

CO WARTO WIEDZIEĆ

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
oraz Fundacja Tam i z Powrotem
przedstawiają:

RAK ŻOŁĄDKA



Patronat merytoryczny: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

BEZPŁATNY



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

WWW.PROGRAMEDUKACJIONKOLOGICZNEJ.PL

Kierując się poczuciem odpowiedzialności i chęcią rozwoju metod wspierania chorych na nowotwory i ich rodzin, środowiska medycznego, wolontariuszy, a także będąc świadomymi potrzeby współdziałania – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Fundacja „Tam i z powrotem” rozpoczęły w 2014 roku realizację Programu Edukacji Onkologicznej.

Program Edukacji Onkologicznej ma na celu upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy.

Do współpracy przy realizacji programu zaproszeni zostali Partnerzy oraz Sponsorzy, bez których wsparcia nie byłaby możliwa kontynuacja założeń programowych.

W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania programu oraz jego rozwoju.

Patronaty:



MINISTER
EDUKACJI
NARODOWEJ



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych



SEKCJA
DERMATOLOGII
ONKOLOGICZNEJ



Dziękujemy, że jesteście z nami!

Celem niniejszego poradnika jest ułatwienie dostępu do informacji o zagadnieniach związanych z chorobą nowotworową. Jakkolwiek Fundacja Tam i z powrotem informuje, iż wszelkie zawarte w poradniku treści mają charakter wyłącznie informacyjny. Zawsze w pierwszej kolejności należy kierować się zaleceniami lekarza prowadzącego.

Treści zawarte w poradniku nie mogą być traktowane jako konsultacje czy porady. Osoby korzystające z niniejszego opracowania powinny zawsze skonsultować prezentowane tu informacje z lekarzem. Zarówno Fundacja, jak i pracownicy i założyciele nie biorą na siebie odpowiedzialności za niewłaściwe zrozumienie ani wykorzystanie zawartych tu informacji. Pomimo, iż Fundacja dba o rzetelność redakcyjną i merytoryczną zawartych informacji, jakiegokolwiek ryzyko korzystania z poradnika i zamieszczonych tu informacji ponoszą wyłącznie osoby z niego korzystające.

Opracowanie: lek. med. Maciej Kawecki
Konsultacja merytoryczna: Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski

Redakcja: Katarzyna Kowalska, Ewa Podymniak
Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński

PRIMOPRO 2024

ISBN: 978-83-65908-98-8



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.programedukacjaonkologicznej.pl



Na stronie Programu dostępne są m. in.

- poradniki dla pacjentów i bliskich
- poradniki dla wolontariuszy
- mapa miejsc, w których dostępne są poradniki
- bezpłatne wersje ponad 40 publikacji do bezpłatnego pobrania w formacie PDF
- możliwość odczytu poradników on-line!



www.facebook.com/ProgramEdukacjiOnkologicznej



FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomżenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Jednym z głównych zadań Fundacji jest prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjno-promocyjnej. Działalność ta ma na celu podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Jesteśmy organizatorem akcji wydawniczej, której celem jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiałym i przystępnym sposób. Wydawane w ramach akcji poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w fundacjach i stowarzyszeniach w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym ponad 3,7 miliona egzemplarzy poradników. Zainteresowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję wydawniczą Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

W ramach akcji prowadzone są dwie serie wydawnicze, w ramach których zostały wydane następujące pozycje:

Seria wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!”:

1. Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
2. Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.
3. Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.
4. Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.
5. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.
6. Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
7. Żywnie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
8. Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.
9. Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
10. Mój rodzic ma nowotwór. Poradnik dla nastolatków.
11. Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
12. Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
13. Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie.
14. Gdy nowotwór powraca. Poradnik dla osób z nawrotem choroby i ich bliskich.
15. Leczenie onkologiczne w domu pacjenta.
16. Leczenie żywieniowe. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich.

Seria wydawnicza „Co warto wiedzieć”:

Co warto wiedzieć. Rak skóry, czerniak i znamiona skóry.
Co warto wiedzieć. Rak płuca.
Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory.
Co warto wiedzieć. Rak nerki.
Co warto wiedzieć. Przerzuty nowotworowe w kościach.
Co warto wiedzieć. Rak piersi.
Co warto wiedzieć. Rak gruczołu krokowego.
Co warto wiedzieć. Rak jelita grubego.
Co warto wiedzieć. Badania kliniczne.
Co warto wiedzieć. Białaczka.
Co warto wiedzieć. Rak wątroby.
Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy.
Co warto wiedzieć. Rak jajnika.
Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy.
Co warto wiedzieć. Immunoterapia.
Co warto wiedzieć. Rak tarczycy.
Co warto wiedzieć. Niedokrwistość w chorobie nowotworowej.
Co warto wiedzieć. Szpiczak.
Co warto wiedzieć. Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym.
Co warto wiedzieć. Działania niepożądane.
Co warto wiedzieć. Prawą pacjenta.
Co warto wiedzieć. Leki biopodobne.
Co warto wiedzieć. Chłoniak Hodgkina.
Co warto wiedzieć. Nowotwory głowy i szyi.
Co warto wiedzieć. Zakażenia wirusowe u pacjentów z chorobą nowotworową.
Co warto wiedzieć. Rak pęcherza moczowego.
Co warto wiedzieć. Rak trzustki.
Co warto wiedzieć. Rak żółtka.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Programu Edukacji Onkologicznej:
www.programedukacjonkologicznej.pl.

Skontaktuj się z nami:

- jeśli jesteś zainteresowany otrzymaniem poradników (osoba prywatna):
biuro.primopro@gmail.com
- jeśli jesteś zainteresowany dystrybucją poradników: zarejestruj się na stronie
www.programedukacjonkologicznej.pl

Jesteśmy też na Facebook'u i Twitterze!

Jeśli chcesz nam pomóc w poradniku znajdziesz przygotowany przekaz pocztowy. Wystarczy wyciąć, uzupełnić o wybraną kwotę, dokonać wpłaty na poczcie lub w oddziale wybranego banku i gotowe!

Dziękujemy, że jesteście z nami!

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
1. Żołądek – podstawowe informacje	8
2. Rak gruczołowy żołądka – podstawowe informacje.....	9
3. Czynniki ryzyka zachorowania na raka żołądka	10
4. Epidemiologia raka żołądka	11
5. Objawy raka żołądka.....	11
6. Diagnostyka i rozpoznanie raka żołądka	12
7. Leczenie radykalne	13
8. Leczenie paliatywne	15
9. Odżywianie i aktywność fizyczna u chorych na raka żołądka	18
10. Wsparcie psychologiczne	20
11. Obserwacja po leczeniu	20
12. Źródła wsparcia.....	20
13. Badania kliniczne	20
14. Słowniczek	22

Wstęp

Poniższa publikacja powstała w celu dostarczenia chorym i ich bliskim podstawowych informacji na temat diagnostyki i leczenia chorych na raka gruczolowego żołądka. Chociaż pisana z perspektywy lekarza onkologa, co bywa pewnym utrudnieniem, ma na celu pokazanie szerokiego zakresu problemów chorych na raka żołądka z uwzględnieniem możliwie wielu obszarów działania. Jednocześnie trzeba przyznać, że nie sposób w ramach jednej publikacji opisać całość problematyki raka żołądka, a także, że każdy z chorych na raka żołądka ma własną historię i własne problemy, które wcale nie muszą być typowe i wspólne z innymi chorymi. Liczymy jednak, że poniższy zbiór informacji może stanowić bazę, która będzie podstawą dla szukania własnych – indywidualnych – rozwiązań zaistniałych problemów.

Proszę pamiętać, że nie ma jednego sposobu chorowania, zwłaszcza w wypadku raka żołądka, który jest chorobą bardzo zróżnicowaną, co w przełożeniu na prostszy język oznacza istotne różnice w przebiegu choroby u poszczególnych chorych. Nie ma jednego i uniwersalnego rozwiązania dla wszystkich chorych, chociaż wiele elementów diagnostyki oraz leczenia jest wystandaryzowanych i przebiega podobnie u większości chorych. Standaryzacja jest korzystna – oznacza zachowanie wymaganej jakości diagnostyki i leczenia u wszystkich chorych, chociaż nie zawsze odpowiada na

mniej typowe problemy konkretnych chorych. Rozsądne jest uwzględnienie woli i potrzeb poszczególnych chorych oraz jego bliskich na wszystkich etapach diagnostyki oraz leczenia. Proszę jednak pamiętać, że prezentowanie proaktywnej postawy względem choroby wcale nie jest łatwiejsze dla chorego i jego rodziny. Wymaga ono nie tylko zaangażowania, ale też nabycia pewnego zakresu wiedzy na temat aktualnej sytuacji zdrowotnej, zakresu możliwych działań i ograniczeń związanych z chorobą. Niemniej tylko w ten sposób – dzięki współpracy chorego i jego rodziny oraz różnych członków zespołu prowadzącego leczenie – można zindywidualizować leczenie, tak aby maksymalnie odpowiadało na indywidualne potrzeby. Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja i zawarte w niej informacje pomogą w tym procesie.

Chcielibyśmy zwrócić także uwagę, że niniejszy poradnik jest dedykowany chorym na raka gruczolowego żołądka, który jest najczęstszym rodzajem nowotworu złośliwego wywodzącego się z żołądka (95% przypadków), ale nie jest jedynym. Zawarte w tym poradniku informacje mogą być pomocne także dla chorych z innymi nowotworami żołądka, takimi jak nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (ang. gastrointestinal stromal tumors; GIST) lub nowotwory neuroendokrynne, ale należy mieć wówczas na uwadze znaczne różnice w diagnostyce, leczeniu oraz rokowaniu między tymi nowotworami a rakiem gruczolowymi żołądka, których omówienie przekracza ramy obecnej publikacji.

1. Żołądek – podstawowe informacje

Żołądek jest narządem trawiennym, który stanowi część przewodu pokarmowego. Jest umiejscowiony w przebiegu przewodu pokarmowego między przełykiem i dwunastnicą. Patrząc z zewnątrz na ludzki organizm, znajduje się w środkowej części nadbrzusza, poniżej dolnego brzegu mostka. Podobnie jak inne elementy przewodu pokarmowego jest narządem warstwowym – składa się z błony śluzowej wyściełającej wewnątrz żołądka i mającej kontakt ze znajdującym się w nim pokarmem, błony podśluzowej, błony mięśniowej oraz błony surowiczej otaczającej żołądek od zewnątrz. Najbardziej interesuje nas błona śluzowa, ponieważ z tej warstwy żołądka wywodzi się ten rak gruczolowy. Fizjologicznie błona śluzowa odpowiedzialna jest za produkcję kwasu żołądkowego i wydzielanie enzymów trawiennych oraz osłonę ściany żołądka przed drażniącym działaniem jego zawartości.

Z uwagi na bezpośredni kontakt z treścią pokarmową, jest to też ta warstwa, w której najczęściej rozwijają się stany chorobowe. Pozostałe warstwy stanowią swego rodzaju rusztowanie, decydujące o kształcie żołądka i odpowiadające za czynność ruchową żołądka, niezbędną do przemieszczania pokarmu do dwunastnicy.

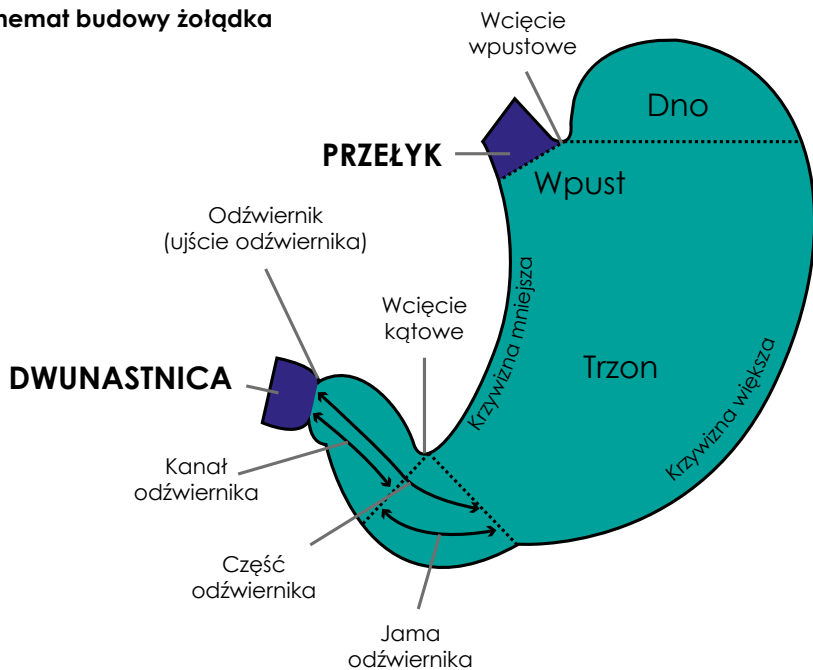
Struktura ściany żołądka, wraz z przebiegającymi przez nią naczyniami krwionośnymi, limfatycznymi oraz nerwami, ma także znaczenie przy rozwoju raka gruczolowego żołądka – stano-

wi anatomiczną barierę dla procesu rozrostowego, a stopień naciekania ściany żołądka bezpośrednio odzwierciedla stopień zaawansowania procesu nowotworowego.

Anatomicznie żołądek podzielony jest na wpust (część żołądka bezpośrednio łączącą się z przełykiem), dno żołądka między wpustem i trzonem, trzon żołądka (największa część) oraz okolice przedodźwiernikową z odźwiernikiem (część bezpośrednio łączącą żołądek z dwunastnicą). Zarówno wpust, odpowiadający wejściu do żołądka, jak i odźwiernik, odpowiadający wyjściu z żołądka, zawierają elementy mięśniowe mogące zamykać i otwierać dostęp i wyjście z żołądka, regulując w ten sposób zachodzące w żołądku procesy trawienne. Dno, trzon oraz okolice przedodźwiernikowa są częściami żołądka, w których – dzięki wydzielanemu przez błonę śluzową kwasowi żołądkowemu oraz enzymom trawiennym – rozpoczyna się proces trawienia. Jednocześnie silna błona mięśniowa żołądka – podczas naprzemiennego kurczenia się i rozkurczania – rozdrabnia i miesza treść pokarmową, umożliwiając właściwą penetrację kwasu żołądkowego i odpowiednich enzymów. Po odpowiednio długiej obróbce w żołądku treść pokarmowa przemieszcza się dalej do dwunastnicy oraz kolejnych elementów przewodu pokarmowego.

Fizjologicznie podstawową funkcją żołądka jest opisany powyżej proces trawienia. Wyjątkową cechą żołądka są panujące w jego wnętrzu warunki chemiczne, które są spowodowane

Schemat budowy żołądka



obecnością wchodzącego w skład soku żołądkowego kwasu solnego. Kwaśne środowisko wnętrza żołądka jest sposobem zabezpieczenia dalszych elementów przewodu pokarmowego przed obecnością dostających się wraz z pokarmem drobnoustrojów, a także sprzyja działaniu enzymów trawiennych zawartych w soku żołądkowym. Niestety, wyjątkowe warunki panujące w żołądku odpowiadają także za specyficzne problemy, do których może dojść w wypadku rozregulowania jego funkcji. Prawie każdy zna nieprzyjemne uczucie refluksu żołądkowo-przełykowego, zwanego potocznie zgagą, prawdopodobnie najczęstszego objawu problemów w funkcjonowaniu żołądka.

2. Rak gruczolowy żołądka – podstawowe informacje

Rak gruczolowy żołądka jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z komórek błony śluzowej żołądka i może dotyczyć każdej – spośród opisanych powyżej – części anatomicznych żołądka, chociaż najczęściej rozwija się okolicy przedodźwiernikowej. Bezpośredni mechanizm powstawania raka żołądka, tak jak i innych nowotworów, nie jest całkowicie poznany. Wiemy jednak, że cały proces rozpoczyna się od nagromadzenia się zaburzeń molekularnych w obrębie komórek błony śluzowej, które powodują nabywanie zdolności do niekontrolowanego podziału przez pojedyncze komórki prekursorowe raka i – w konsekwencji – powstanie nowotworu. Dalszy wzrost

zmiany nowotworowej prowadzi do bezpośredniego naciekania kolejnych warstw ściany żołądka i naczyń krwionośnych oraz limfatycznych.

Jednocześnie sam proces nowotworowy nie jest statyczny i ulega zmianom, wraz z gromadzeniem dalszych zaburzeń molekularnych. W większości przypadków dochodzi do sytuacji, w której – z powodu nabytych zaburzeń – komórki nowotworu nabywają umiejętności nie tylko naciekania okolicznych struktur, ale także przetrwania poza obrębem pierwotnego nacieku. Konsekwencją tego jest możliwość przemieszczania się komórek nowotworowych naczyniami krwionośnymi lub limfatycznymi, co może umożliwić powstanie przerzutów. Stopień zajęcia struktury samego żołądka, okolicznych węzłów chłonnych oraz obecność lub nieobecność przerzutów odległych są czynnikami określającymi stopień zaawansowania raka żołądka, który bezpośrednio przekłada się na możliwości leczenia.

3. Czynniki ryzyka zachorowania na raka żołądka

Pomimo braku pełnego zrozumienia mechanizmu powstawania raka żołądka, dysponujemy wiedzą na temat niektórych czynników ryzyka zwiększających ryzyko rozwoju raka żołądka, do których należą:

- wysoka zawartość soli w diecie (zwłaszcza stosowanej jako metoda konserwacji żywności) oraz dieta zawierająca produkty wysokoprzetworzone oraz wędzone;

- dieta uboga w świeże owoce i warzywa;
- zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*, powodujące przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka, które zwiększa ryzyko przekształcenia w nowotwór;
- palenie tytoniu;
- choroby związane z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej żołądka (np. choroba Addisona-Biermera, choroba Menetriera) lub przebyta częściowa resekcja żołądka;
- polipy żołądka (zwłaszcza polipy gruczolakowe);
- płeć męska;
- zawodowe narażenie na określone czynniki chemiczne;
- niski status socjoekonomiczny;
- zachorowania na nowotwory żołądka w rodzinie;
- niektóre zespoły genetyczne związane z większym ryzykiem rozwoju raka żołądka (np. zespół dziedzicznego rozlanego raka żołądka lub zespół Lynch).

Jednak u wielu chorych z rozpoznany rakiem gruczolowym żołądka nie stwierdza się istotnych czynników ryzyka, które uzasadniają powstanie nowotworu. Na tyle, na ile obecnie rozumiemy proces powstawania raka, należy przyznać, że w znacznej części

jest to proces losowy, niemożliwy do przewidzenia. Oczywiście nie powinno to stanowić wymówki do braku modyfikacji tych czynników ryzyka, na które mamy wpływ. Rzucenie palenia lub ograniczenie spożywania produktów wysokoprzetworzonych w dziecię nie stanowi gwarancji na uniknięcie rozwoju procesu nowotworowego, ale korzystnie wpływa na stan zdrowia i zmniejsza ryzyko rozwoju wielu różnych nowotworów.

4. Epidemiologia raka żołądka

Obecnie w Polsce każdego roku rozpoznaje się ponad 4 tysiące zachorowań na raka żołądka (4359 nowych przypadków w 2021).

Co ciekawe, od blisko 50 lat obserwuje się malejącą zachorowalność na raka gruczołowego żołądka – jeszcze na początku lat 80. XX wieku rak żołądka był jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych, a obecnie jest na 5. lub 6. miejscu, zależnie od płci, pod względem częstości występowania.

Znaczny spadek zachorowalności wiąże się ze zmianami sposobu odżywiania oraz zmianami sposobu konserwacji żywności (np. ograniczenie wykorzystywania związków azotowych).

Jednocześnie nowotwór ten nadal pozostaje istotnym wyzwaniem z uwagi na częste rozpoznanie w znacznym stopniu zaawansowania oraz wysokie ryzyko nawrotu choroby u chorych, u których udało się rozpoznać nowotwór w mniejszym stopniu zaawansowania.

5. Objawy raka żołądka

Rak żołądka, podobnie do większości innych nowotworów przewodu pokarmowego, może przez długi czas nie dawać charakterystycznych objawów, co jest jedną z przyczyn późnego rozpoznawania choroby.

Początkowo objawy są bardzo niespecyficzne i obejmują uczucie pieczenia w żołądku i przełyku (zgaga), któremu czasem towarzyszy uczucie podbijania treści pokarmowej (reflaks), a także niewielkie nudności, odbijania lub wzdęcia (zwłaszcza po posiłkach). Niespecyficzne objawy występują dość powszechnie we wszystkich – nie tylko nowotworowych – problemach z przewodem pokarmowym, co może uśpić czujność i opóźnić wdrożenie diagnostyki.

Bardziej typowe dla choroby nowotworowej objawy (np. niezamierzona utrata masy ciała w krótkim czasie, nasilony ból w nadbrzuszu, ból lub uczucie przeszkody przy przełykaniu i wymioty) są objawami najczęściej związanymi z większym zaawansowaniem procesu nowotworowego. U niektórych chorych pierwszym objawem zaawansowanego raka żołądka może być dopiero masywne krwawienie z przewodu pokarmowego pod postacią krwistych wymiotów lub smolistych stolców. Najczęściej towarzyszy temu gwałtowne pogorszenie stanu sprawności chorego i znaczne osłabienie, związane z nasiloną niedokrwistością. Spektrum objawów ściśle jest związane z lokalizacją oraz prędkością wzrostu nowotworu.

Niespecyficzne objawy mogą opóźnić rozpoznanie, w związku z czym zawsze przy obecności dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego wskazana jest pewna doza czujności onkologicznej. Każdy objaw ze strony przewodu pokarmowego trwający dłużej niż 2-3 tygodnie oraz nie ustępujący po typowym leczeniu jest wskazaniem do wykonania badań endoskopowych (gastroskopia) lub obrazowych, mających na celu wykluczenie obecności zmian rozrostowych.

6. Diagnostyka i rozpoznanie raka żołądka

Podstawowym badaniem przy podejrzeniu raka żołądka jest gastroskopia, która polega na badaniu górnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą giętkiego wziernika wprowadzonego przez usta i następnie przetyk aż do żołądka. Badanie to umożliwia obejrzenie wnętrza przewodu pokarmowego (w tym żołądka) i – co również ważne – pobranie biopsji z podejrzanych ognisk. Wykonanie biopsji jest absolutnie niezbędne, gdyż tylko ocena fragmentów guza pod mikroskopem, zwana badaniem histopatologicznym, może stanowić podstawę do postawienia diagnozy raka żołądka. Dodatkowo ocena mikroskopowa umożliwia ocenę pewnych elementów nacieku nowotworowego, które mogą stanowić podstawę do rekomendacji specyficznych metod leczenia – wykorzystuje się do tego oznaczenia immunohistochemiczne, oceniające obecność specyficznych białek na powierzchni guza, lub oznaczenia molekularne, badające konkretne zaburzenia struktury

genetycznej obecne lub nieobecne w danym przypadku raka.

W zaawansowanych przypadkach, u chorych z wykrytymi przerzutami odległymi, możliwe jest wykonanie badania mikroskopowego z materiału uzyskanego z biopsji zmiany przerzutowej. Taki rodzaj biopsji może zostać wykonany przezskórnie, za pomocą odpowiednio długiej igły pozwalającej na ukłucie fragmentu zmiany lub biopsji śródoperacyjnej, wymagającej nacięcia skóry, uwidocznienia zmiany przerzutowej i pobrania jej fragmentu lub wycięcia w całości.

O ile badanie endoskopowe umożliwia potwierdzenie rozpoznania raka żołądka, o tyle badania obrazowe umożliwiają określenie zasięgu raka w obrębie organizmu. Badaniem często wykonywanym jako wstępne badanie obrazowe jest ultrasonografia, umożliwiająca pobieżną ocenę struktury anatomicznej narządów jamy brzusznej. Jest to badanie bardzo przydatne z uwagi na powszechną dostępność, ale niestety zbyt mało dokładne, aby właściwie ocenić stopień zaawansowania.

Podstawowymi badaniami obrazowymi wykorzystywanymi do oceny stopnia zaawansowania choroby są tomografia komputerowa i/lub rezonans magnetyczny. Umożliwiają one dokładną ocenę narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej – wykrywają ogniska podejrzane o przerzutowy charakter, uwidaczniają stopień zajęcia węzłów chłonnych oraz wielkość pierwotnego nacieku

w obrębie żołądka. Najczęściej stosowanym do tego badaniem jest badanie tomografii komputerowej z podaniem jodowego kontrastu dożylnego. Badanie rezonansu magnetycznego wykonywane jest najczęściej u chorych z obecnymi przeciwwskazaniami do podania kontrastu jodowego lub w przypadkach, w których badanie tomografii komputerowej pozostawia wątpliwości. Czasem w takich sytuacjach wykonuje się również badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), chociaż nie jest ono do rutynowego wykonywania w ramach diagnostyki raka żołądka. W praktyce dla większości chorych najbardziej optymalnym i wystarczającym badaniem do oceny stopnia zaawansowania raka żołądka jest tomografia komputerowa.

Celem wykonywania badań obrazowych jest uzyskanie informacji na temat stopnia zaawansowania choroby, co jest warunkiem krytycznym do wyboru właściwej metody leczenia. W ocenie stopnia zaawansowania wykorzystuje się najczęściej skalę TNM, opracowaną przez *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* w celu standaryzacji tego procesu.

W skali TNM określa się zakres naciekania okolicznych struktur przez pierwotne ognisko raka w obrębie żołądka (składowa T), stopień zajęcia regionalnych węzłów chłonnych (składowa N) oraz ewentualną obecność przerzutów odległych (składowa M). Zależnie od łącznej konstelacji składowych T, N i M określa się stopień zaawansowania choroby, opisywany jako 0, I, II, III lub IV. Rak żołądka w stopniach 0,

I, II oraz III może być leczony radykalnie z intencją trwałego wyleczenia. Stopień IV odpowiada chorobie, która z przerzutami odległymi, a leczenie ma wówczas najczęściej na celu jedynie zahamowanie postępu choroby i przeciwdziałanie objawom.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 1 pt. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach serii wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!” i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl.

7. Leczenie radykalne

Leczenie radykalne chorych na raka żołądka ma zawsze charakter wielospecjalistyczny. Krytycznym elementem jest zabieg chirurgiczny, którego celem jest wycięcie całego guza wraz z bezpiecznym marginesem zdrowych tkanek oraz okolicznymi węzłami chłonnymi.

W wypadku raka żołądka oznacza to często całkowitą gastrektomię (usunięcie całego żołądka) wraz z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych (limfadenektomia). Zależnie od umiejscowienia guza, możliwe są także inne zakresy zabiegu operacyjnego (np. częściowa resekcja żołądka lub resekcja żołądka połączona z resekcją dolnego odcinka przełyku), ale zawsze jest konieczne usunięcie odpowiedniej ilości regionalnych węzłów chłonnych.

W wypadku naciekania okolicznych narządów, o ile jest to technicznie możliwe,

wskazane jest radykalne wycięcie guza żołądka wraz z fragmentem naciekanego narządu.

Jednocześnie wiadomo, że w większości przypadków leczenie chirurgiczne powinno zostać poprzedzone chemioterapią, którą stosuje się w przypadkach raka umiejscowionego w dowolnej części żołądka, lub radiochemioterapią, którą stosuje się w przypadkach raka umiejscowionego we wpuście żołądka (jego części łączącej się z przełykiem, zwanej także złączem żołądkowo-przełykowym). Jedynie chorzy z bardzo niewielkimi rakami żołądka mogą być leczeni wyłącznie chirurgicznie (w takich wczesnych stopniach zaawansowania opcją leczenia pozostaje także radykalne wycięcie endoskopowe zmiany nowotworowej, choć w polskich warunkach nie zdarza się to często).

Stosowanie chemioterapii lub radiochemioterapii przed zabiegiem operacyjnym, nazywane leczeniem neoadiuwantowym, ma na celu zmniejszenie wymiarów guza pierwotnego oraz ograniczenie stopnia zajęcia lokoregionalnych węzłów chłonnych, co w konsekwencji ma ułatwić wycięcie całości nowotworu oraz zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby po zabiegu operacyjnym.

W wypadku neoadiuwantowej chemioterapii stosuje się wieloskładnikowe kombinacje leków podawanych zazwyczaj dożylnie, z których obecnie najczęściej stosowany jest schemat FLOT (docetaksel, oksaliplatyna i fluorouracyl z leukoworyną lub lewofoliakiem). Standardowo przed zabiegiem

operacyjnym podaje się 4 cykle chemioterapii (każdy trwa około 24 godzin) co około 14 dni. Po radykalnym wycięciu chirurgicznym nowotworu poprzedzonym chemioterapią zazwyczaj podaje się także chemioterapię po zabiegu operacyjnym (tzw. chemioterapia adiuwantowa). W wypadku schematu FLOT oznacza to podanie kolejnych 4 cykli chemioterapii pooperacyjnej. Całość chemioterapii neoadiuwantowej oraz adiuwantowej nazywa się chemioterapią okołoperacyjną. Schemat FLOT jest obecnie najskuteczniejszym schematem chemioterapii okołoperacyjnej, ale z uwagi na wieloskładnikowy charakter oraz dużą intensywność leczenia nie zawsze jest możliwe jego zastosowanie w całości. Zależnie od indywidualnych cech chorego dopasowuje się intensywność stosowanej chemioterapii okołoperacyjnej tak, aby możliwie skutecznie zadziałać na nowotwór, nie obciążając nadmiernie chorego (istotne, ponieważ – poza chemioterapią – leczenie składa się także z obszernego zabiegu chirurgicznego).

Druga ze stosowanych strategii leczenia przedoperacyjnego zakłada zastosowanie radiochemioterapii przedoperacyjnej, która polega na napromienianiu z pól zewnętrznych (radioterapia) podawanym na obszar guza z jednoczesnym podaniem chemioterapii dożylniej. Najczęstszym schematem stosowanej radiochemioterapii jest schemat CROSS, składający się z 23 frakcji (seansów) napromieniania wraz z 5 podaniami dożylnymi karboplatyny i paklitakselu. Po zakończonej radiochemioterapii przedoperacyjnej,

podobnie jak w wypadku chemioterapii okołoperacyjnej, chorego poddaje się zabiegowi chirurgicznemu, mającemu na celu wycięcie całego obszaru zajętego nowotworem wraz z węzłami chłonnymi. U chorych, u których po zastosowanej radiochemioterapii przedoperacyjnej obserwuje w pooperacyjnym badaniu patomorfologicznym istotne zaawansowanie procesu nowotworowego, możliwe jest uzupełnienie takiego postępowania o uzupełniającą immunoterapię, trwającą 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym, co zmniejsza ryzyko nawrotu choroby. Należy jednocześnie zaznaczyć, że radiochemioterapia przedoperacyjna jest możliwa tylko u chorych guzem pierwotnym umiejscowionym w okolicy wpustu żołądka.

U części chorych z różnych przyczyn nie można zastosować leczenia neoadiuwantowego i leczenie radykalne rozpoczyna się od zabiegu operacyjnego. Najczęściej dochodzi do tego w momencie pojawienia się nagłych następstw raka żołądka (np. krwawienie lub niedrożność przewodu pokarmowego), kiedy wykonuje się zabieg ze wskazań życiowych. Wskazane jest wówczas rozważenie zastosowania po zabiegu operacyjnym leczenia uzupełniającego (chemioterapia lub rzadziej radiochemioterapia). Niemniej wiemy obecnie, że wyniki leczenia chorych otrzymujących leczenie neoadiuwantowe w postaci chemioterapii lub radiochemioterapii, są lepsze niż chorych pierwotnie leczonych chirurgicznie.

Zastosowanie leczenia radykalnego nie daje niestety gwarancji wyleczenia, a jedynie szansę na to. U wielu chorych dochodzi do nawrotu choroby, najczęściej pod postacią przerzutów odległych i wymagają oni wówczas leczenia paliatywnego. Jednocześnie istotną częścią choroby zostanie trwale wyleczona i ten cel jest zasadniczym sensem intensywnego leczenia radykalnego.

8. Leczenie paliatywne

Chorzy, którzy nie mogą być poddawani leczeniu radykalnemu (najczęściej z powodu obecności przerzutów odległych), powinni otrzymać leczenie paliatywne. Celem leczenia jest wówczas opanowanie objawów choroby oraz maksymalne wydłużenie czasu życia chorych. Leczenie paliatywne może obejmować leczenie chirurgiczne, radioterapię oraz leczenie systemowe. Leczenie systemowe polega na stosowaniu leków działających ogólnoustrojowo (chemioterapia, immunoterapia lub leczenie ukierunkowane molekularnie).

Leczenie chirurgiczne ma ograniczoną rolę w postępowaniu paliatywnym u chorych na raka gruczołowego żołądka i dotyczy przede wszystkim sytuacji nagłych (np. krwawienie z przewodu pokarmowego lub niedrożność).

Z uwagi na fakt, że zabieg chirurgiczny w takiej sytuacji pomaga usunąć jedynie objawowy fragment choroby z pozostawieniem jej pozostałych części, preferowane są możliwie mało inwazyjne rozwiązania. W praktyce najczęściej wykonywane są zabiegi

w celu przywrócenie drożności przewodu pokarmowego, zapewnienia możliwości odżywienia (gastrostomie/jejunostomie) lub usunięcia krwawiącego fragmentu przewodu pokarmowego. Decyzja o podjęciu zabiegu nie zawsze jest oczywista i musi obejmować wszystkie okoliczności związane z chorobą i chorym (przede wszystkim – rokowanie, prawdopodobieństwo usunięcia źródła objawów oraz możliwość powikłania).

Podobna sytuacja dotyczy roli radioterapii. Poddanie napromienianiu objawowemu fragmentu choroby może zredukować lub nawet w całości zlikwidować objawy. Łączną dawkę oraz ilość frakcji radioterapii dobiera się zależnie od lokalizacji i wielkości napromienianej zmiany. Najczęściej radioterapię paliatywną stosuje się jako element leczenia przeciwbólowego, a rzadziej wykorzystuje się w celu opóźnienia krwawienia lub uzyskania kontroli ogniska choroby z progresją. Zależnie od zastosowanej dawki w części przypadków radioterapię można ponowić, co może być jednak ograniczone maksymalną dawką promieniowania, jakie może otrzymać określony narząd.

Podstawową metodą leczenia paliatywnego w zaawansowanym raku gruczołowym żołądka jest leczenie systemowe. Jeszcze do niedawna leczenie systemowe raka żołądka było równoznaczne z zastosowaniem chemioterapii, ale obecnie coraz większą rolę odgrywa połączenie chemioterapii z lekami ukierunkowanymi molekularnie lub immunoterapią. Należy jed-

nak zaznaczyć, że pomimo całego postępu, jaki dokonał się w leczeniu systemowym raka żołądka, podstawą prawie wszystkich stosowanych schematów leczenia pozostaje chemioterapia. Zastosowanie właściwego schematu leczenia systemowego daje szansę na ograniczenie objawów spowodowanych rakiem żołądka przy jednoczesnym wydłużeniu czasu trwania życia. Obecnie dostępne możliwości pozwalają u części chorych zastosowanie kilku linii leczenia systemowego, co znacznie poprawiło rokowanie tej grupy chorych.

Optymalny sposób leczenia pierwszorazowego (tzw. pierwsza linia leczenia) chorych na raka żołądka uzależniony jest od stanu sprawności chorego, obciążenia internistycznych oraz ocenianych w badaniu patomorfologicznym czynników predykcyjnych (czynniki wskazujące na prawdopodobieństwo uzyskania korzyści z leczenia). Najważniejszymi czynnikami predykcyjnymi w raku żołądka są ekspresja białka HER2 oraz ekspresja białka PD-L1. Dodatni stan HER2 – tzn. ekspresja o wartości 3+ w oznaczeniu immunohistochemicznym lub ekspresja 2+ w oznaczeniu immunohistochemicznym z potwierdzoną amplifikacją genu HER2 w oznaczeniu molekularnym nazywanym FISH – jest wskazaniem do zastosowania w ramach pierwszego leczenia dwuskładnikowej chemioterapii zawierającej pochodną platyny (cisplatyna lub oksaliplatyna) z pochodną fluoropirymidyny (kapecytabina lub fluorouracyl) w połączeniu z trastuzumabem (przeciwciało monoklonalne przeciw białku HER2. Za-

stosowanie skojarzenia chemioterapii z trastuzumabem wydłuża czas przeżycia wolnego od progresji choroby oraz czas przeżycia całkowitego. Część chorych z dodatnim stanem HER2 może odnieść korzyść ze skojarzenia chemioterapii, trastuzumabu oraz immunoterapii, co jednak na razie nie jest refundowane w Polsce. U chorych z ujemnym stanem HER2 optymalny schemat pierwszego leczenia zależy od ekspresji białka PD-L1, które najczęściej jest wyrażane w postaci tzw. łącznego wskaźnika predykcyjnego (*combined predictive score*, CPS). Istnieją różne progi odcięcia wskaźnika CPS, ale zasadniczo chorzy z dodatnim wskaźnikiem CPS, niezależnie od definicji, mają wskazania do skojarzenia dwuskładnikowej chemioterapii (pochodna platyny i pochodna fluoropirymidyny) z immunoterapią (obecnie najczęściej – niwolumab lub pembrolizumab).

Dodatek immunoterapii do chemioterapii I linii u chorych z dodatnim wskaźnikiem CPS wydłuża czas przeżycia wolnego od progresji choroby oraz czas przeżycia całkowitego. Chorzy bez ekspresji HER2 oraz z niskimi wartościami wskaźnika CPS są kandydatami do wyłączonej chemioterapii – najczęściej stosuje się oksaliplatynę w połączeniu z fluorouracyłem lub kapecytabiną. Zależnie od potrzeb w ramach leczenia I linii stosuje się także inne leki (np. irynotekan lub docetaksel).

Nie udowodniono naukowo przewagi schematów zawierających 3 leki nad schematami zawierającymi 2 leki. U części chorych w leczeniu paliatyw-

nym zwłaszcza starszych – z obciążeniami internistycznymi lub w gorszym stanie sprawności, należy zachować dużą dozę ostrożności podczas stosowania chemioterapii, tak aby leczenie nie okazało się dla chorego większym obciążeniem od samej choroby. W takich sytuacjach optymalnym postępowaniem może okazać się zastosowanie chemioterapii składającej się z pojedynczego leku lub zastosowanie kombinacji leków w zredukowanych dawkach. Nie ma ściśle zdefiniowanego czasu trwania każdej z linii leczenia systemowego raka żołądka, które najczęściej prowadzi się do progresji (wzrost zmian chorobowych stwierdzony w badaniach obrazowych) lub pogorszenia stanu sprawności chorego (tzw. progresja kliniczna) lub nietolerancji leczenia (wystąpienie nieakceptowalnych działań niepożądanych). Należy zwrócić też uwagę, że pierwotne leczenie chorych na raka żołądka jest obiektem licznych toczących się badań naukowych, co otwiera nowe możliwości, które z czasem mogą zmienić standard postępowania.

Zawsze warto zapytać prowadzącego onkologa klinicznego o możliwość uczestnictwa w badaniach klinicznych lub dostępność potwierdzonych, ale nier refundowanych jeszcze opcji leczenia.

Jeżeli stan ogólny chorego pozwala, po niepowodzeniu I linii leczenia systemowego można rozważyć zastosowanie kolejnych linii leczenia. Obecnie schematem o udokumentowanej największej aktywności jest wówczas połączenie paklitakselu (typowy lek wykorzystywany w chemioterapii)

z ramucyrumabem, który jest lekiem ukierunkowanym molekularnie hamującym powstawanie nowych – nieprawidłowych – naczyń w obrębie nowotworu. Innymi możliwościami postępowania jest stosowanie schematów chemioterapii składających się z pojedynczego leku (np. paklitaksel lub irynotekan).

Analogicznie do sytuacji podczas leczenia I linii, także po niepowodzeniu II linii leczenia można rozważyć dalsze leczenie systemowe. Im bardziej zaawansowany proces nowotworowy, tym bardziej ograniczone są możliwości leczenia systemowego, ale u chorych pozostających w dobrym stanie sprawności można rozważyć w ramach kolejnej linii leczenia zastosowanie doustnego połączenia triflurydyny z tipiracyelem lub jednego z nie wykorzystanych dotychczas leków docelowych.

Na każdym etapie paliatywnego leczenia systemowego warto zwrócić uwagę na optymalizację leczenia objawowego. W praktyce wymaga to często skoordynowania współpracy Oddziału Chemioterapii, Poradni Onkologicznej, Poradni Leczenia Bólu, Poradni Medycyny Paliatywnej, Poradni Żywnościowej oraz Hospicjum Domowego. Wczesne wdrożenie wielodyscyplinarnego leczenia paliatywnego, które powinno uwzględniać charakterystykę nowotworu oraz indywidualną sytuację kliniczną chorego i objawy choroby, poprawia jakość życia. Z perspektywy chorego zawsze warto poprosić o skierowanie na dodatkową konsultację z zakresu medycyny paliatywnej

(zwłaszcza na późniejszych etapach leczenia systemowego).

Możesz zapoznać się także z poradnikami nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, „Co warto wiedzieć. Leczenie celowane”, „Co warto wiedzieć. Immunoterapia”, które dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Programu Edukacji Onkologicznej www.programedukacjonkologicznej.pl

9. Odżywianie i aktywność fizyczna u chorych na raka żołądka

Podobnie do innych nowotworów układu pokarmowego, żywienie jest jednym z krytycznych elementów opieki nad chorymi na raka gruczołowego żołądka. Ubytek masy ciała związany z chorobą i przeciwnowotworowym leczeniem dotyka większości chorych. Specjalne potrzeby wynikają z zaburzeń trawiennych związanych z dysfunkcją żołądka, znacznie zwiększonym zapotrzebowaniu kaloryczno-białkowym oraz specyficznymi następstwami leczenia przeciwnowotworowego (np. następstwa przebytej radioterapii lub chirurgicznego usunięcia części przewodu pokarmowego). Jednocześnie duże różnice między poszczególnymi chorymi utrudniają sformułowanie ogólnych i uniwersalnych zaleceń. Konieczna jest indywidualizacja postępowania (dostosowanie działań medycznych do określonej sytuacji chorych).

Nieoceniona jest pomoc dietetyka klinicznego, umożliwiająca dostosowa-

nie rozwiązań do konkretnych potrzeb chorych. Możliwe elementy postępowania obejmują – między innymi – modyfikację diety (w tym – zwiększenie kaloryczne lub podaży białka) i wdrożenie doustnych produktów wsparcia żywieniowego. W wypadku głębokich dysfunkcji przewodu pokarmowego u części chorych konieczne jest wdrożenie specjalistycznych diet przemysłowych (enteralne – podawane przez zgłębniki bezpośrednio do przewodu pokarmowego lub parenteralne – podawane dożylnie). Zazwyczaj są to rozwiązania krótkoterminowe i pozwalają przetrwać moment kryzysu żywieniowego, ale u części chorych niezbędne może być ich długoterminowe stosowanie.

Możesz zapoznać się także z poradnikami nr 7 pt. „Żywnie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin” oraz nr 16 „Leczenie żywieniowe” które zostały wydane w ramach serii wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!”, dostępne są do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Programu Edukacji Onkologicznej www.programedukacijonkologicznej.pl

W zakresie aktywności fizycznej nie ma pojedynczej prostej recepty dla wszystkich chorych, ale praktycznie wszyscy chorzy mogą odnieść korzyści z właściwej aktywności fizycznej. Szczególnie istotne jest utrzymanie aktywności fizycznej w grupie chorych kwalifikowanych do leczenia radykalnego, u której wskazania jest tzw. prehabilitacja (rehabilitacja wstępna – stosowana jeszcze przed momentem wystąpienia obciążenia fizycznego

związanego z planowanym leczeniem oraz prowadzona w celu przygotowania organizmu do leczenia). Wstępna rehabilitacja może skrócić okres rekonwalescencji po zabiegu i zmniejszyć ilość problemów pooperacyjnych. Nie ma jeszcze obecnie ujednoliconych protokołów w tym zakresie, ale warto zapytać o tę kwestię w ośrodku kwalifikującym do leczenia radykalnego. Zachowanie adekwatnej aktywności fizycznej wskazane jest także u chorych na bardziej zaawansowanym etapie choroby.

Jakkolwiek brzmi to zaskakująco, badania naukowe sugerują, że aktywność fizyczna jest jednym z nielicznych czynników mogących ograniczyć uczucie osłabienia związanego z chorobą nowotworową i przeciwnowotworowym leczeniem. Jednocześnie ważne jest indywidualne dobranie rodzaju aktywności i stopnia jej trudności, aby nie przeciążyć nadmiernie organizmu. W razie problemów w tym zakresie warto skonsultować się z fizjoterapeutą posiadającym doświadczenie w pracy z osobami z rozpoznaną chorobą nowotworową. Warto pamiętać o mniej obciążających, bezpiecznych i łatwo dostępnych formach aktywności fizycznej (np. spacer).

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 12 pt. „Moja rehabilitacja. Poradnik pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach serii wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!” i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Programu Edukacji Onkologicznej www.programedukacijonkologicznej.pl

10. Wsparcie psychologiczne

Na każdym etapie leczenia warto rozważyć możliwość skorzystania ze wsparcia psychologicznego pod postacią bezpośredniej współpracy z psychoonkologiem oraz również zakresie udziału w grupach wsparcia lub konsultacji lekarza psychiatry.

Każdy kryzys zdrowotny (zwłaszcza związany z nasilonymi i dokuczliwymi objawami) negatywnie odbija się na szeroko pojętym dobrostanie psychicznym. Problem depresji u chorych na nowotwór łatwo znika wśród wielu skomplikowanych aspektów leczenia onkologicznego i łatwo go przeoczyć w gabinecie lekarskim lub w gronie rodziny. Oczywiście, nie oznacza to automatycznie, że każdy chory wymaga w tym zakresie interwencji, ale warto rozważyć wsparcie także w tym zakresie, chociażby pod postacią okresowej konsultacji z odpowiednim specjalistą.

11. Obserwacja po leczeniu

Chorzy po zakończonym leczeniu radykalnym z powodu raka żołądka powinni pozostać pod obserwacją w kierunku nawrotu choroby przez okres przynajmniej 5 lat. Nie ma jednoznacznych zaleceń na temat schematu i częstotliwości wizyt. Zazwyczaj zaleca się kontrole lekarskie z badaniami krwi co 3-6 miesięcy przez pierwsze 2 lata i następnie co 6-12 miesięcy przez okres kolejnych 3 lat. Wskazane jest wykonywanie badań obrazowych (najczęściej tomografii komputerowej) co 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata, a następnie raz do roku przez okres kolejnych 3 lat. Poja-

wienie się niepokojących objawów (np. utrzymujący się ból lub nowe problemy ze strony przewodu pokarmowego) stanowią wskazanie do przyspieszenia terminu wykonania kontrolnych badań.

W ramach obserwacji po zakończonym leczeniu wskazane jest monitorowanie w kierunku ubytku masy ciała oraz objawów ze strony przewodu pokarmowego (np. biegunka lub przewlekłe wzdęcia) z podjęciem możliwości korzystania z porad dietetyków w razie pojawienia się wskazanych objawów. Nieodzowna jest także obserwacja w kierunku odległych następstw radioterapii oraz chemioterapii (zwłaszcza polineuropatia, czyli uszkodzenia nerwów spowodowanym przebytą chemioterapią, chociaż możliwości interwencji w tym zakresie są obecnie ograniczone). U chorych po przebytej całkowitym wycięciu żołądka (gastrektomia) wskazana jest dożywotnia suplementacja witaminy B12, gdyż brak żołądka redukuje znacznie wchłanianie witaminy B12.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 13 pt. „Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie”, który został wydany w ramach serii wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!” i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Programu Edukacji Onkologicznej www.programedukacjonkologicznej.pl

12. Źródła wsparcia

Świadomość, że masz raka żołądka może zmienić Twoje życie i życie Twoich bliskich. Nierzadko trudno się z tym pogodzić. Być może Ty, Twoja rodzina i Twój przyjaciele potrzebujecie pomo-

cy w poradeniu sobie z uczuciami, jakie może spowodować diagnoza raka.

Wątpliwości dotyczące leczenia (strach przed czymś nieznanym, jak na przykład napromienianie, chemioterapia) oraz obawa przed skutkami ubocznymi są częste. Możesz martwić się też o swoją rodzinę, utrzymanie pracy lub kontynuowanie ulubionych codziennych aktywności.

Poniżej wymienione są osoby, u których możesz szukać wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu swoich problemów:

- lekarze, pielęgniarki oraz inni członkowie Twojego zespołu medycznego mają obowiązek wyjaśnić wszystkie Twoje wątpliwości związane z diagnozą, leczeniem, ewentualnymi skutkami ubocznymi leczenia;
- pracownicy społeczni, psychoterapeuci lub członkowie wspólnoty duchowej mogą pomóc Ci, jeśli chcesz porozmawiać o swoich odczuciach lub obawach. Często pracownicy społeczni mogą między innymi nakreślić możliwości wsparcia finansowego, transportu do szpitala, opieki domowej oraz wsparcia emocjonalnego.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 4 pt. „Pomoc socjalna. Przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach serii wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!” i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie Programu Edukacji Onkologicznej www.programedukacji-onkologicznej.pl

- cenne byłoby tworzenie grup wzajemnego wsparcia. Pacjenci i ich rodziny spotykałoby się, aby podzielić się doświadczeniami z radzeniem sobie ze świadomością rozpoznania choroby nowotworowej oraz efektami ubocznymi leczenia. Grupy powinny oferować wsparcie osobiste, przez telefon lub Internet. Zapytaj członków zespołu medycznego czy istnieją grupy takiego wsparcia w okolicy Twojego miejsca zamieszkania.

13. Badania kliniczne

Lekarze na całym świecie przeprowadzają wiele rodzajów badań klinicznych (badań naukowych, w których pacjenci dobrowolnie biorą udział). Badania kliniczne są zaprojektowane tak, aby dowiedzieć się jak najwięcej na temat tego, czy nowe metody leczenia są bezpieczne i skuteczne.

Nawet jeżeli pacjenci uczestniczący w badaniach, nie czerpią z nich bezpośrednich korzyści, mogą znacząco przyczynić się do pomocy lekarzom w dowiedzeniu się więcej na temat raka żołądka oraz jego leczenia.

Mimo, że badania kliniczne mogą być związane z pewnym lękiem pamiętaj, że jesteś leczony co najmniej tak dobrze, jak inne chore dotychczas.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Badania kliniczne”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacji-onkologicznej.pl.

14. Słowniczek

Bakteria *Helicobacter pylori* – rodzaj bakterii mogącej powodować przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka; zakażenie *Helicobacter pylori* związane jest ze zwiększonym ryzykiem powstawania raka żołądka.

Biopsja – procedura medyczna polegająca na pobraniu fragmentu tkanki w celu oceny mikroskopowej (badania histopatologiczne).

Chemioterapia adjuwantowa – rodzaj chemioterapii stosowanej po zabiegu operacyjnym, mający na celu redukcję ryzyka nawrotu choroby nowotworowej.

Cykl chemioterapii – zazwyczaj chemioterapia powtarzana się jest w określonym odstępie czasowym (np. co 21 dni), odstęp pomiędzy każdym powtórzeniem chemioterapii zwyczajowo nazywamy cyklem.

Cytostatyk – lek przeciwnowotworowy działający poprzez zaburzenie procesu podziału komórek, stanowiący składnik chemioterapii.

Czynniki predykcyjne – czynniki, związane z chorym lub jego chorobą, związane z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem skuteczności określonego rodzaju terapii.

Gastrektomia – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu części lub całego żołądka.

Gastroskopia – zabieg endoskopowy polegający na wprowadzeniu przez

usta wziernika (endoskopu) do wnętrza żołądka, umożliwiając obejrzanie go od środka, a także pobranie ewentualnych wycinków.

Gastrostomia – połączenie żołądka z powierzchnią skóry, zazwyczaj za pomocą plastikowej rurki, stosowane przede wszystkim w celu umożliwienia podawania pokarmu do wnętrza przewodu pokarmowego.

GIST (ang. *gastrointestinal stromal tumors*) – nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego, rodzaj nowotworów przewodu pokarmowego wywodzących się z tkanek miękkich budujących przewod pokarmowy.

Jejunostomia – połączenia jelita z powierzchnią skóry, zazwyczaj za pomocą plastikowej rurki, stosowane najczęściej jako sposób podawania pokarmu do wnętrza przewodu pokarmowego. Komórki prekursorowe raka – komórka lub grupa komórek, w których doszło do przemiany nowotworowej, a w konsekwencji rozwoju raka.

Leczeniem neoadjuwantowe – rodzaj leczenia przeciwnowotworowego, najczęściej chemioterapii i/lub radioterapii, poprzedzający radykalny zabieg chirurgiczny mający na celu usunięcie nowotworu.

Limfadenektomia – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu węzłów chłonnych, najczęściej dotyczy usunięcia węzłów chłonnych otaczających wycinany narząd.

Nowotwory neuroendokryne – nowotwory wywodzące się z obecnych praktycznie w każdym narządzie komórek układu neuroendokrynnego, odpowiadających za regulowanie czynności hormonalnej danego narządu.

Polineuropatia – uogólnione uszkodzenie nerwów, często występujące jako efekt niepożądany leczenia przeciwnowotworowego; może dotyczyć nerwów czuciowych, co powoduje nieprawidłowe odczuwanie różnych bodźców, oraz nerwów ruchowych, co powoduje utrudnienia w poruszaniu się.

Prehabilitacja – wielodyscyplinarny proces mający na celu przygotowanie chorego do planowanego zabiegu operacyjnego lub innej procedury medycznej; może obejmować interwencje żywieniowe, ćwiczenia oraz optymalizację leczenia chorób towarzyszących.

Progresja kliniczna – narastanie objawów czy dolegliwości związane ze wzrostem (progresją) choroby nowotworowej.

Przerzuty odległe – obecność przerzutów nowotworu w pozaregionalnych węzłach chłonnych i/lub narządach innych niż ten, z którego nowotwór się wywodzi.

Radiochemioterapia – jednoczesne zastosowanie radioterapii oraz chemioterapii.

Refluks żołądkowo-przełykowy – cofanie się treści żołądkowej z żołądka do przełyku, wbrew fizjologicznemu kierunkowi przemieszczania się pokarmu w przewodzie pokarmowym; najczęściej odczuwane jako pieczenie w nadbrzuszu lub zamostkowo, zwane potocznie zgagą.

Resekcja żołądka – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu części lub całego żołądka.



ul. Nowoursynowska 143K lok. U2, Warszawa
tel. 22 401 2 801, 606 908 388

Centrum Edukacji Zdrowotnej to wyjątkowe na mapie warszawskiego Ursynowa miejsce, oferujące usługi mające na celu szeroko rozumiane propagowanie edukacji zdrowotnej.

W ramach codziennych aktywności, prowadzone są porady specjalistyczne i wsparcie **m.in. psychologiczne, psychoonkologiczne, neurologopedyczne oraz doradztwo dietetyczne.**

Oferujemy indywidualną psychoterapię w tym interwencję kryzysową, terapię uzależnień, terapię rodzinną czy małżeńską. Prowadzimy również terapię dla dzieci i młodzieży.

Realizujemy także świadczenia w ramach dofinansowania z pierwszego, ogólnopolskiego Programu Edukacji Onkologicznej.



Rak żołądka jest nowotworem, którego częstość w Polsce od lat zmniejsza się. Zmniejszenie liczby zachorowań na raka żołądka jest niewątpliwie związane z poznaniem znaczenia środowiskowych czynników przyczynowych, których wpływ można ograniczyć lub wyeliminować – przykładem przyczyn możliwych do wyeliminowania jest prawidłowe leczenie osób z bakteryjnym zakażeniem *Helicobacter pylori* oraz ograniczenie zawartości soli kuchennej i azotowych związków konserwujących w diecie.

Niezależnie od wymienionych metod zmniejszających ryzyko zachorowania należy dążyć do wykrywania raka żołądka w stadium wczesnym oraz stosowania kompleksowego leczenia z wykorzystaniem prawidłowo dobranych metod postępowania. Leczenie chorych na raka żołądka może stanowić duże wyzwanie w związku z dość częstym współwystępowaniem zaburzeń odżywienia i ubytkiem masy ciała. Prawidłowy stan odżywienia jest często warunkiem zakwalifikowania do leczenia, a wyniki są zdecydowanie lepsze w przypadku chorych z prawidłową masą ciała. Chorzy na raka żołądka z prawidłowym odżywieniem lepiej tolerują leczenie, co ma znaczenie dla zachowania odpowiedniej jakości życia.

Zakres możliwości leczenia chorych z rozpoznaniem raka żołądka znacznie powiększył się w ostatnich dekadach. Opracowane zostały bardziej skuteczne i bezpieczne zasady wykorzystania leczenia chirurgicznego oraz systemowego. W ramach leczenia systemowego wprowadzono bardziej aktywne schematy chemioterapii oraz nowoczesne leki ukierunkowane molekularnie i immunoterapię. Wymienione metody leczenia muszą być uzupełnione odpowiednim postępowaniem wspomagającym.

Życzę wszystkim chorym, aby byli leczeni w sposób kompleksowy z racjonalnym wykorzystaniem dostępnych metod, które posiadają wartość udowodnioną naukowo.

prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej.
Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy

Sfinansowane
w ramach Programu:



Organizator:



Patronat:



Wydawca:

