie mogą mieć zastosowanej radioterapii.

Leczenie objawowe: ginekolog, lekarz rodzinny, hospicjum stacjonarne i domowe.

C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy

Leczenie: w zależności od stopnia zaawansowania, głównie chirurgiczne usunięcie pierwotnego guza przez ginekologa, III poziom referencji, przy wyższych stopniach zaawansowania (II i wyżej) wspartego przez radioterapeutę (teleradioterapia i brachyterapia o dużym natężeniu dawki (HDR), III poziom referencyjny i poziom S (procedura MZ).

Rola onkologa klinicznego (II i III poziom referencyjny): chemioterapia przypadków nieoperacyjnych lub operowanych niedoszczętnie, chemioterapia nawrotów u chorych wcześniej operowanych i leczonych radioterapią.

Leczenie objawowe: ginekolog (progestageny), lekarz rodzinny, hospicjum stacjonarne i domowe.

C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy

Skierowanie do ośrodka, który to określi i dalej postępowanie zgodnie z wynikiem diagnostyki.

C56 Nowotwór złośliwy jajnika

Rozpoznanie: ginekolog.

Leczenie: jest to nowotwór, który standardowo pierwotnie powinien być leczony przez chirurga ginekologa i onkologa klinicznego w stałym współdziałaniu (III poziom referencyjny).

Jedynie nowotwory o najniższym stopniu zaawansowania (stadium I, poziom I) mogą być leczone wyłącznie chirurgicznym usunięciem. Wszystkie pozostałe wymagają uzupełniającej chemioterapii.

Optymalne jest dootrzewnowe podanie cisplatyny, a systemowe paklitakselu (procedura MZ). Następnie chora powinna przejść pod opiekę onkologa klinicznego i w zależności od sytuacji, być leczona chemioterapią (II i III poziom referencyjny). Niektóre chore mogą wymagać ponownego, tzw. cytoredukcyjnego, zabiegu operacyjnego, stąd współpraca onkologa klinicznego i ginekologa jest w leczeniu tego nowotworu tak ważna.

Niektóre chore mogą kwalifikować się do megachemioterapii i przeszczepienia autologicznego szpiku (procedura MZ).

Postępowanie objawowe i hospicyjne: oddział chorób wewnętrznych lub ginekologiczny, hospicjum stacjonarne lub domowe (w zależności od dominujących problemów).

C57 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych

Rozpoznanie: ośrodek tego poziomu referencyjnego, które wreszcie postawi rozpoznanie.

Leczenie: zgodnie z rozpoznaniem lub kiedy chora wyjściowo jest już w tak złym stanie, że wyklucza to intensywną diagnostykę (i w związku z tym nie można określić, na jaki dokładnie nowotwór jest ona chora) i postępowanie objawowe.

Rola onkologa klinicznego: jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że nowotwór jest chemiowrażliwy, a chora jest w stanie znieść chemioterapię, onkolog może w ramach eksperymentu leczniczego podać jej 1–2 kursy chemioterapii, a następnie postępować stosownie do sytuacji.

C58 Nowotwór złośliwy łożyska

Rozpoznanie: ginekolog.

Leczenie: usunięcie chirurgiczne przez ginekologa, włącznie z usunięciem macicy, jeśli kobieta zakończyła okres rozrodczy, następnie leczenie przez onkologa klinicznego (III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego (nowotwór chemiowrażliwy!): III poziom referencyjny: 1- i 2-rzutowe leczenie chemiczne, leczenie 3-rzutowe we współpracy z chirurgiem (usunięcie pojedynczych chemioopornych przerzutów) i radioterapeutą.

Leczenie objawowe i hospicyjne: oddział ginekologiczny, chorób wewnętrznych, hospicjum stacjonarne i domowe.

C60 Nowotwór złośliwy prącia

Rozpoznanie: wstępne – sam chory, ostateczne – dermatolog lub urolog.

Leczenie: nowotwory skóry prącia, jak inne nowotwory skóry (np. czerniak C43), mięsaki jak mięsaki, raki nabłonka cewki moczowej jak rak dolnej części pęcherza moczowego (w tym brachyterapia – procedura MZ).

C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego

Rozpoznanie: badania przeglądowe, w tym PSA u mężczyzn, zwłaszcza z grup ryzyka (pow. 60. roku życia i rak prostaty u członków rodziny), wstępne – lekarz rodzinny, internista itp., ostateczne: urolog II i III poziom referencyjny.

Leczenie: w stopniu zaawansowania I–III urolog we współpracy z radioterapeutą (III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego: leczenie hormonalne i antyhormonalne (we współpracy z urologiem – I poziom referencyjny), chemioterapia chorych opornych na powyższe leczenie (II i III poziom referencyjny), poziom S: terapia strontem radioaktywnym (zakłady medycyny nuklearnej).

C62 Nowotwór złośliwy jądra

Rozpoznanie: wstępne – lekarz rodzinny, każdy inny lekarz, któremu chory zgłosi powiększenie jednego jądra: ostateczne urolog, I–II poziom referencyjny.

Leczenie: nasieniaki – choroba pierwotnie ograniczona: urolog – usunięcie jądra + radioterapeuta: II–III poziom referencyjny.

Choroba pierwotnie rozsiana lub nawrotowa: **zasadnicza rola onkologa klinicznego** (III poziom referencyjny): chemioterapia, w tym chemioterapia megadawkowa wsparta przeszczepieniem autologicznych komórek krwiotwórczych (procedura MZ).

Nienasieniaki: urolog – usunięcie jądra i zaotrzewnowych węzłów chłonnych + **onkolog kliniczny:** chemioterapia (II–III poziom referencyjny).

Postępowanie objawowe i hospicyjne: oddział urologiczny, ew. oddział wewnętrzny, hospicjum stacjonarne lub domowe.

C63 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych

Postępowanie stosowne do szczegółowego rozpoznania.

C64 Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej

Rozpoznanie: wstępne – lekarz rodzinny, cd. oddział wewnętrzny (objawy sugerują takie skierowanie).

Leczenie: urolog II–III poziom referencyjny – usunięcie zajętej nerki, jeśli możliwe – wsparte obliteracją tętnicy nerkowej.

Rola onkologa klinicznego: nowotwór oporny na chemo- i radioterapię. Pewna rola immunoterapii: 5 proc. długotrwałych remisji całkowitych + 10 proc. remisji częściowych: u wybranych chorych III poziom referencyjny.

Leczenie objawowe i hospicyjne: urolog, oddział urologiczny, hospicjum domowe lub stacjonarne, zależnie od sytuacji i stanu chorego.

C65 Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej

Rozpoznanie: jak C64.

Leczenie: urolog – nefrektomia (II–III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego: można próbować chemioterapię, gdyż jest to biologicznie inny nowotwór niż rak nerki i może na nią zareagować.

Leczenie objawowe i hospicyjne: urolog, oddział urologiczny, hospicjum domowe lub stacjonarne, zależnie od sytuacji i stanu chorego.

C66 Nowotwór złośliwy moczowodu

Rozpoznanie: jak C64, chociaż częścię chory trafia bezpośrednio do urologa.

Leczenie: operacyjne – urolog (II–III poziom referencyjny).

Rola onkologa klinicznego: można próbować chemioterapię, gdyż jest to biologicznie inny nowotwór (najczęściej z nabłonka przejściowego) niż rak nerki i może na nią zareagować.

Leczenie objawowe i hospicyjne: urolog, oddział urologiczny, hospicjum domowe lub stacjonarne zależnie od sytuacji i stanu chorego.

C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego

Rozpoznanie: wstępne rozpoznanie – lekarz rodzinny lub internista, ostateczne urolog (II poziom referencyjny).

Leczenie: współpraca urologa, radioterapeuty (w tym brachyterapia – procedura MZ) i **onkologa klinicznego**, którego rola się zwiększa wraz ze stopniem zaawansowania nowotworu (II–III poziom referencyjny). Jest to nowotwór o ustalonej leczniczej roli chemioterapii, ale nawet w zaawansowanych stadiach połączonych z paliatywną interwencją chirurgiczną.

Leczenie objawowe i hospicyjne: oddział urologiczny, hospicjum stacjonarne lub domowe.

C69 Nowotwór złośliwy oka

Rozpoznanie: u dorosłych wewnątrzgałkowy nowotwór to zwykle czerniak: rozpoznanie przez okulistę (I–III poziom referencyjny), chociaż lokalizacja tęczówkowa umożliwia rozpoznanie nawet samemu choremu.

Leczenie: okulista III poziom referencyjny (usunięcie gałki ocznej).

Rola onkologa klinicznego: ew. chemioterapia (II poziom referencyjny) i/lub immunoterapia (III poziom referencyjny) w wybranych przypadkach nowotworu rozlanego na obwód.

Leczenie objawowe i hospicyjne: oddział chorób wewnętrznych, hospicjum domowe i stacjonarne.

C71 Nowotwór złośliwy mózgu

Rozpoznanie: wstępne lekarz rodzinny, internista, neurolog, dalsze w ośrodku wyposażonym w rezonans jądrowy i tomografię komputerową, tj. III poziom referencyjny.

Leczenie: neurochirurg (III poziom referencyjny) wsparty radioterapią.

Rola onkologa klinicznego: jedynie paliatywna próbną chemioterapia w skojarzeniu z radioterapią lub samodzielnie, gdy radioterapia jest niedostępna (I–II poziom referencyjny).

Leczenie objawowe i hospicyjne: oddziały neurologiczne, hospicja stacjonarne.

C72 Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego

Rozpoznanie: neurolog wsparty badaniem rezonansu magnetycznego.

Leczenie: neurochirurg – nie ma roli onkologa klinicznego.

C73 Nowotwór złośliwy tarczycy

Rozpoznanie: wstępne – lekarz rodzinny, internista, ostateczne – endokrynolog (tyreolog) – III poziom referencyjności.

Leczenie: usunięcie chirurgiczne, leczenie radiojodem (procedura MZ).

Rola onkologa klinicznego: chociaż uważa się raki tarczycy za odporne na chemioterapię, opisywano 64-proc. poprawę. Można więc próbować po nieskutecznym leczeniu paliatywnym w razie nieskuteczności innych metod.

Leczenie paliatywne: onkolog kliniczny, leczenie objawowe: endokrynolog, oddział wewnętrzny.

C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy

Rozpoznanie: bardzo rzadkie nowotwory – wstępne rozpoznanie lekarz rodzinny, ostateczne endokrynolog, III poziom referencyjny.

Leczenie: operacyjne, u chorych nieoperacyjnych można próbować chemioterapię (**onkolog kliniczny** we współpracy z endokrynologiem III poziom referencyjny).

C75 Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych (np. przysadki mózgowej)

Rozpoznanie: endokrynolog z wykorzystaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i biopsji stereotaktycznej (III poziom referencyjny).

Leczenie: neurochirurg, niekiedy we współpracy z laryngologiem i okulistą (III poziom referencyjny), radioterapeuta: zarówno tele-, jak i brachyterapia.

Rola onkologa klinicznego: ze względu na specyfikę leczeniem za pomocą antagonistów hormonalnych powinien się zajmować endokrynolog (III poziom referencyjny), a nie onkolog kliniczny.

C76–C80 Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu

Ta grupa obejmuje **nowotwory diagnozowane** (lub podejrzewane) zwykle u chorych w tak ciężkim stanie, że kwalifikują się jedynie do leczenia paliatywnego lub opieki terminalnej i nie można u nich dokładnie określić choroby. **Nowotwory wtórne** to zwiększająca się grupa nowotworów (często białaczek), występujących u wyleczonych wcześniej skutecznie napromienianiem bądź chemioterapią, względnie przeszczepieniem szpiku. Jest to grupa bardzo heterogenna – leczenie przez **onkologa klinicznego** lub **hematologa**, zależnie od charakteru wtórnego nowotworu. Wyniki są zwykle dużo gorsze niż w tym samym rodzaju nowotworu występującym jako nowotwór pierwotny.

C81 Choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa)

Jednostka chorobowa, która oprócz leczenia w ośrodku hematologicznym może być leczona w ośrodku onkologicznym z zachowaniem tych samych zasad referencyjności.

Rozpoznanie: w oddziale szpitalnym, do którego chory trafi z powodu objawów. Potwierdzenie rozpoznania, ocena stopnia zaawansowania i ustalenie planu leczenia: III poziom w przypadkach chorych poniżej 70. roku życia i II poziom u osób starszych.

Leczenie: poziom S: przeszczepienie szpiku u chorych poniżej 65. roku życia z nawrotem po 1-rzutowej chemioterapii (procedura MZ); III poziom: leczenie 1-rzutowe przypadków powikłanych, pierwotnie zaniedbanych lub z czynnikami ryzyka, zwłaszcza poniżej 65. roku życia; konsultacja chorych leczonych 1-rzutowo w ośrodku/ach o niższej referencyjności; leczenie 2-rzutowe poprzedzające przeszczepienie szpiku; II poziom: leczenie 1-rzutowe (w warunkach dziennego pobytu), 2-rzutowe i 3-rzutowe leczenie chorych zdyskwalifikowanych do przeszczepienia szpiku 0/I poziom: leczenie paliatywne.

C82 Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)

Są to w większości chłoniaki o powolnym przebiegu – jednostka chorobowa, która oprócz leczenia w ośrodku hematologicznym może być leczona w ośrodku onkologicznym z zachowaniem tych samych zasad referencyjności.

Rozpoznanie: w tym oddziale szpitalnym (najczęściej wewnętrznym), do którego chory trafi z powodu objawów. Potwierdzenie rozpoznania, ocena stopnia zaawansowania i ustalenie planu leczenia: III poziom w przypadkach chorych poniżej 65. roku życia i II poziom u osób starszych.

Leczenie: poziom S: przeszczepienie szpiku u wybranych chorych poniżej 50. roku życia po 1- lub 2-rzutowej chemioterapii, eksperymentalne u starszych chorych (procedura MZ). **III poziom:** leczenie 1-rzutowe przypadków powikłanych oraz przypadków o gwałtownym przebiegu, leczenie 2-rzutowe chorych poniżej 80. roku życia, kwalifikujących się do leczenia agresywnego. **II poziom:** leczenie 1-rzutowe (w warunkach dziennego pobytu) i 2-rzutowe pozostałych chorych. **0/I poziom:** leczenie paliatywne.

C83 Chłoniaki nieziarnicze rozlane

Chłoniaki o pośrednim lub agresywnym przebiegu – jednostka chorobowa, która oprócz leczenia w ośrodku hematologicznym może być leczona w ośrodku onkologicznym z zachowaniem tych samych zasad referencyjności.

Rozpoznanie: w tym oddziale szpitalnym (najczęściej wewnętrznym), do którego chory trafi z powodu objawów. Potwierdzenie rozpoznania, ocena stopnia zaawansowania i ustalenie planu leczenia: III poziom w przypadkach chorych poniżej 70. roku życia i II poziom u osób starszych.

Leczenie: poziom S: przeszczepienie szpiku u chorych poniżej 65. roku życia po 1-rzutowej chemioterapii (procedura MZ). **III poziom:** leczenie 1-rzutowe przypadków powikłanych oraz przypadków o gwałtownym przebiegu, zwłaszcza poniżej 70. roku życia. **II/III poziom:** leczenie 1-rzutowe (kiedy możliwe w warunkach dziennego pobytu) i 2-rzutowe chorych nie zakwalifikowanych do przeszczepienia szpiku. **I poziom:** leczenie paliatywne.

C84 Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T

Jednostka chorobowa, która oprócz leczenia w ośrodku hematologicznym może być leczona w ośrodku onkologicznym z zachowaniem tych samych zasad referencyjności.

Rozpoznanie: w tym oddziale szpitalnym (najczęściej dermatologicznym), do którego chory trafi z powodu objawów. Potwierdzenie rozpoznania, ocena stopnia zaawansowania i ustalenie planu leczenia: III poziom w przypadkach chorych poniżej 70. roku życia i II poziom u osób starszych.

Leczenie: C84.0 i C84.1 jak w C82, C84.2–C84.5 jak w C83.

C85 Inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych (w tym chłoniaki B z przewodu pokarmowego)

Jednostka chorobowa, która oprócz leczenia w ośrodku hematologicznym może być leczona w ośrodku onkologicznym z zachowaniem tych samych zasad referencyjności.

Rozpoznanie: w tym oddziale szpitalnym (wewnętrznym lub chirurgicznym), do którego chory trafi z powodu objawów lub w wyniku ambulatoryjnie wykonanej endoskopii. Potwierdzenie rozpoznania, ocena stopnia zaawansowania i ustalenie planu leczenia: III poziom referencyjności u chorych poniżej 70. roku życia i II poziom u osób starszych.

Leczenie: III poziom: leczenie 1-rzutowe przypadków powikłanych oraz przypadków o gwałtownym przebiegu. **II/III poziom:** leczenie 1-rzutowe (w warunkach dziennego pobytu) i 2-rzutowe chorych nie zakwalifikowanych do wysokodawkowej chemioterapii. **0/I poziom:** leczenie paliatywne.

C85–C96 Inne nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pośrednich

Standard referencyjności w tych nowotworach jest podany w opracowaniu dotyczącym hematologii. Zajmowanie się tymi nowotworami powinno być pierwotną domeną hematologów lub placówek, w których (podobnie jak to jest standardem na Zachodzie) kompetencje onkologów klinicznych i hematologów są połączone (inaczej mówiąc, kiedy placówka onkologii klinicznej zatrudnia również specjalistę hematologa). W ramach wyjaśnienia: obecnie wiadomo, że zarówno tkanka limfatyczna, jak i tkanki pośrednie są częściami tkanki krwiotwórczej i wszystkie wywodzą się z jednej wspólnej komórki wyjściowej: krwiotwórczej komórki macierzystej.

UWAGI KOŃCOWE

Przedstawione powyżej propozycje standardów referencyjności w onkologii klinicznej są opracowaniem autorskim, które nie było szerzej konsultowane z zainteresowanymi środowiskami lekarskimi. Są one oparte na doświadczeniu autora oraz piśmiennictwie, ale ze względu na złożoność materii (różnorodność nowotworów i sytuacji klinicznych) może zawierać nieścisłości lub nawet błędy. Autor będzie wdzięczny za przekazanie wszelkich uwag krytycznych dotyczących tego dokumentu.

PIŚMIENNICTWO UZUPEŁNIAJĄCE

1. Vokes EE, Golomb HM (red.). *Oncologic Therapies*. Springer, Berlin, New York 1999.
2. Krzakowski M, Siedlecki P (red.). *Standardy leczenia systemowego nowotworów złośliwych u dorosłych*. PTOK, Warszawa, 1999 (opracowanie robocze).
3. Casciato DA, Lowitz BB (red.). *Manual of Clinical Oncology*. Little, Brown & Co, Boston 1995.

4. Murphy GP, Lawrence W Jr, Lenhard RE (red.). *American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology*. ACS 1995.
5. Rubin P (red.). *Clinical Oncology. A multidisciplinary Approach for Physicians and Students*. Saunders, Philadelphia 1993.
6. Senn HJ, Drings P, Glaus A, Jungi WF, Sauer R, Schlag P. *Kompendium onkologii*. PZWL, Warszawa 1995.
7. Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR. *Bosch FX: UICC, podręcznik onkologii klinicznej*. PWN 1994.
8. Jędrzejczak WW, Hołowiecki J. *Standardy referencyjności w hematologii*. W: Jędrzejczak WW, Podolak-Dawidziak M (red.). *Standardy w hematologii*. Volumed, Wrocław 2000, w druku.

ADRES DO KORESPONDENCJI

prof. dr hab. n. med. **Wiesław W. Jędrzejczak**
Katedra i Klinika Hematologii,
Onkologii i Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej w Warszawie
SP CSK
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa