

Roman Sosnowski, Olga Kuczkiewicz, Katarzyna Moskal, Łukasz Dobski

Analiza czynników wpływających na strategię postępowania u chorych z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego w Polsce i porównanie z aktualnymi wytycznymi EAU

Rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u polskich mężczyzn i poważnym problemem zdrowia publicznego. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce w 2013 roku zdiagnozowano 12 162 przypadki zachorowań na raka stercza. W ciągu ostatnich trzech dekad wartość ta wzrosła około 5-krotnie. Liczba zgonów w 2013 roku wyniosła 4281 osób.

Rak stercza jest nowotworem hormonozależnym. Aktywny metabolit testosteronu – dihydrotestosteron – jest niezbędny do wzrostu komórek raka stercza. Dlatego też jednym ze sposobów leczenia chorych na raka gruczołu krokowego jest tzw. ablacja (blokada, inaczej zwana deprivacją) androgenowa, mająca na celu obniżenie poziomu testosteronu we krwi do poziomu kastracyjnego – stężenia testosteronu w surowicy <50 ng/dl (obecnie niektórzy autorzy określają poziom kastracyjny jako <20 ng/dl, co wynika z postępu w diagnostyce laboratoryjnej). Innym sposobem deprivacji androgenowej poza zmniejszeniem stężenia androgenów w surowicy jest hamowanie działania krążących androgenów na poziomie receptorowym w komórkach stercza (antyandrogeny steroidowe i niesteroidowe). Obie te metody mogą być stosowane łącznie w celu osiągnięcia całkowitej blokady androgenowej, jednak ostatnie wytyczne towarzystw naukowych zalecają w pierwszej kolejności stosowanie leków doprowadzających do obniżenia stężenia testosteronu w surowicy. Deprivacja androgenowa może być osiągnięta farmakologicznie poprzez zastosowanie analogów gonadoliberyny (LHRH) lub antagonistów LHRH, a także chirurgicznie – wykonanie orchidektomii obustronnej.

Wskazania do rozpoczęcia hormonoterapii, jej zakres i szczegółowy schemat leczenia są przedmiotem dyskusji. Europejskie Towarzystwo Urologiczne (European Association of Urology – EAU) rekomenduje leczenie hormonalne u chorych z rozpoznaniem uogólnionego i miejscowo zaawansowanego raka gruczołu krokowego (u pacjentów niekwalifikujących się do terapii radykalnych oraz w leczeniu skojarzonym z radioterapią). Stosowanie hormonoterapii u pacjentów, u których wystąpiła wznowa miejscowa czy progresja biochemiczna, jest dyskusyjne. Podzielone są również opinie na temat wskazań do leczenia hormo-

nalnego w przypadku niedoszczędności operacji (dodatnie marginesy chirurgiczne), jak również skojarzenia hormonoterapii z radykalną prostatektomią. Nad tymi ostatnimi trwają perspektywne prace badawcze mające wyjaśnić rolę hormonoterapii w tych szczególnych sytuacjach klinicznych.

Decyzja o podjęciu leczenia hormonalnego jest uzależniona od wielu czynników, między innymi wskazań do zastosowania takiej terapii, doświadczenia klinicysty czy preferencji pacjenta. Bardzo ważne jest, aby pacjent mógł świadomie uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i podejmować decyzje dotyczące stosowanych form leczenia wraz ze swoim lekarzem. Do osiągnięcia tego celu niezbędna jest edukacja pacjenta, obejmująca istotę choroby i możliwości terapeutyczne.

Głównym celem przeprowadzonego badania była analiza czynników wpływających na strategię postępowania u chorych z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego w Polsce i porównanie wyników z aktualnymi wytycznymi EAU.

Metody i materiał

Do badania włączono lekarzy, którzy zajmują się w swojej codziennej praktyce pacjentami z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego. Projekt realizowano w oparciu o opracowaną na potrzeby badania ankietę wypełnianą przez lekarza na podstawie dokumentacji medycznej. W badaniu wzięło udział 108 lekarzy.

Wyniki

Wszyscy lekarze biorący udział w badaniu udzielili odpowiedzi na pytania. Ponad połowa respondentów była w wieku poniżej 50. roku życia. Natomiast nie-

wielki odsetek pytaných był w wieku 25–30 lat (2,8%) oraz powyżej 65 lat (2,8%). W badaniu zdecydowaną większość uczestników (90,1%) stanowili mężczyźni. Ponad trzy czwarte (77,3%) lekarzy miało specjalizację z urologii. Niewiele ponad jedna dziesiąta (11,3%) respondentów wskazała na specjalizację z onkologii, a tylko niewielki odsetek lekarzy radioterapię onkologiczną (4,1%). Prawie dwie trzecie (62,9%) respondentów jako miejsce pracy podało poradnie specjalistyczne w ramach NFZ. Prawie połowa (47,4%) pracowała w szpitalu miejskim, niewiele mniej w gabinetach prywatnych (45,4%). Większość lekarzy (58%) miała staż pracy między 10 a 19 lat.

Najczęściej stosowaną metodą leczenia raka stercza ograniczonego do narządu była radykalna prostatektomia. Metodę tę wskazało prawie trzy czwarte (73,8%) lekarzy. Metodą drugiego wyboru była radioterapia z pól zewnętrznych, którą podała prawie połowa respondentów (47,6%). Brachyterapię jako metodę drugiej kolejności wybierał co piąty ankietowany (22,4%). Na trzecim miejscu wśród metod leczenia znalazła się baczna obserwacja (17,7%). Natomiast krioterapię, jak i metodę skupionej wiązki fal ultradźwiękowych o dużym natężeniu (HIFU), wybierano bardzo rzadko, niezależnie od kolejności stosowania metody.

Najczęściej stosowaną metodą w diagnostyce raka przerzutowego stercza była scyntygrafia kości (92,5%). Kolejną najczęściej stosowaną przez lekarzy metodą była tomografia komputerowa (TK) miednicy (79,4%). Prawie trzy czwarte (72%) respondentów wskazało TK jamy brzusznej. Niemal dwie trzecie pytaných (59,8%) zaznaczyło RTG klatki piersiowej. Ponad połowa ankietowanych (53,3%) wskazała USG jamy brzusznej. Mniej niż połowa lekarzy stosowała pozytonową tomografię emisyjną (PET-CT) (47,7%). Ponad jedna czwarta (28%) respondentów wskazała rezonans magnetyczny (MR) całego kręgosłupa. Natomiast metodą najrzadziej wskazywaną przez lekarzy była PSMA (10,3%).

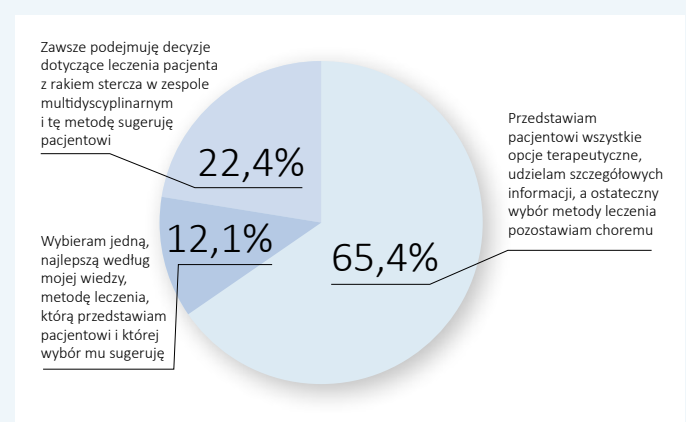
Najczęściej stosowaną metodą leczenia przerzutowego raka gruczołu krokowego była deprywacja androgenowa analogiem LHRH. Prawie trzy czwarte (74,7%) lekarzy wskazało tę metodę jako pierwszy wybór. Jako drugą najczęściej wybraną metodę leczenia podawano MAB (*maximum androgen blockade*) (38,6%), orchidektomię obustronną (32,7%) lub monoterapię antyandrogenem (27,1%). Na trzecim miejscu wśród metod leczenia znalazła się obserwacja (37,9%), zastosowanie antagonisty LHRH (22,5%) oraz chemiohormonoterapia (21,9%). Zdecydowana większość (80,6%) pytaných lekarzy nigdy nie zastosowała innych metod niż wyżej wymienione.

W przypadku rozpoznania raka gruczołu krokowego opornego na kastrację ponad połowa lekarzy (56,1%) kontynuuje hormonoterapię i kieruje chorego do onkologa. Prawie jedna trzecia respondentów włącza jednocześnie chemioterapię (29%). Jedna szóstka pytaných (15%) dodaje antyandrogen do analogu LHRH lub antagonisty LHRH. Niewielu ankietowanych zmienia analog LHRH na inny lek z tej samej grupy (13,1%) lub zmienia analog LHRH na antagonistę LHRH (13,1%). Prawie co dziesiąty lekarz włącza jednocześnie sterydoterapię (9,3%). Jeden na dwudziestu (5,6%) lekarzy nic nie zmienia.

Prawie jedna trzecia lekarzy (31,8%) wskazała, że w przypadku skierowania do onkologa nadal pod ich opieką pozostaje 81–100% pacjentów. Jeden na czterech (26,2%) respondentów podał, że odsetek ten oscyluje między 51% a 80%.

Ponad połowa lekarzy ocenia rolę zespołu multidyscyplinarnego w leczeniu pacjentów z rakiem stercza jako ważną (59,8%). Ponad jedna czwarta respondentów wskazała (26,2%), że odgrywa on bardzo ważną rolę. Natomiast sporadycznie lekarze wskazywali, że rola zespołu multidyscyplinarnego jest raczej nieważna (1,9%).

Dwie trzecie (65,4%) lekarzy współpracując z pacjentem przedstawia mu wszystkie opcje terapeutyczne, udziela szczegółowych informacji, zaś ostateczny wybór pozostawia choremu. Ponad jedna piąta (22,4%) respondentów zawsze podejmuje decyzje dotyczące leczenia pacjenta z rakiem stercza w zespole multidyscyplinarnym i tę metodę sugeruje pacjentowi. Wybijam jedną, najlepszą według mojej wiedzy, metodę leczenia, którą przedstawiam pacjentowi i której wybór mu sugeruję.

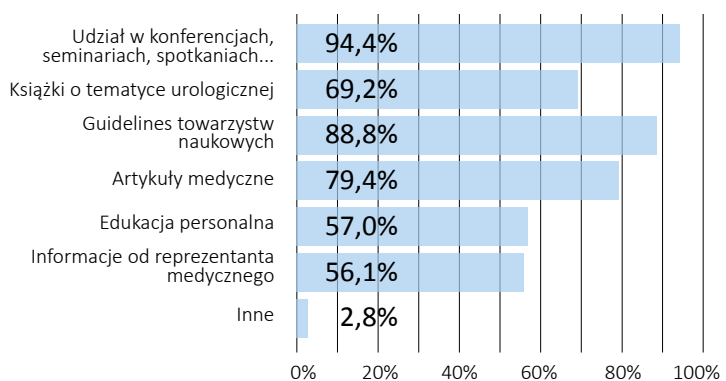


Ryc. 1. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie:

Jak postrzega Pan(i) współpracę z pacjentem chorym na raka stercza dotyczącą wyboru metody leczenia?

Lekarze wskazali, że najczęściej przy wyborze leczenia raka przerzutowego stercza kierowali się wytycznymi EAU/PTU (54,5%) oraz skutecznością leczenia (50,5%). Następnymi w kolejności wskazania kryteriami wyboru metody leczenia były „sposób podania leku” (48,4% wskazań) oraz „własne doświadczenie” (41,2% wskazań). Opinia innego lekarza, cena leku i działania niepożądane nie były dla respondentów najważniejsze. Informacje uzyskiwane od firm farmaceutycznych były jednym z najmniej istotnych kryteriów co do wyboru sposobu postępowania.

Lekarze najczęściej (94,4%) w celu pogłębienia wiedzy urologicznej biorą udział w konferencjach, seminariach lub spotkaniach naukowych. Niewiele mniejszy procent (88,8%) wskazywał na wytyczne towarzystw naukowych. Ponad trzy czwarte ankietowanych (79,4%) korzysta z artykułów medycznych. Ponad dwie trzecie lekarzy korzysta z książek o tematyce urologicznej. Ponad połowa respondentów korzysta z edukacji personalnej (57%) lub informacji od reprezentanta medycznego (56,1%). Znikomy odsetek wskazał inne (2,8%), takie jak internet. Szczegóły dotyczące poszerzania wiedzy przez lekarzy przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Z jakich źródeł korzysta Pan(i) w celu pogłębienia swojej wiedzy urologicznej?

Dyskusja

Leczenie raka gruczołu krokowego wciąż stanowi wyzwanie zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Strategie postępowania z chorobą ograniczoną do narządu obejmują radykalną prostatektomię, radioterapię, pierwotną deprywację androgenową oraz połączenie tych metod, a także aktywny nadzór nad pacjentem i baczna obserwację. Na decyzję o wyborze terapii wpływa wiele czynników, tj.: stan chorego, jego preferencje co do metody, a także jej dostępność. Wybór odpowiedniej terapii może być trudny ze względu na brak wielośrodkowych, randomizowanych i prospektyw-

nych badań porównujących wyżej wymienione formy leczenia.

Z literatury wynika, iż pacjenci w kwestii wyboru metody leczenia polegają przede wszystkim na rekomendacjach opiekujących się nimi lekarzy, zaś preferencje lekarzy dotyczące zaproponowanej terapii różnią się znacznie i zależą od wykonywanej specjalizacji [1, 2]. W badaniu, w którym urolodzy, onkolodzy-radioterapeuci oraz onkolodzy kliniczni zostali zapytani o to, jak chcieliby być leczeni, gdyby zdiagnozowano u nich raka stercza ograniczonego do narządu, 79% urologów podało jako preferowaną formę leczenia radykalną prostatektomię, podczas gdy 92% radioterapeutów wybrałoby radioterapię [3]. W innym badaniu zapytano urologów i onkologów-radioterapeutów o preferowaną formę terapii u pacjentów z rakiem stercza ograniczonym do narządu i dłuższą niż 10-letnią oczekiwaną długością życia. Zdecydowana większość (93%) urologów wybrała radykalną prostatektomię jako preferowaną formę leczenia, podczas gdy 72% onkologów-radioterapeutów uznało leczenie chirurgiczne i radioterapię wiązką zewnętrzną za równoważne metody [4].

Jang i współpracownicy przeprowadzili badanie, w którym oceniali, jaki wpływ na wybór metody leczenia przez pacjentów ze zlokalizowanym rakiem gruczołu krokowego miały wizyty u lekarzy różnej specjalności. Potwierdzono, że istnieje silna zależność pomiędzy tym, u jakiego specjalisty leczy się pacjent, i tym, jaką terapię otrzymuje – specjaliści preferują formy terapii, które sami świadczą. Badanie pokazuje, iż nie wszyscy pacjenci są właściwie poinformowani o dostępnych metodach leczenia, co może skutkować błędnymi decyzjami terapeutycznymi [5]. W świetle tych wyników podkreśla się potrzebę zapewnienia pacjentom dostępu do zrównoważonych informacji przed wyborem konkretnej terapii raka stercza.

W naszym badaniu przeważająca większość respondentów jako leczenie raka stercza ograniczonego do narządu wybrała radykalną prostatektomię. Może to wynikać z tego, że ponad trzy czwarte ankietowanych lekarzy miało specjalizację urologiczną, a tylko niewielki odsetek stanowili onkolodzy (11,3%), radioterapeuci (4,1%) lub specjaliści innych dziedzin (7,2%). Jednak należy podkreślić, że wybór ten zgodny jest z zaleceniami EAU, w których radykalna prostatektomia stanowi jedną z opcji terapeutycznych o „mocnej” rekomendacji.

Leczenie hormonalne stosuje się standardowo jako terapię pierwszego rzutu w chorobie rozsianej od ponad 50 lat [6]. Pozwala ono opóźnić pojawienie się, a także złagodzić, dolegliwości pacjenta wynikające z roz-

siewu choroby oraz redukuje ryzyko potencjalnych powikłań choroby, np. ucisk na rdzeń kręgowy, złamania patologiczne, niedrożność moczowodu czy przerzuty do narządów miękkich. Brak jest istotnych dowodów naukowych mówiących o przewadze jednej z form deprywacji androgenowej (analog vs antagonist LHRH). W szczególnych sytuacjach klinicznych, np. u pacjentów zagrożonych uciskiem rdzenia kręgowego, preferowaną opcją terapeutyczną jest obustronna orchidektomia lub zastosowanie antagonisty LHRH [7].

W naszym badaniu terapia analogiem LHRH była najczęściej wybieraną formą leczenia kastracyjnego, co pozostaje w zgodności z zaleceniami EAU. Większość lekarzy zdecydowanie preferuje tę metodę w porównaniu do: kastracji chirurgicznej, MAB czy monoterapii antagonistą LHRH. Podobne wyniki uzyskano w meksykańskim badaniu, gdzie terapia analogiem LHRH w monoterapii lub skojarzeniu z antyandrogenem była preferowaną opcją leczenia przerzutowego raka stercza [8]. W wynikach naszego badania zwraca uwagę fakt, iż część ankietowanych lekarzy proponuje swoim pacjentom monoterapię antyandrogenem, co obecnie nie jest zalecaną formą deprywacji androgenowej [9].

Od niedawna nowym standardem leczenia pacjentów z pierwotnym, wcześniej nieleczonym, przerzutowym rakiem gruczołu krokowego stała się deprywacja androgenowa w skojarzeniu z chemioterapią (docetaksel) [10]. Ze względu na potencjalne występowanie działań niepożądanych, leczenie skojarzone powinno być stosowane u chorych kwalifikujących się do chemioterapii.

Kolejną obiecującą opcją terapeutyczną dla pacjentów z pierwotnym przerzutowym rakiem stercza jest połączenie hormonoterapii z octanem abirateronu i prednizonem. Wyniki badań pokazują wyraźne wydłużenie długości życia pacjentów, przy akceptowalnej ogólnej tolerancji leczenia. Autorzy wielu publikacji sugerują, że taka terapia powinna być, podobnie jak połączenie hormonoterapii z docetaksel, standardem w leczeniu przerzutowego raka stercza wrażliwego na kastrację [11].

W naszym badaniu co najmniej 80,6% pytanym lekarzy nigdy nie zastosowało nowych cząsteczek w leczeniu chorych z przerzutowym rakiem stercza. Fakt ten może wynikać z ograniczonej możliwości udziału w badaniach klinicznych, ograniczonej dostępności do oddziałów onkologii klinicznej i pracujących tam specjalistów lub niedostatecznej wiedzy na ten temat. Istotną część respondentów stanowili urolodzy, co może także tłumaczyć brak dostępu do nowych terapii

i zarazem rzadkie ich stosowanie w uogólnionym raku gruczołu krokowego.

Faza oporności na kastrację raka stercza (*castration resistant prostate carcinoma* – CRPC) to określenie raka gruczołu krokowego dotyczące sytuacji, w której choroba postępuje pomimo kastracyjnego stężenia testosteronu w surowicy krwi (poziom testosteronu w surowicy <50 ng/dl lub 1,7 nmol/l). Stan ten definiujemy poprzez wznowę biochemiczną – wzrost stężenia PSA (trzy kolejne wzrosty w odstępie tygodniowym skutkujące dwoma 50% wzrostami ponad nadir PSA oraz stężenie PSA >2 ng/ml) lub progresję radiologiczną (pojawienie się nowych zmian ocenianych przy użyciu kryteriów RECIST 1.1 – dwie lub więcej nowych zmian kostnych albo zmiany w tkankach miękkich), zawsze pamiętając o oznaczeniu stężenia testosteronu, które powinno być kastracyjne. Wybór metody leczenia CRPC powinien zależeć od obecności/nasilenia objawów choroby i obecności/braku przerzutów odległych, ale także od stanu ogólnego chorego, chorób współistniejących oraz oczekiwań pacjenta. Według zaleceń towarzystw naukowych metody leczenia I linii przerzutowego CRPC obejmują: chemioterapię (docetaksel), tzw. nową hormonoterapię (octan abirateronu i enzalutamid) oraz immunoterapię (Sipuleucel-T). Wciąż brakuje badań klinicznych porównujących skuteczność powyższych metod leczenia, które w sposób wiarygodny określałyby przewagę jednej formy terapii nad inną [12]. Pomimo jedynie marginalnej korzyści w zakresie wydłużenia przeżycia, pacjenci podczas terapii przerzutowego CRPC zarówno I, jak i II rzutu nadal powinni otrzymywać analogi LHRH [13].

Leczenie CRPC w polskich warunkach nieco odbiega od zaleceń towarzystw naukowych, co spowodowane jest przede wszystkim ograniczeniami związanymi z refundacją terapii. Główną metodą leczenia przerzutowego raka gruczołu krokowego pozostaje chemioterapia z udziałem docetakselu. Octan abirateronu jest opcją terapeutyczną dla pacjentów z potwierdzoną progresją choroby po zastosowaniu chemioterapii z udziałem docetakselu. Od niedawna istnieje również możliwość zastosowania tego leku przed chemioterapią u chorych bez objawów lub z objawami o nieznacznym nasileniu, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie. Obecnie w polskich warunkach możliwe jest również zastosowanie enzalutamidu przy stwierdzeniu progresji choroby po zakończeniu leczenia docetaksel [14].

W naszym badaniu w przypadku rozpoznania raka gruczołu krokowego opornego na kastrację prawie połowa lekarzy (49,6%) stosuje manipulacje hormonalne: dodaje antyandrogen do analogu LHRH lub

antagonisty LHRH, zmienia analog LHRH na inny lek z tej samej grupy, zmienia analog LHRH na antagonistę LHRH lub odstawia antyandrogen w trakcie terapii MAB. Prawie co dziesiąty lekarz włącza sterydoterapię (9,3%). Jeden na dwudziestu (5,6%) lekarzy nie zmienia. Zgodnie z zaleceniami EAU poza deprywacją androgenową wskazane jest wdrożenie kolejnej terapii (chemioterapia, nowoczesna hormonoterapia, rad-223) w fazie CRPC, jednak rodzaj jej wciąż pozostaje dyskusyjny. W badaniu Crawforda oceniającym rolę urologów w leczeniu pacjentów z opornym na kastrację rakiem stercza (wówczas definiowanym jako „hormonooporny rak gruczołu krokowego”) tylko 30% badanych urologów zalecało chemioterapię. W pracy tej stwierdzono także, iż prawie połowa ankietowanych wykazywała zainteresowanie poszerzeniem wiedzy dotyczącej chemioterapii jako formy leczenia, którą mogliby zastosować u swoich pacjentów.

W naszym badaniu ponad połowa ankietowanych lekarzy (56,1%) w przypadku rozpoznania CRPC kontynuuje hormonoterapię i kieruje chorego do onkologa. Równocześnie tylko niecała jedna trzecia lekarzy (31,8%) wskazała, że w przypadku skierowania na dalsze leczenie do onkologa pod ich opieką pozostaje znacząca większość (81–100%) pacjentów. Prawie jedna dziesiąta pytanych wskazała, że jest to od 0% do 10% pacjentów. Należy zwrócić uwagę, iż na pytania odpowiadali lekarze różnych specjalności, także onkolodzy (10%), co niewątpliwie ma wpływ na przedstawione wyniki. Według wytycznych EAU, w fazie CRPC zaleca się stosowanie poza deprywacją androgenową także dodatkowych form leczenia [15]. W badaniu Engel-Nitz i współpracownicy dostrzeżono różnice w leczeniu pacjentów z CRPC ordynowanym przez lekarzy różnej specjalności – częstość stosowania hormonoterapii w połączeniu z chemioterapią była istotnie wyższa wśród pacjentów leczonych przez onkologów niż urologów [16].

W tym miejscu nasuwa się pytanie, czy opieka nad pacjentem z przerzutowym rakiem stercza powinna mieścić się w kompetencjach urologa, onkologa, czy może w takich przypadkach należy zastosować podejście zespołowe w celu zmaksymalizowania jakości opieki. Czy takie samo podejście dotyczy chorych w fazie CRPC? Na pytanie jednoznacznie odpowiadają aktualne rekomendacje, między innymi wytyczne EAU, zalecają, iż pacjent z przerzutowym rakiem stercza powinien być leczony przez zespół multidyscyplinarny [17].

Tylko połączenie fachowej wiedzy i doświadczenia specjalistów różnych dziedzin umożliwi zapewnienie optymalnej opieki pacjentowi. Podczas gdy ustalenie diagnozy oraz leczenie raka stercza ograniczonego do narządu jest zwykle domeną urologów, w opiece nad

pacjentem z chorobą rozсіяną konieczna jest współpraca między urologiem, onkologiem klinicznym oraz radioterapeutą, choć ten pierwszy często pozostaje lekarzem podstawowym, kontynuując zasadniczą opiekę nad chorym. Podejście takie zapewnia kompleksowy nadzór nad pacjentem, który jest szczególnie ważny w przypadku choroby w stadium rozсіяnym oraz raka stercza opornego na kastrację [18, 19].

Wydaje się, że środowisko lekarskie rozumie, jak ważną rolę w opiece nad takim pacjentem stanowi współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalności. W naszym badaniu 86% badanych lekarzy uważa, że zespół multidyscyplinarny jest ważny lub bardzo ważny w leczeniu chorych na raka gruczołu krokowego. Podobnie w brytyjskim badaniu prawie wszyscy ankietowani lekarze określili pracę zespołową oraz uczestnictwo w spotkaniach zespołu multidyscyplinarnego za ważne [20]. Jednak pomimo rozumienia istotności zespołu różnych specjalistów, tylko 22,4% lekarzy w analizowanym przez nas badaniu decyzje terapeutyczne podejmuje w zespole multidyscyplinarnym. Być może wytłumaczeniem tak niewielkiego odsetka jest fakt, iż większość ankietowanych lekarzy pracuje w szpitalu miejskim, poradniach w ramach NFZ, czy gabinetach prywatnych, w których jest utrudniony dostęp do konsultacji wielodyscyplinarnej. Podejście multidyscyplinarne, obejmujące skoordynowane przedstawienie wszystkich opcji terapeutycznych pacjentowi, może poprawić wyniki leczenia i zmniejszyć poczucie rozczarowania po leczeniu (*treatment regret*) [21, 22]. Jak pokazują badania, na poczucie krzywdy i żalu po zastosowanej nieskutecznej terapii wpływa także pasywna postawa lekarza w momencie podejmowania decyzji terapeutycznej [23].

W medycynie rozróżniane są dwa modele relacji lekarz–pacjent: model paternalistyczny, w którym lekarz samodzielnie wybiera i narzuca metodę leczenia, oraz model partnerski, kiedy pacjent współuczestniczy w planowaniu działania terapeutycznego. Ze względu na specyfikę raka gruczołu krokowego – przewlekły charakter tej choroby, potrzebę monitorowania jej przebiegu, a także mnogość czynników wpływających na wybór metody leczenia – relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem powinna mieścić się w modelu partnerskim i opierać na wzajemnym zaufaniu. W naszym badaniu ponad 65% lekarzy przedstawia pacjentom wszystkie opcje terapeutyczne i udziela szczegółowych informacji, zaś ostateczny wybór pozostawia choremu. Niewiele ponad 10% lekarzy podejmuje decyzję dotyczącą metody leczenia samodzielnie i następnie proponuje ją pacjentowi. Odmienny obraz relacji lekarz–pacjent przedstawiono w hiszpańskim badaniu, w którym większość pacjentów dotkniętych rakiem gruczołu krokowego oceniła swoją relację z le-

karzem jako paternalistyczną, a tylko mniej niż jedna czwarta badanych wskazała na możliwość uczestniczenia w podejmowaniu decyzji terapeutycznych na jakimkolwiek etapie choroby [24]. Zadaniem lekarza jest przedstawienie w sposób zrozumiały dla pacjenta patomechanizmu jego choroby oraz dostępnych możliwości terapeutycznych – pacjenci powinni mieć pełną świadomość możliwych korzyści i działań niepożądanych proponowanych form terapii. Jest to właściwe podejście, które umożliwi podjęcie wspólnego wyboru optymalnej dla pacjenta metody leczenia [25]. Należy pamiętać, że wybór danej terapii wpływa w znaczący sposób na jakość życia pacjenta, dlatego tak ważne jest, aby przed podjęciem terapii był on świadomy skutków ubocznych proponowanej metody leczenia. Fakt ten w istotny sposób wpływa na zminimalizowanie ewentualnego rozczarowania po rozpoczęciu leczenia [26].

Podsumowanie

W podsumowaniu należy stwierdzić, iż dla istotnej części respondentów w naszej pracy radykalna prostatektomia stanowi pierwszy wybór metody leczenia raka gruczołu krokowego, co jest zgodne z najnowszymi wytycznymi EAU, które rekomendują tę metodę jako jedną z opcji terapeutycznych w tym stadium choroby [27]. Podstawową metodą depriwacji androgenowej wybieraną w naszym badaniu było stosowanie analogu LHRH, co pozostaje zgodne z wyżej wymienionymi wytycznymi. Tylko około połowy respondentów odsyła chorego do onkologa w fazie oporności na kastrację

celem wdrożenia kolejnej linii leczenia. Należy zwrócić uwagę na wytyczne EAU zalecające wdrożenie kolejnych linii terapii w fazie CRPC, jeśli tylko stan ogólny chorego umożliwi ich zastosowanie. Trudności w dostępie do różnych specjalistów, ale także brak przekonania co do ważności roli zespołu wielodyscyplinarnego może tłumaczyć przedstawiony wcześniej wniosek. Dwie trzecie lekarzy przedstawia różne, możliwe w danej sytuacji, opcje terapeutyczne choremu przed wyborem ostatecznego sposobu leczenia. Pozostali respondenci ściśle preferują jedną opcję terapeutyczną.

Jest wiele obszarów dotyczących leczenia raka gruczołu krokowego, które pozostają przedmiotem dyskusji. Wciąż trwa poszukiwanie optymalnych strategii i standardów leczenia pacjentów z rozpoznany rakiem stercza, w tym także w fazie uogólnionej tej choroby. Zgodnie z naszą wiedzą, w Polsce nie ma wielu badań oceniających praktykę kliniczną polskich lekarzy opiekujących się pacjentami z rakiem gruczołu krokowego. Potrzebne są prace analizujące ten aspekt, a także porównujące wyniki z najnowszymi zaleceniami towarzystw naukowych. ■

dr n. med. **Roman Sosnowski**

Klinika Nowotworów Układu Moczowego
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

lekarz **Olga Kuczkiewicz**

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

lekarz **Katarzyna Moskal**

Mazowiecki Szpital Bródnowski, Warszawa

mgr **Łukasz Dobski**

Brass Research&Development, Warszawa

Piśmiennictwo:

- Moore MJ, O'Sullivan B, Tannock IF: How expert physicians would wish to be treated if they had genitourinary cancer. *J Clin Oncol* 1988; 6(11):1736–1745.
- Fowler FJ, McNaughton Collins M, Albertsen PC, Zietman A, et al.: Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. *Jama* 2000; 283(24): 3217–3222.
- Moore MJ, O'Sullivan B, Tannock IF: How expert physicians would wish to be treated if they had genitourinary cancer. *J Clin Oncol* 1988; 6(11): 1736–1745.
- Fowler FJ, op. cit.
- Jang TJ, Bekelman JE, Liu Y, Bach PB, et al.: Physician Visits prior to Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. *Arch Intern Med* 2010 Mar 8; 170(5): 440–450.
- Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Bolla M, Bourke L, Cornford P, De Santis M, Henry A, Joniau S, Lam T, Mason MD, Van den Poel H, Van den Kwast TH, Rouvière O, Wiegel T: Members of the EAU – ESTRO – ESUR – SIOG Prostate Cancer Guidelines Panel. EAU – ESTRO – ESUR – SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. 978-94-92671-02-8. Publisher: EAU Guidelines Office. Place published: Arnhem, The Netherlands.
- Mottet N, op. cit.
- Villeda-Sandoval CJ, et al.: PCUMex survey: Controversies in the management of prostate cancer among Mexican urologists. *Revista Mexicana de Urología* 2016; 76(3): 141–147.
- Mottet N, op. cit.
- Mottet N, op. cit.
- Mottet N, op. cit.
- Mottet N, op. cit.
- Mottet N, op. cit.
- Rogowski W, Grzęda Ł, Żolnierek J: Management of patients with metastatic castration-resistant prostate cancer – second-line treatment options according to the Polish National Health Found therapeutic program. *Oncology in Clinical Practice* 2018; 12(3): 148–155.
- Mottet N, op. cit.
- Engel-Nitz NM, Alemayehu B, Parry D, Nathan F: Differences in treatment patterns among patients with castration-resistant prostate cancer treated by oncologists versus urologists in a US managed care population. *Cancer Manag Res* 2011; 3: 233–245.
- Rekomendacje EAU, NICE.
- Fitzpatrick JM, Anderson J, Sternberg CN, et al.: Optimizing treatment for men with advanced prostate cancer: expert recommendations and the multidisciplinary approach. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 68(Suppl 1): S9–S22.
- Montagut C, Albanell J, Bellmunt J: Prostate cancer. Multidisciplinary approach: a key to success. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 68(Suppl 1): S32–S36.
- Lamb BW, Sevdalis N, Taylor C, Green V: Multidisciplinary team working across different tumour types: analysis of a national survey. *Annals of Oncology* 2012; 23(5): 1293–1300.
- Diefenbach MA, Mohamed NE: Regret of treatment decision and its association with disease-specific quality of life following prostate cancer treatment. *Cancer Invest* 2007; 25: 449–457.
- Hu JC, Kwan L, Krupski TL, et al.: Determinants of treatment regret in low-income, uninsured men with prostate cancer. *Urology* 2008; 72: 1274–1249.
- Davison BJ, So AI, Goldenberg SL: Quality of life, sexual function and decisional regret at 1 year after surgical treatment for localized prostate cancer. *BJU Int* 2007; 100: 780–785.
- Ruiz-Morl R, et al.: Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns* 2006 Dec 64: 242–248. Epub 2006 Apr 4
- Xu J, Dailey RK, Eggly S, Neale AV, Schwartz KL: Men's Perspectives on Selecting Their Prostate Cancer Treatment. *J Natl Med Assoc* 2011 Jun; 103(6): 468–478.
- Aning JJ, Wassersug RJ, Goldenberg SL: Patient preference and the impact of decision-making aids on prostate cancer treatment choices and post-intervention regret. *Curr Oncol* 2012; 19(Suppl 3): 37–44.
- Mottet N, op. cit.