

RAK PEŁCZERZA MOCZOWEGO – NOWOTWÓR ZAPOMNIANY? RAPORT



WARSZAWA
2014

RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO – NOWOTWÓR ZAPOMNIANY?

Rak pęcherza moczowego jest piątym pod względem częstości rozpoznawania nowotworem złośliwym u mężczyzn i czternastym u kobiet – dotyka rocznie ponad 6000 osób.

Każdego dnia taką diagnozę słyszy 16 Polaków. Ich jakość życia drastycznie się obniża, leczenie jest przewlekłe i wyjątkowo trudne. O chorobie dowiadują się, gdy jest już w stadium zaawansowanym. Niestety aż 50 procent pacjentów umiera.

Co sprawia, że sytuacja osób z rakiem pęcherza moczowego jest tak trudna? Przyczyn jest wiele, ale jedną z podstawowych jest fakt, że o tej chorobie nie mówi się w Polsce wiele.

W naszym przekonaniu rak pęcherza moczowego pozostaje nowotworem zapomnianym, a obecna sytuacja chorych wymaga determinacji całego środowiska – organizacji pacjentów, ekspertów, mediów, by zmienić aktualne, zatrważające statystyki.

Sygnatariusze raportu

„Rak pęcherza moczowego – nowotwór zapomniany?”



Szymon Chrostowski
Prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie



Profesor Zbigniew Wolski
Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Fundacja Wygrajmy Zdrowie od początku koncentruje się na potrzebach i problemach pacjentów urologicznych, dlatego podjęcie tego tematu traktujemy jako nasz priorytet. Uważamy, że zmiany związane z wprowadzeniem pakietu onkologicznego są szansą także dla pacjentów z rakiem pęcherza moczowego, jednak mogą być szansą niewykorzystaną. Obecne, liczne problemy pacjentów budzą niepokój, że nowa ścieżka leczenia w przypadku tej grupy pacjentów nie zadziała we właściwy sposób.

Z tego powodu wspólnie z ekspertami Polskiego Towarzystwa Urologicznego przygotowaliśmy Raport „Rak pęcherza moczowego w Polsce – nowotwór zapomniany”, którego celem jest określenie szans, zagrożeń i sposobów rozwiązania istniejących problemów. Wierzymy, że w przyszłości dzięki wspólnym wysiłkom sytuacja pacjentów poprawi się, a statystyki nie będą tak alarmujące jak obecnie.

FUNDACJA
WYGRAJMY ZDROWIE

IM. PROF. GRZEGORZA MADEJA



RAK PĘCZERZA MOCZOWEGO – PODSTAWOWE INFORMACJE

5

pod względem częstości występowania nowotwór złośliwy u mężczyzn i

14

u kobiet

Zapadalność mężczyzn na raka pęcherza moczowego jest

4

-krotnie większa niż kobiet

Osoby z rakiem pęcherza stanowią

30%

chorych na nowotwory układu moczowego i męskich narządów płciowych

Główne czynniki ryzyka:
palenie tytoniu

30%

oraz narażenie zawodowe na substancje chemiczne

10%

Rak pęcherza moczowego jest silnie związany z wiekiem i w większości jest diagnozowany po **55 roku życia**. Jest jednym z częstszych nowotworów występujących u starszych osób

Rak pęcherza moczowego ma tendencję do nawrotów i postępowania

Dłgie i trudne leczenie ma negatywny wpływ na życie osób z rakiem pęcherza. Jakość życia pacjentów drastycznie się pogarsza.

Rak pęcherza moczowego w Europie dotyka rocznie

120 000 osób

2/3 pacjentów żyje przez kolejne 5 lat po diagnozie.

W Polsce rocznie choruje

6000 osób

Umiera

50%

OBJAWY

Rak pęcherza moczowego początkowo rozwija się powierzchownie, lecz później wrasta głęboko w ścianę pęcherza moczowego.

Najczęstszym objawem jest bezbolesne krwawienie z moczem (krwiomocz). Rak pęcherza może naśladować także objawy zapalenia, powodując częste i bolesne oddawanie moczu, ból, pieczenie, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego. Nie są one specyficzne dla raka pęcherza moczowego i towarzyszą również innym chorobom dróg moczowych, częściej występującym – takimi

jak infekcja czy kamica pęcherza moczowego. U osób z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego mogą wystąpić objawy związane z miejscowym postępowaniem choroby (ból w podbrzuszu, trudności w oddawaniu moczu, bóle okolicy lędźwiowej będące konsekwencją w utrudnienia odpływu moczu, bezmocz) oraz przerzutami odległymi (np. bóle kostne). Kluczową sprawą jest więc wiedza na temat objawów wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, odpowiedni dostęp do lekarzy urologów i edukacja społeczeństwa na temat choroby.

CZYNNIKI RYZYKA



Ryzyko zachorowania na nowotwór pęcherza moczowego jest wyraźnie większe **u palaczy tytoniu** (niemal trzykrotnie wyższe u osób palących papierosy). Należy pamiętać również, że niektóre substancje chemiczne mogą zwiększać ryzyko rozwoju nowotworu pęcherza moczowego, w szczególności **u osób będących pracownikami przemysłu skórzanego, gumowego, tekstylnego, metalowego, naftowego i mających w pracy bezpośredni kontakt z barwnikami.**

PROFILAKTYKA



Edukacja w zakresie profilaktyki raka pęcherza moczowego obejmuje kilka żelaznych zasad, o których zawsze należy pamiętać:

- **niepalenie tytoniu,**
- **unikanie nadwagi i otyłości,**
- **kontrolowanie i utrzymywanie prawidłowej wagi,**
- **właściwa dieta,**
- **aktywność fizyczna.**



Kluczowa jest świadomość na temat objawów raka pęcherza moczowego – krwiomocz jest wskazaniem do wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub urologa i rozpoczęcia odpowiedniej diagnostyki

DIAGNOSTYKA



W przypadku podejrzenia guza w pęcherzu moczowym chory powinien zostać skierowany:

- **Na badanie usg oraz cytologię osadu moczu**
- **W przypadku złych wyników konieczne jest wykonanie cystoskopii** (pozwalającej na obejrzenie pęcherza moczowego przez urządzenie optyczne zakładane przez cewkę moczową). Skuteczne rozpoznanie no-

wotworów pęcherza moczowego jest kluczowe, ponieważ pozwala na rozpoczęcie odpowiedniego leczenia w początkowej fazie choroby, kiedy istnieje jeszcze możliwość całkowitego wyleczenia. Nowoczesne techniki diagnostyczne poprawiają wizualizację endoskopową, np. dostępna obecnie cystoskopia w świetle niebieskim pozwala na zobaczenie niewielkich zmian nowotworowych (niewidocznych w świetle białym).

LECZENIE



W przypadku potwierdzenia diagnozy:

- **Sposób leczenia raka pęcherza moczowego zależy od stopnia klinicznego zaawansowania guza w chwili rozpoznania.** Pod tym względem odróżnia się: raka nieinwazyjnego – nienaciekającego błony mięśniowej pęcherza, (N-MIBCa) oraz raka inwazyjnego – naciekającego błonę mięśniową pęcherza (MIBCa). Obecnie w Polsce nowotwór raka pęcherza moczowego wykrywany jest zbyt późno – zmiany wykrywane są na poziomie nowotworu inwazyjnego.
- **Zasadniczą metodą leczenia nowotworu nienaciekającego błony mięśniowej pęcherza jest elektroresekcja przezcewkowa guza** (tzw. **TURBT**), polegająca na wycięciu guza oraz tkanek z dna i obrzeża resekcji. Jeśli badanie histopatologiczne materiału tkankowego wykazuje guz z grupy umiarkowanego lub dużego ryzyka, bądź jeśli wynik tego badania pod względem oceny stopnia zaawansowania nowotworu nie jest pewny, po upływie 4-6 tygodni od pierwszej TURBT wykonuje się ponowną

resekcję przezcewkową obszaru objętego resekcją pierwotną (re-TUR). Z danych wynika, że pierwsza TURBT jest niedoszczętna aż u 35-70% chorych. Dostępne w Polsce techniki nowoczesnej diagnostyki pogłębionej jak np. cystoskopia w świetle niebieskim pozwala na dokładne zlokalizowanie zmian nowotworowych.

- **Rak naciekający błonę mięśniową pęcherza stanowi wskazanie do radykalnego wycięcia pęcherza.** Po usunięciu pęcherza moczowego tworzony jest zastępczy pęcherz jelitowy lub tzw. urostomia (wstawka jelitowa z odprowadzeniem moczu na skórę). Radykalne wycięcie pęcherza oznacza głębokie pogorszenie się jakości życia pacjenta. Część z chorych z zaawansowanym nowotworem pęcherza moczowego wymaga często uzupełniającej chemioterapii lub naświetlań.

KONTROLA PO LECZENIU



Systematyczna kontrola powinna być wykonywana co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata, a następnie co 6 miesięcy przez kolejne 3 lata. Obserwację prowadzi się przez całe życie chorego.

- W onkologii przyjmuje się za wyleczonych tych chorych, u których w toku pięcioletniej obserwacji nie wykryto nawrotu raka. Niemniej w przypadku raka pęcherza nawrotu z progresją są możliwe do końca życia chorego.
- Dla zmniejszenia niebezpieczeństwa nawrotu guza stosuje się bezpośrednio po TURBT pojedynczą wlewkę dopęcherzową cytostatyku, zwykle jest nią Mitomycyna C.
- W przypadku raka nienaciekającego błony mięśniowej z grupy o pośrednim i wysokim ryzyku stosuje się leczenie adjuwantowe, polegające na sekwencyjnym stosowaniu dopęcherzowych wlewek szczepionki BCG.

Przez pierwsze
3 lata co

3

miesiące

Po 3 latach co

6

miesiące

KLUCZOWE PROBLEMY UROLOGII W POLSCE

Obecnie szanse na przeżycie osoby z rakiem pęcherza moczowego wynoszą jedynie

50%

Związane jest to z kluczowymi problemami urologii w Polsce:



— Procedury związane z diagnostyką i leczeniem raka pęcherza moczowego są zbyt nisko wycenione.

— W wyniku zmian Narodowego Funduszu Zdrowia, zabiegi diagnostyczne do 2013 roku wykonywane na oddziałach szpitalnych, przeniesiono do poradni urologicznych, które nie zostały jednak wyposażone w niezbędny sprzęt i sale zabiegowe. Oznacza to, że procedury te często są wykonywane na oddziałach szpitalnych. Niestety mimo ich wykonywania, nie jest wiadome, czy nadwykonania zostaną opłacone przez poszczególne oddziały NFZ.

— Kolejki do poradni urologicznych zwiększają się z powodu limitowania kontraktów na poradnie urologiczne.

— Z uwagi na stałe zadłużanie oddziałów urologicznych nie ma możliwości odnawiania sprzętu endoskopowego oraz zakupów nowocześniejszego sprzętu.

Apelujemy o podjęcie wspólnych wysiłków administracji publicznej, ekspertów i organizacji pacjentów mających na celu poprawę obecnej sytuacji. Wskazane problemy stanowią realne zagrożenie dla powodzenia zmian związanych z wprowadzeniem pakietu kolejkowego i onkologicznego w przypadku pacjentów z rakiem pęcherza moczowego.

SZYBKA ŚCIEŻKA ONKOLOGICZNA PACJENTA Z RAKIEM PĘCHERZA MOCZOWEGO

Zmiany związane z wprowadzeniem pakietu onkologicznego są szansą także dla pacjentów z rakiem pęcherza moczowego. Prawa dostępu do specjalistów dla wszystkich pacjentów oraz uprzywilejowanie pacjentów onkologicznych – to główne założenia zmian systemowych proponowanych obecnie przez Ministerstwo Zdrowia. W przypadku pacjentów z rakiem pęcherza moczowego proces diagnostyczny i leczniczy musi zostać szczególnie usprawniony zgodnie z modelem postępowania: wczesne wykrycie, leczenie, kontrola. Ponieważ nowotworem szybko postępującym i zwłoka z podjęciem leczenia powyżej 12 tygodni uniemożliwia już wyleczenie pacjenta, niezbędne jest zbudowanie systemu szybkiego dostępu do ośrodków urologii zajmujących się onkologią urologiczną. Większość procedur dotyczących diagnostyki, terapii i nadzoru u pacjentów z rakiem pęcherza wykonuje się tylko na Oddziałach Urologicznych, ze względu na wysoce specjalistyczne metody diagnostyki oraz zastosowanie zabiegów endoskopowych. Powszechna w onkologii radioterapia i chemioterapia, w przypadku raka pęcherza gra jedynie rolę uzupełniającą leczenie.



Szanse pacjentów:

- Wystarczająca ilość specjalistów w dziedzinie urologii. W Polsce jest 1160 czynnych urologów, 130 oddziałów Urologii, w tym 15 Klinik Uniwersyteckich, 3 oddziały Urologii Onkologicznej. Zmiany związane z pakietem onkologicznym zapewnią pacjentowi, który od lekarza POZ otrzyma Kartę Diagnostyki Onkologicznej nielimitowany dostęp do urologa.
- Polscy urolodzy są szkoleni według najlepszych europejskich standardów (540 specjalistów posiada europejski certyfikat EBU - European Board of Urology)
- Szybka ścieżka onkologiczna – pacjenci z podejrzeniem nowotworu, w tym nowotworu pęcherza moczowego będą mogli otrzymać Kartę Pacjenta Onkologicznego i bez kolejek przejść całą diagnostykę.

ZALECENIA DLA PACJENTÓW

Zmiany związane z wprowadzeniem pakietu onkologicznego są szansą dla pacjentów z rakiem pęcherza moczowego na wczesną diagnozę, dającą możliwość wyleczenia chorych i poprawy ich przeżywalności. Problemem pozostają braki i nieprawidłowości proceduralne, które mogą uniemożliwić realizację szybkiej ścieżki pacjenta i poprawy wyników leczenia.

1

Pacjenci nie powinni być dłuższy czas leczeni „przeciwwzpalnie”, lecz kierowani do wyspecjalizowanych urologów.

2

Niezbędne jest dokonanie zmian na poziomie wyceny i umiejscowienia procedur urologicznych, tak aby służyły pacjentowi, a nie były barierą skutecznego leczenia.

3

Konieczne jest zapewnienie właściwych warunków pracy poradniom urologicznym oraz ułatwienie wykonywania procedur diagnostycznych w warunkach szpitalnych, wtedy gdy jest to niezbędne dla skutecznego diagnozowania pacjentów.

4

Potrzebne jest zwiększenie kontraktów oddziałów urologicznych.

5

Regularne 3-miesięczne kontrole pacjentów w trakcie leczenia powinny odbywać się w ramach Karty Leczenia Onkologicznego.

NOTATKI

NOTATKI

Raport stworzony
we współpracy:

