

Jak często osoby, u których zdiagnozowano raka powinny robić badania kontrolne?

Są różne możliwości diagnostyczne – badania lekarskie, badania obrazowe, oznaczanie poziomu markerów nowotworowych. Jak często osoby ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową powinny robić badania kontrolne i które? Podpowiada dr Krzysztof Gawrychowski, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

Kiedy możemy stwierdzić, że mamy raka? Jakie badania są potrzebne, żeby go zdiagnozować?

Wszystkie choroby nowotworowe powinny być potwierdzone histopatologicznie i wtedy dopiero jest rozpoznanie. Powinien być pobrany i zbadany wycinek czy fragment tkanki i dopiero na tej podstawie rozpoczęte leczenie. W rękach niekompetentnej osoby interpretacja wyników badania poziomu markerów może dostarczać niepotrzebnego stresu. Bardzo istotne jest, żeby oznaczenie markerów nowotworowych zlecał lekarz prowadzący leczenie lub lekarz, który po chorobie opiekuje się pacjentką. Bardzo źle jest, gdy pacjent sam sobie bada markery, bo lekarz nie zlecił.

A co w sytuacji, gdy pacjentka czuje się źle, czuje, że coś jest nie w porządku, boi się, że ma nawrót, a lekarz nie zleca zbadania markerów?

Przede wszystkim powiedzieć lekarzowi o swoich objawach, a nie nalegać na zlecenie wykonania oznaczenia markera. Sam marker nie może uspokoić. Może być to badanie dodatkowe, ale nie rozstrzygające. Pacjentki nie powinny domagać się badania poziomu markerów, a zdecydowanie tłumaczyć, że coś boli, coś niepokoi. Lekarz powinien wtedy zlecić np. badania obrazowe, tomografię komputerową, kolonoskopię, mammografię, USG brzucha – w zależności od tego, o jaki nowotwór chodzi. Samo zbadanie markeru, np. CA 19-9, bo boli brzuch i podejrzewa się raka jelita grubego nie sprawi, że lekarz położy na stół operacyjny, otworzy brzuch i będzie tam szukać zmian. CA 19-9 to marker mocno niespecyficzny. Najlepiej wiedzieć, czy są objawy kliniczne, albo w badaniach obrazowych zmiany patologiczne. Pacjentka musi jasno komunikować swoje odczucia – czy schudła, czy ją coś boli, czy ma kłopoty z oddawaniem moczu, duszności, kaszel, ucisk na pęcherz, wodobrzusze, poinformować lekarza o nowotworach występujących w rodzinie, a nie obrażać się, że nie dostała skierowania na markery. Prawidłowy marker nie musi oznaczać, że nie ma choroby, a podwyższony nie musi oznaczać nowotworu czy nawrotu. Czasem wzrost markera wyprzedza o kilka miesięcy pojawienie się zmian klinicznych. Należy wiedzieć, że w przypadku raka jajnika w sytuacji rozpoznania nawrotu choroby mamy do czynienia z chorobą przewlekłą. W takim przypadku należy zaplanować leczenie w sytuacjach, kiedy mamy do czynienia z objawami klinicznymi i(lub) obecnością zmian w badaniach obrazowych. Zbyt pochopne rozpoczęcie leczenia tylko ze względu na podwyższenie markera może doprowadzić do niepowodzenia leczenia, obniżenia jakości życia, a w konsekwencji krótszego czasu, w którym możemy walczyć z chorobą przewlekłą.

Czy to oznacza, że po zakończeniu leczenia powinno się czekać z jakimikolwiek badaniami do pierwszych niepokojących objawów?

Nie należy przesadzać w żadną stronę – nie można mieć podejścia takiego, że w ogóle się nie kontroluje, ale też nie trzeba biegać na badania co miesiąc. Generalnie jest tak, że po zakończeniu leczenia wyznacza się terminy badań kontrolnych, aby się upewnić, że uzyskaliśmy pełną remisję markerową, kliniczną i obrazową i kończymy leczenie. Przeważnie przez pierwszy rok po zakończeniu leczenia wykonuje się takie badania co 3 miesiące. Potem można wykonywać badania, ale jak najmniej obciążające dla organizmu. Nie ma sensu co roku wykonywać tomografii komputerowej. Proszę pamiętać, że to badanie wykorzystuje promienie rentgenowskie, oraz konieczność podawania kontrastu. Może to prowadzić do uszkodzenia nerek, serca. Co prawda promieniowanie jest minimalne, ale jeżeli jest wykonywane zbyt często, to może indukować inne nowotwory. Najmniej inwazyjne jest badanie USG, ale przy nim nie można stwierdzić, czy choroba się rozwija, zatrzymała, czy się cofa. Wtedy, żeby podjąć prawidłową decyzję terapeutyczną, warto zrobić tomografię, ale trzeba robić ją rozsądnie.

Które nowotwory mogą być dziedziczne?

Rak piersi, rak jajnika i rak jelita grubego. Choroby nowotworowe obciążone genetycznie to ok. 20 proc. wszystkich nowotworów, pozostałe rozwijają się z niewiadomych przyczyn.

Pod kątem tych 3 nowotworów można zrobić badania genetyczne i sprawdzić prawdopodobieństwo ich wystąpienia?

Tak, ale trzeba pamiętać, że po pierwsze, nawet jeżeli są takie obciążenia, to wcale nie znaczy, że się zachoruje na raka. Muszą wystąpić jeszcze inne czynniki, żeby wyzwolić proces nowotworowy. Jak mam mutację genów, to prawdopodobieństwo jest większe niż w populacji, w której nie ma tej mutacji, ale to też nie jest tak, że się na pewno zachoruje.

Po drugie, nie mam sensu, aby każdy takie badania wykonywał. Test robimy wtedy, gdy rzeczywiście mamy obciążenie genetyczne, czyli zdiagnozowano co najmniej 2 przypadki w bliskiej rodzinie danego nowotworu. Po trzecie, musimy wiedzieć, w jakim celu je robimy. Po takim badaniu powinny nastąpić jakieś działania profilaktyczne. Jeżeli mam mutację genu BRCA1 czy BRCA2, to po okresie prokreacyjnym decyduję się na profilaktyczne usunięcie piersi czy jajników. Zrobienie testu tylko po to, żeby wiedzieć, a potem siedzieć i zastanawiać się, kiedy pojawi się rak, ale temu nie przeciwdziałać, mija się z celem.