

Przerzuty do kości można leczyć skutecznie

Rozmowa z dr n. med. Michałem Kunkielem, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Jak przedstawia się epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce?

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i na świecie stale rośnie. Potwierdzonymi czynnikami ryzyka są: niezdrowy styl życia na który składają się niewłaściwa dieta, nadużywanie alkoholu, niktynizm, nieprawidłowa masa ciała, nadmierna ekspozycja na promienie słoneczne, a także uwarunkowania genetyczne oraz rosnący wiek (starzenie się społeczeństwa). Trwająca pandemia koronawirusa powoduje dodatkowe problemy – mniej pacjentów zgłasza się na diagnostykę onkologiczną. Mniejsza zgłaszalność do lekarzy i zainteresowanie badaniami przesiewowymi przekłada się na rozpoznawanie choroby nowotworowej często już objawowej w wyższych stopniach zaawansowania, a więc takiej gdzie mamy do czynienia z przerzutami np. do węzłów chłonnych, wątroby, płuc czy kości.

Czym są przerzuty do kości?

Definiujemy je jako nacieki komórek nowotworowych na strukturę kości, powodujące jej patologiczną przebudowę, osłabienie oraz zwiększone ryzyko złamań. Częstość występowania przerzutów do kości różni się ze względu na lokalizację narządową pierwotnej choroby nowotworowej: u mężczyzn przerzuty do kości częściej zdarzają się w przypadku gruczołu krokowego, a u kobiet – przy rozpoznaniu raka piersi. Należy jednak podkreślić, że praktycznie każdy nowotwór złośliwy może dać przerzuty do kości.

Jak powstają przerzuty do kości?

Sposób przerzutowania choroby nowotworowej jest skomplikowany. Dla uproszczenia możemy przyjąć, że jeżeli masa nowotworowa w ognisku pierwotnym jest nieleczona lub leczona nieoptymalnie, to z biegiem czasu trwania terapii mogą wyodrębnić się klony komórek nowotworowych odporne na stosowane leki onkologiczne. Takie komórki oddzielają się od ogniska pierwotnego i drogą naczyń krwionośnych i chłonnych docierają do innych lokalizacji w organizmie np. do układu kostnego.

Jakie są ich objawy?

Najczęstszym objawem jest stały ból kostny, niezależny od pory dnia i niereagujący na podstawowe leki przeciwbólowe lub przeciwzapalne. Diagnozę stawiamy na podstawie badań obrazowych: badania roentgenowskiego, tomografii komputerowej z kontrastem bądź badania scyntygraficznego kości.

Co stanowi największe zagrożenie dla pacjenta z rozpoznanymi przerzutami do kości?

Najbardziej obawiamy się tzw. **zdarzeń kostnych** (SRE, *skeletal-related events*). Są to patologiczne złamania (np. szyjki kości udowej), ucisk na rdzeń kręgowy przez odłamy kostne, mogący spowodować np. niedowłady kończyn oraz konieczność zastosowania radioterapii paliatywnej na dany obszar kości. Do zdarzeń kostnych zaliczamy także hiperkalcemię, czyli nadmierny poziom wapnia, spowodowany uwalnianiem się tego pierwiastka z uszkodzonych kości do krwi. Hiperkalcemia może prowadzić do stanu bezpośredniego zagrożenia życia.

Jak leczy się przerzuty do kości?

Należy podkreślić, że najistotniejsze jest leczenie onkologiczne choroby podstawowej, czyli ogniska pierwotnego niezależnie od jego lokalizacji. Jeżeli chodzi o przerzuty do kości, to stosujemy chirurgiczne leczenie miejscowe (zabiegi chirurgiczne), leczenie promieniowaniem (radioterapia) oraz terapie objawowe czyli podawanie silnych leków przeciwbólowych z grupy opioidów. Ponadto, wprowadzamy – nie mniej ważne – leczenie wspomagające działanie leków podstawowych, które zapobiega zdarzeniom kostnym lub opóźnia ich wystąpienie. To właśnie główne zadanie leków wspomagających: aby mimo istniejących już przerzutów do kości nie wystąpiły zdarzenia kostne, lub aby wydłużyć czas do ich pojawienia się. W sytuacji gdy rozpoznajemy już zdarzenie kostne powinniśmy nadal kontynuować terapię wspomagającą aby maksymalnie wydłużyć czas do pojawienia się kolejnego zdarzenia kostnego. Nowoczesna onkologia opiera się dzisiaj na leczeniu z zastosowaniem leków celowanych, które coraz częściej wypierają lub wyparły klasyczną chemioterapię. Należy pamiętać jednak, że celem leczenia onkologicznego jest także zmniejszanie objawów choroby nowotworowej i poprawa jakości życia pacjenta. Osiągnąć to możemy dzięki wdrożeniu nowoczesnego leczenia wspomagającego towarzyszącemu terapii przeciwnowotworowej.

Jakie leki wspomagające stosuje się obecnie w leczeniu przerzutów do kości?

Leki stosowane w ramach terapii wspomagającej to: kwas zoledronowy (związek chemiczny z grupy bisfosfonianów) oraz lek biologiczny – *przeciwciało monoklonalne denosumab*. Lek biologiczny znacznie skuteczniej redukuje dolegliwości bólowe i lepiej zabezpiecza chorych

przed wystąpieniem zdarzeń kostnych, a także znamienne bardziej wydłuża czas do pojawienia się kolejnego takiego zdarzenia w porównaniu do kwasu zoledronowego. Wynika to m.in. z celowanego mechanizmu działania na konkretny receptor ulokowany na komórkach kości zmienionych przez proces nowotworowy. Lek ten wzmacnia dodatkowo strukturę kości, zmniejszając toczący się stan zapalny, zmniejszając produkcję białek zapalnych wyzwalaną przez komórki nowotworowe. Podsumowując: *denosumab* istotnie zmniejsza aktywność komórek odpowiedzialnych za destrukcję kostną. Kwas zoledronowy jest refundowany, a *denosumab* – nie.

Czy refundacja *denosumabu* znacząco poprawiłaby sytuację pacjentów?

Należy podkreślić, że rozpoznanie przerzutów odległych niezależnie od ich lokalizacji jest trudną sytuacją dla pacjenta, jego rodziny, a także zespołu leczącego. Natomiast biorąc pod uwagę rodzaj przerzutów to zajęcie układu kostnego cechuje się wieloma niekorzystnymi parametrami. Chory (szczególnie z rozpoznanymi zdarzeniami kostnymi) traci swoją mobilność, co za tym idzie pogarszają się jego codzienne funkcje społeczne, często wiąże się to z zaniechaniem dotychczasowej aktywności zawodowej, a także ze znacznym pogorszeniem jakości życia. Na tle innych bardzo drogich terapii onkologicznych koszt wspomnianego wspomagającego leczenia przerzutów do kości i zdarzeń kostnych jest stosunkowo niewielki. Należy także pamiętać, że u chorych ze złamaniami patologicznymi ratunkowe zabiegi ortopedyczne często są powikłane, trudno dokonać zespoleń, przez co pacjent często przebywa przez wiele tygodni na oddziałach ortopedii. Utrudnia to właściwą opiekę onkologiczną, unieruchomiony pacjent nie może zgłosić się do swojego ośrodka onkologicznego celem kontynuacji leczenia przeciwnowotworowego, a to z kolei zwiększa ryzyko zgonu z powodu choroby nowotworowej. Dlatego wszyscy – zarówno lekarze, pacjenci, jak i media – powinniśmy zabiegać o szerszą dostępność do tej terapii wspomagającej.

Co można zrobić, aby ograniczyć ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej?

W profilaktyce pierwotnej ważny jest zdrowy styl życia i regularne badania przesiewowe, a ponadto zgłaszanie się do lekarza w sytuacjach, gdy coś nas niepokoi, np. utrzymująca się gorączka, chrypka, zgrubienia w skórze czy niezamierzony, postępujący spadek masy ciała. Jeśli chodzi o sytuację gdy już istnieją przerzuty do kości najistotniejsze jest przede wszystkim zapobieganie zdarzeniom kostnym. Dlatego oprócz podstawowego leczenia onkologicznego choroby nowotworowej, bardzo ważne - wręcz niezbędne - jest jednocześnie prowadzenie leczenia wspomagającego opartego na nowoczesnych lekach zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi.



Autoryzowany wywiad prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia w związku z prelekcją dra n. med. Michała Kunkiela w trakcie XX Ogólnopolskiej Konferencji "Polka w Europie", zorganizowanej pod hasłem Nie tylko COVID-19! Medycyna w dobie pandemii koronawirusa. Październik 2021.