POLSKIE AMAZONKI RUCH SPOŁECZNY

Chłoniak z komórek płaszcza i inne chłoniaki

Rozmowa z Profesor **Moniką Długosz-Danecką**

Pytania i odpowiedzi

Witajcie!

Chłoniak to wyjątkowa choroba, dość podstępna i często nierozpoznawana jako nowotwór przez lekarzy rodzinnych, do których pacjenci zgłaszają się w pierwszej kolejności.

Charakteryzuje się niekontrolowanym rozrostem komórek z układu chłonnego. Mogą to być rozrosty zarówno łagodne o powolnym przebiegu, ale z tendencją do nawrotowości lub agresywne, które wymagają szybkiej reakcji, wdrożenia diagnostyki i przede wszystkim leczenia.

Chłoniaki to bardzo duża grupa chorób i wśród nich chłoniak z komórek płaszcza jest dość nietypowy - nie jest charakterystycznym chłoniakiem agresywnym, jest to choroba z pogranicza, która łączy w sobie przewlekłość i tendencję do nawrotów chłoniaków o łagodnym przebiegu (indolentnych) i pewną agresywność chłoniaków agresywnych.

Czego można spodziewać się po usłyszeniu diagnozy? Co jest brane pod uwagę jeśli chodzi o wybór leczenia? Jakie mogą być objawy w przypadku nawrotu? Jaki jest wpływ tego leczenia na codzienne życie? Jak zapobiegać infekcjom? Jak o siebie dbać w trakcie leczenia?

Te i inne pytania bardzo często zadają pacjenci w obliczu diagnozy chłoniaka z komórek płaszcza lub innego rodzaju chłoniaka.

O odpowiedzi poprosiliśmy wybitną specjalistę hematologa Profesor Monikę Długosz-Danecką. Zapraszamy Was do lektury rozmowy, podczas której formie pytań i rzetelnych odpowiedzi przedstawiamy krok po kroku co warto wiedzieć i jak najlepiej przygotować się do leczenia.

Mamy nadzieję, że to wydanie będzie cennym źródłem informacji oraz inspiracji dla wszystkich pacjentów chorujących na chłoniaka z komórek płaszcza oraz inne chłoniaki i ich bliskich.

Elżbieta Majewska oraz Magdalena Knefel

POLSKIE AMAZONKI RUCH SPOŁECZNY

Na pytania odpowiada

dr hab. n.med. MONIKA DŁUGOSZ-DANECKA Prof. NIO-PIB
specjalista hematolog oraz specjalista chorób wewnętrznych

Od 2012 roku zajmuje się diagnostyką i leczeniem Pacjentów z chorobami układu chłonnego, początkowo w ramach Katedry i Kliniki Hematologii UJ w Krakowie.
Od czerwca 2019 roku rozwija Zespół Leczenia Chłoniaków w Instytucie Onkologii w Krakowie oraz ośrodku badań klinicznych Pratia-MCM.
Aktywnie uczestniczy w ponad 50 badaniach klinicznych w obszarze rozwoju leczenia chłoniaków. Zajmuje się także problematyką kardiotoksyczności w leczeniu onkologicznym. Prowadzi aktywną współpracę naukowo-badawczą z wiodącymi ośrodkami hematologicznymi o uznanej światowej renomie. Jest autorką licznych prac naukowych i doniesień zjazdowych.

Pytania zadają

Elżbieta Majewska
członek zarządu PARS Polskie Amazonki Ruch Społeczny

Ze stowarzyszeniem PARS - Polskie Amazonki Ruch Społeczny jest związana od 2012. Jest współautorką wielu czynnych kampanii PARS, w tym kampanii „Zdrowiej", w ramach której również prowadzi warsztaty i webinary radzenia sobie ze stresem dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich. Coach kryzysowy oraz trenerka jogi śmiechu.

Magdalena Knefel
członek zarządu PARS Polskie Amazonki Ruch Społeczny

Od 2012 jest związana ze stowarzyszeniem PARS - Polskie Amazonki Ruch Społeczny. Jest m.in. współautorką programu radzenia sobie ze stresem dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich „Zdrowiej", w ramach którego prowadzi warsztaty i webinary. Certyfikowana trenerka uważności i nauczycielka programu redukcji stresu w oparciu o mindfulness.

– Pani Profesor, chłoniaki to bardzo szerokie spektrum chorób, zróbmy na początek krótkie wprowadzenie, czym się one charakteryzują?

– Chłoniak to wyjątkowa choroba, dość podstępna i często nie rozpoznawana jako nowotwór przez lekarzy rodzinnych, bo z reguły tam pacjent zgłasza się w pierwszej kolejności. Charakteryzuje się rozrostem komórek układu limfatycznego, który każdy z nas posiada.

Układ limfatyczny jest połączony z układem krwionośnym i reaguje on na różne zmiany, czy to chorobowe, czy też jakiekolwiek duże zmiany temperatur bądź stres. Często dochodzi wtedy do powiększenia węzłów chłonnych, lecz są to zmiany, które ulegają dość szybkiej regresji.

Natomiast takie utrwalone powiększenie węzła chłonnego sugeruje już chorobę i najprawdopodobniej w toku diagnostyki okazuje się, że jest to chłoniak lub jakiś przerzut guza litego czyli raka.

Czym się charakteryzują chłoniaki? Przede wszystkim niekontrolowanym rozrostem komórek z układu chłonnego. Mogą to być rozrosty zarówno indolentne czyli łagodne o powolnym przebiegu, ale z tendencją do nawrotowości lub przebieg może być agresywny, który wymaga dość szybkiej reakcji, wdrożenia diagnostyki i przede wszystkim leczenia.

– Jaka jest różnica między chłoniakami indolentnymi czyli łagodnymi a agresywnymi?

– Ta różnica jest kolosalna. Chłoniaki indolentne, to są chłoniaki o dość powolnym przebiegu. Mogą w trakcie swojego przebiegu uzjadliwiać się i transformować do form bardziej agresywnych, ale jako chłoniaki indolentne przebiegają powoli, najczęściej latami i mają tendencję do nawrotowości. Zupełnie inne są cele w leczeniu chłoniaków indolentnych, a zupełnie inne w leczeniu chłoniaków agresywnych.

Przy chłoniakach indolentnych zdajemy sobie sprawę, że będzie nam ciężko chorobę wyleczyć. W związku z tym staramy się je uśpić tak długo jak to możliwe i przygotować się za jakiś czas, za kilka lat lub kilka miesięcy w zależności od nawrotowości choroby do kolejnej linii leczenia.

Skupiamy się na tym aby leczenie było możliwie najskuteczniejsze i jak najmniej toksyczne. Przewidujemy kilka linii leczenia na życie pacjenta. Co istotne, w momencie rozpoznania, choroba bardzo rzadko uzyskuje wskazania do leczenia.

Ci pacjenci często pozostają w obserwacji i to nie jest błąd, aczkolwiek czasem duży stres ze strony pacjenta. Trzeba dokładnie wytłumaczyć, że choroba od początku nie musi być leczona. Pacjent pozostaje w kontroli hematologa.

Natomiast zupełnie inaczej jest w przypadku chłoniaków agresywnych - to są choroby, gdzie przebieg jest dynamiczny, gdzie do przyrostu masy guza, czy masy choroby, bo to rzadko kiedy jest jedna zmiana guzowata, dochodzi bardzo szybko, ponieważ indeks proliferacyjny komórek, czyli zdolność do mnożenia się i dzielenia jest bardzo wysoki.

W związku z tym, od postawienia rozpoznania do rozpoczęcia leczenia nie może minąć więcej niż kilka tygodni, a nawet mniej niż miesiąc.

W chłoniakach agresywnych najczęstszym przykładem jest chłoniak rozlany z komórek B. Chłoniak z komórek płaszcza jest pod tym względem nietypowy - nie jest charakterystycznym chłoniakiem agresywnym, jest to choroba z pogranicza, która łączy w sobie przewlekłość i tendencję do nawrotów chłoniaków indolentnych i pewną agresywność chłoniaków agresywnych. Wymaga dość szybkiej diagnostyki i rozpoczęcia leczenia. U pacjenta, który jest w całkowitej remisji po leczeniu, ryzyko nawrotu choroby jest wciąż duże.

Zajmijmy się dokładniej chłoniakiem z komórek płaszcza. Jakie zmiany mogą sugerować chorobę? I czego można spodziewać się po usłyszeniu diagnozy?

– Najczęściej w przypadku chłoniaka z komórek płaszcza, ale też większości chłoniaków agresywnych i indolentnych obserwujemy powiększone węzły chłonne. Pacjent nagle zauważa, czy to jeden węzeł czy pakiet powiększonych węzłów na szyi czy nadobojczu, pod pachą lub w pachwinie i zaczyna się niepokoić.

Powiększone węzły chłonne szyjne lub w okolicy nadobojczykowej mogą występować w przebiegu infekcji, być bolesne i zmniejszać się w miarę leczenia zakażenia, to wszystko jest w porządku. Nie należy się wtedy martwić i nie ma konieczności pogłębiania diagnostyki.

Natomiast jeżeli po dwóch tygodniach, czy to obserwacji, czy leczenia antybiotykiem, nic się nie zmienia lub węzły zaczynają się dalej powiększać, to nie jest to czas na dalsze zastanowienie się czy kontynuowanie leczenia antybiotykiem. W pierwszej kolejności zachęcam w takiej sytuacji do zrobienia USG.

Wprawny radiolog, nie internista, nie chirurg, tylko właśnie radiolog to osoba, która ma największe doświadczenie w wykonywaniu USG i obrazowaniu węzłów chłonnych. On może w dużej mierze odpowiedzieć na pytanie, czy obraz tych węzłów jest prawidłowy, czy jest może coś niepokojącego. Bo takie patologiczne węzły chłonne mają często zatartą zatokę, są zrośnięte z torebką i doświadczony ultrasonografista najczęściej wskazuje, że coś tym węzłem jest nie tak, i że wymaga on pilnej diagnostyki. W takiej sytuacji należy się szybko zgłosić do lekarza pierwszego kontaktu lub do chirurga z prośbą o dalszą diagnostykę.

W przypadku podejrzenia chłoniaka odradzamy biopsję cienkoigłową, to jest typowa diagnostyka dla guzów litych. Prosimy o pobranie chirurgiczne węzła w całości lub o biopsję tak zwanym punchem czyli wycięcie kawałka węzła do badania histopatologicznego. Badanie histopatologiczne wraz z oceną cytometryczną limfocytów znajdujących się w materiale histopatologicznym jest w stanie dać nam rozpoznanie, że jest to chłoniak z komórek płaszcza.

Trzeba pamiętać, że chłoniak z komórek płaszcza jest trudny diagnostycznie i obserwujemy wiele błędów diagnostycznych, więc biopsja cienkoigłowa czy nawet gruboigłowa nie wchodzi w rachubę. Do klasycznego rozpoznania tego typu chłoniaka konieczne jest wykrycie nadekspresji cykliny D1. To jest bardzo charakterystyczne zaburzenie cytogenetyczne, które jest typowe dla chłoniaka z komórek płaszcza. Niewielki odsetek chłoniaków z komórek płaszcza nie wykazuje ekspresji cykliny D1 tylko nadekspresję cykliny D2 lub D3 - ale tego nie uwidacznia się w standardowych badaniach cytogenetycznych. Z tego względu tak istotna jest diagnostyka w ośrodku referencyjnym.

Zachęcam do szukania ośrodka, który ma doświadczenie nie tylko w leczeniu chłoniaków, ale także w diagnostyce, dlatego, że najgorsze co może zdarzyć się w przypadku pacjenta z rozpoznaniem chłoniaka, to jest błędnie postawione rozpoznanie. O ile nie jest to tak istotne w przypadku chłoniaków indolentnych czy pomylimy się pomiędzy jednym czy drugim podtypem, bo tutaj możliwości terapeutyczne, przynajmniej na początku i tempo podejmowania decyzji terapeutycznej nie jest aż tak istotne, o tyle w chłoniakach agresywnych odpowiednia, właściwa diagnoza jest podstawą sukcesu, a chłoniak z komórek płaszcza jest wybitnym gra-

czem i potrafi się wspaniale kamuflować. Stąd prosimy i zachęcamy do odwiedzania ośrodków o dużym doświadczeniu i z dobrymi zapleczami histopatologicznymi.

Chłoniak z komórek płaszcza, oprócz tego, że lubi zajmować sobie węzły chłonne, to ma jeszcze dwie ulubione lokalizacje: bardzo często zajmuje szpik kostny i uwielbia zajmować przewód pokarmowy i migdałki. To się bardzo często zdarza, stąd jeżeli są jakiekolwiek zmiany, które dość szybko rosną i powodują zaburzenia ze strony pracy przewodu pokarmowego to też jest istotne, żeby przeprowadzić diagnostykę endoskopową i pobrać wycinki do badania histopatologicznego. Tak samo w przypadku jakiejkolwiek zmiany na migdałkach, które są niepokojące, gdy laryngolog widzi, że z tym migdałkiem jest coś nie tak, trzeba usunąć i wysłać do badania. Jeśli patolog ma wątpliwości, trzeba rekonsultować preparat w ośrodku referencyjnym, dlatego że często w migdałkach skrywa się chłoniak z komórek płaszcza.

Jeśli chodzi o chłoniaki, które zajmują szpik, często się zdarza, że pacjent przychodzi z dużymi zaburzeniami w morfologii krwi obwodowej. Spadają płytki krwi, spadają lub rosną limfocyt; Pacjent anemizuje się w wyniku masywnego zajęcia szpiku i wtedy konieczne jest badanie trepanobiopsji szpiku kostnego. Taki pacjent musi trafić do ośrodka hematologicznego, tym się nie zajmują interniści, ani lekarze rodzinni i wtedy może okazać się, że jest to chłoniak z komórek płaszcza. Jeśli już tę diagnozę mamy pewną i nie ma żadnych wątpliwości, że to chłoniak z komórek płaszcza, wykonujemy badanie PET-CT, to jest badanie pozytonowej tomografii emisyjnej, które jest uzupełnione badaniem tomografii komputerowej.

Do typowego badania TK, gdzie oceniamy morfologicznie zmianę i jej rozmiary, dołączone jest jeszcze badanie pozytonowej tomografii emisyjnej czyli wychwyt przez komórki nowotworowe znacznika radioaktywnego i tak zwane świecenie. Czyli oprócz zmian morfologicznych mamy także ocenioną aktywność metaboliczną. Im wyższa aktywność, tym zmiana jest bardziej złośliwa. Możemy ocenić zaawansowanie choroby przed leczeniem, a później monitorować odpowiedź na leczenie, co jest kluczowe do dalszych decyzji terapeutycznych. Po postawieniu rozpoznania udajemy się do ośrodka, który ma doświadczenie w leczeniu chłoniaków. To nie musi być każdy ośrodek hematologiczny ani każdy ośrodek onkologiczny.

Chłoniaki to jest grupa trochę z pogranicza, bo zajmują się nią trochę hematolodzy i trochę onkolodzy. Trzeba w leczeniu tych chorób mieć pewne doświadczenie, stąd istotne jest aby ten ośrodek takie doświadczenie posiadał.

Chłoniak z komórek płaszcza to choroba, która łączy agresywność z nawracalnością. Czego można się spodziewać?

– Należy się przygotować na leczenie dość agresywne, które jednak jest dostosowane do wieku pacjenta. Bo zupełnie inne proponujemy młodemu, sprawnemu pacjentowi, u którego możemy sobie pozwolić na zastosowanie intensywnej chemioterapii i przeszczepienie komórek macierzystych. Natomiast u pacjentów starszych dostosowujemy leczenie do wieku, stanu biologicznego i chorób współistniejących.

Musimy mieć świadomość, że to nie jest choroba pacjentów młodych, owszem zdarzają się pacjenci młodsi, ale to są pojedyncze zachorowania. Tak naprawdę średni wiek to jest 65 – 70 lat, więc to są pacjenci, którzy nie są dobrymi kandydatami ani do intensywnej chemioterapii, ani do przeszczepienia komórek macierzystych.

Należy się przygotować, że będziemy się starali wyrwać tę chorobę z korzeniami lub szukać alternatyw. Niestety w polskich realiach o alternatywy jest bardzo trudno, bo obecnie brakuje refundowanych, a na świecie szeroko dostępnych, możliwości terapeutycznych.

Chorują głównie pacjenci starsi, za średni wiek uznaje się 65 lat, choć to trudno arbitralnie uznać, gdzie zaczyna się w przypadku chłoniaka z komórek płaszcza młodość i wiek dojrzały. Oczywiście, że ta granica może być przesuwana w jedną lub w drugą stronę i w zależności od stanu biologicznego pacjenta i chorób współistniejących, niemniej jednak przyjmujemy za granicę około 65 lat; poniżej to są pacjenci młodzi, których staramy się leczyć intensywnie.

W Polsce leczenie pierwszej linii pacjentów młodszych oparte jest głównie o schemat R-CHOP i schematy z wysokodawkowaną cytarabiną, podawane naprzemiennie. Po około sześciu takich cyklach mieszanych, przy potwierdzeniu chemiowrażliwości, pobierane są i przeszczepiane komórki macierzyste. Jeśli jest wszystko w porządku, pacjent odpowiada na leczenie i mamy niezajęty szpik kostny, po przeszczepie wprowadzamy leczenie podtrzymujące rytuksymabem, jedna dawka co 2 miesiące przez 2 lata. To jest leczenie, które możemy zaproponować, w celu poprawy rokowania. Niemniej jednak pomimo intensywnego leczenia z autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych, ryzyko nawrotu choroby jest dość wysokie.

To trzeba wiedzieć, że ciężko jest zapomnieć o tej chorobie. Im pacjent jest leczony bardziej intensywnie, z uzyskaniem negatywnej minimalnej choroby resztkowej to szansa wyleczenia jest większa, niemniej jednak ryzyko nawrotu choroby istnieje, aczkolwiek mniejsze niż u pacjentów u których nie udało się wprowadzić pacjenta w całkowitą remisję.

W chłoniaku z komórek płaszcza jedynym sposobem, pozbycia się przeciwnika i wyrwania choroby z korzeniami jest przeszczepienie allogeniczne komórek macierzystych, choć ryzyko powikłań wynikających z reakcji przeszczep przeciwko gospodarzowi jest jednak spore.

Wszystko zależy od tego, kogo mamy do dyspozycji jako dawcę – w przypadku dawcy rodzinnego, który jest 10/10 zgodny, to ryzyko będzie mniejsze.

U młodych pacjentów, u których tak naprawdę w polskich warunkach mamy ograniczone możliwości terapeutyczne, warto rozważyć przeszczepienie allogeniczne przy zgodnym dawcy rodzinnym.

Natomiast u chorych powyżej 65 roku wybieramy leczenie mniej intensywne. U pacjentów starszych standardem postępowania w pierwszej linii- schemat rytuksymab + bendamustyna (RB) lub schematy RCVP/RCHOP, z następowym leczeniem podtrzymującym rytuksymabem 1 dawka co 2 miesiące przez 2 lata. I to jest to, co możemy zaproponować.

Natomiast w przypadku choroby nawrotowej lub opornej mamy do dyspozycji tylko chemioimmunoterapię. W Polsce w chłoniaku z komórek płaszcza nie są refundowane terapie celowane - inhibitory kinaz Brutona takie jak ibrutynib czy akalabrutynib, czy wenetoklaks, bortezomib lub lenalidomid.

Jakie mogą być objawy w przypadku nawrotu?

– W przypadku choroby nawrotowej objawy mogą być wszelakie np. powiększenie węzłów chłonnych czy ucisk w brzuchu. Należy pamiętać, że chłoniak z komórek płaszcza często zajmuje wątrobę i śledzionę, dlatego często objawy, które pacjent zgłasza to jest uczucie pełności w brzuchu.

Jeśli cokolwiek niepokoi to bardzo proste badanie, które może być powtarzane nawet co tydzień to jest USG i ono wiele może wnieść, bo i wątroba i śledziona są widoczne w USG, można je pomierzyć i zobaczyć, czy coś jest nie tak.

Ponadto możemy obserwować zaburzenia w obrazie krwi obwodowej. Warto obserwować swój organizm i często samemu zauważamy, że coś jest nie tak. Bo czułem się dobrze, a nagle jestem dużo słabszy. Bo nic mi się nie działo, a teraz jak zjem, to tylko mogę zjeść połowę porcji i czuję, że coś mi przeszkadza, że brzuch jest pełny, że wzdęty, że ja nie czuję się tak jak powinienem.

Oczywiście jeżeli pojawi się pakiet węzłów chłonnych, to w przypadku pacjenta już po leczeniu, ta czujność jest większa i reakcja szybsza. Nie będziemy już leczyć antybiotykiem, tylko wykonamy pilne badanie USG, a jeśli mamy wątpliwości u pacjenta, który już był leczony z powodu chłoniaka z komórek płaszcza, zawsze należy wykonać badanie PET.

Jak wygląda sytuacja z leczeniem, jeśli chodzi o chłoniaki rozlane z dużych komórek B czy Hodgkina?

– Chłoniak Hodgkina to są pacjenci młodzi i tutaj mamy do dyspozycji prawie wszystko. Mamy chemioterapię, która jest standardem leczenia pierwszej linii. Natomiast jw. przypadku choroby nawrotowej, mamy refundowany brentuksymab, a po przeszczepie niwolumab. W tej grupie pacjenci są zabezpieczeni.

W chłoniaku rozlanym z dużych komórek B w pierwszej linii mamy standardową chemioterapię R-CHOP lub mniej intensywne schematy u chorych starszych, w gorszym stanie ogólnym.

W przypadku choroby nawrotowej istnieje pilna konieczność refundacji przeciwciała polatuzumab wedotyny, ponieważ w chorobie nawrotowej możliwości sa już bardziej ograniczone (autologiczne przeszczepienie komórek macierzystych, chemioimmunoterapia, nowy cytostatyk piksantron).

Ale i tak w chłoniaku rozlanym z dużych komórek B, możliwości terapeutycznych jest więcej, bo w populacji pacjentów młodszych decyzja o przeszczepieniu komórek macierzystych jest przesunięta na etap choroby nawrotowej, drugą linię, a w chłoniaku z komórek płaszcza to jest leczenie konsolidujące pierwszą linię i tu się kończą nasze możliwości.

Przy pierwszym nawrociechłoniaka z komórek płaszcza już właściwie leczymy suboptymalnie.

Jaki jest wpływ leczenia na codzienne życie?

– W chłoniaku z komórek płaszcza my specjalnie nie mamy czasu zastanawiać nad stylem życia, bo leczenie jest na tyle intensywne, że pacjent praktycznie funkcjonuje od chemioterapii do chemioterapii, jest wyłączony z pracy zawodowej, bo nie ma możliwości przy tak intensywnym leczeniu, żeby ona była kontynuowana, chyba że to jest tylko i wyłącznie umysłowa praca zdalna i w sytuacji gdy pacjent się dobrze czuje.

Mówię o tych pacjentach młodszych, którzy są leczeni bardzo intensywnie. U pacjentów starszych, wiadomo leczenie jest mniej intensywne, ale też możliwości adaptacji pacjenta do tego leczenia są znacznie mniejsze, więc tolerancja leczenia jest mniejsza. To jest leczenie intensywne z dużymi spadkami odporności, ryzykiem wtórnych infekcji i dużym osłabieniem.

Dieta jest typowa jak przy chemioterapii, czyli rekomendujemy żywność pochodzącą z pewnego źródła, pasteryzowaną, gotowaną, owoce obrane, żeby nie zwiększać ryzyka infekcji przewodu pokarmowego. Dość często przy tej chorobie mamy zajęcie przewodu pokarmowego, więc tutaj staramy się nie dokładać dodatkowych czynników.

Co do aktywności fizycznej, to ona zawsze jest rekomendowana, oczywiście w granicach rozsądku. Było takie badanie u pacjentów leczonych antracyklinami (to są podstawowe leki w leczeniu i chłoniaka z komórek płaszcza i chłoniaka rozlanego komórek B i też raka piersi), że aktywność fizyczna zmniejszała ryzyko kardiotoksyczności poantracyklinowej, która wiemy jest dość istotnym problemem u pacjentów leczonych tą właśnie grupą chemioterapii.

Nie chodzi tutaj o bieganie w maratonach, tylko o zwykły wysiłek fizyczny, czy to spacer codzienny, czy jakiekolwiek ćwiczenia izometryczne w domu bądź na świeżym powietrzu.

Staramy się nakłaniać pacjenta do aktywności, oczywiście gdy pacjent się dobrze czuje, kiedy to nie jest na siłę i ponad jego możliwości. Jednocześnie każdy pacjent powinien być pouczony, że jeśli są upały, to jakakolwiek aktywność fizyczna na świeżym powietrzu może mieć miejsce tylko w godzinach rannych lub później wieczornych i tam, gdzie nie ma ludzi, bo największym zagrożeniem dla pacjenta po chemioterapii są inni ludzie, którzy stanowią potencjalne ogniska infekcji. Szczególnie dla pacjentów z deficytami odporności, czy to związanymi z chorobą czy z leczeniem, jest to ogromnym problemem i stanowi duże wyzwanie.

Co należy wiedzieć o suplementach diety?

– Z suplementami sprawa jest dość skomplikowana, dlatego, że to są bardzo często substancje, które mogą wchodzić w interakcje z lekami. Proszę pamiętać, że ziołolecznictwo od wieków było stosowane i jest to jedna z form terapii, ale nikt nie przeprowadził badań randomizowanych, w których oceniano wpływ ziół czy suplementów na skuteczność chemioterapii. Jeden z leków stosowanych w leczeniu szpiczaka mnogiego – bortezomib w połączeniu z zieloną herbatą zmniejszał istotnie swoją skuteczność przeciwnowotworową.

Dlatego staramy się odradzać podczas leczenia jakiekolwiek ziołolecznictwo z wyłączeniem uzupełniania elektrolitów. Dość często przy chemioterapii wypłukuje się poziom magnezu, więc magnez jest rekomendowany, może być ten niewielki dodatek witaminy B6 bo on jest tak nieduży, że nie ma to wpływu na stymulacje nowotworzenia. Uzupełniamy też niedobory potasu zwłaszcza u pacjentów gdzie lekami w chemioterapii są sterydy, bo one powodują obniżenie poziomu potasu.

Staramy się stosować tylko te leki, bądź suplementy, które są rekomendowane przez lekarzy. Wprowadzamy preparat stosowany w leczeniu polineuropatii, więc jeżeli ma to działanie lecznicze i tutaj bilans korzyści jest wyższy, niż bilans strat, to tak. Raczej nie rekomendujemy stosowania jakichkolwiek preparatów na własną rękę, a już na pewno nie rekomendujemy stosowania wlewów witaminy C w dużych dawkach.

Witamina C to jest kwas askorbinowy; nikt nie przeprowadził badań jak taka dawka kwasu będzie wpływała na skuteczność i tolerancję chemioterapii, więc choć jest to bardzo popularne, nie ma żadnych przesłanek naukowych do stosowania witaminy C dożylnie w dawkach po kilka gramów lub kilkanaście gramów. Nie wiemy czy jest to bezpieczne bezpieczne i czy nie jest toksyczne, a skuteczność przeciwnowotworowa w ogóle nie została potwierdzona.

Co można robić w kontekście zapobiegania infekcjom?

– Jeśli chodzi o zapobieganie infekcjom to w pierwszej kolejności, co jest bardzo istotne, intensywna immunoterapia powoduje obniżenie poziomu neutrofili (granulocytów) czyli populacji krwinek białych, która jest odpowiedzialna za ochronę naszego organizmu przed infekcjami.

Standardowo po intensywnych chemioterapiach stosowane są czynniki wzrostu granulocytów; to są takie preparaty podawane podskórnie, które zwiększają odtwarzanie się populacji młodych granulocytów. Podnoszą one nam poziom białych krwinek, które bezpośrednio będą bronić nas przed infekcjami, ale wbrew obiegowym opiniom nie poprawiają naszej odporności. W razie infekcji te białe krwinki młode będą się biły głównie z bakteriami, bo taka jest ich rola, natomiast nie wpływa to na ogólne podniesienie odporności pacjenta.

Po pierwsze chemioimmunoterapia obniża odporność organizmu, a deficyt bardzo często powoduje sama choroba. Deficyt wynika z długotrwałej choroby, która powoduje hipogammaglobunemię, czyli spada nam poziom immunoglobulin G i w związku z tym mamy wysoką tendencję do częstych infekcji, a leczenie immunochemioterapią to tylko pogłębia.

Żeby wspomóc odporność trzeba przeleczyć chorobę i zregenerować cały układ odpornościowy, który jest bardzo skomplikowanym układem i wymaga to przede wszystkim czasu i odstępu od leczenia i odstępu od choroby. Natomiast zdecydowanie czynniki stanowią ten oręż, bez którego większość pacjentów by zginęła i rozwinęła by się u każdego sepsa.

Dlatego tak ważna jest ogromna dbałość o siebie i ochrona. Jesteśmy zobligowani do noszenia maseczek i w zasadzie pozbyliśmy się chorób sezonowych.

U pacjentów po immunochemioterapii z deficytem odporności noszenie maseczek chroni szczególnie. Przy jakimkolwiek kontakcie z inną osobą, która może jest i pozornie zdrowa ale ma w sobie patogeny, stosowanie maseczek jest skuteczne i jest dobrym pomysłem. Nie narażanie się na infekcje, czyli unikanie ognisk ludzi i takich sytuacji jak przewianie, zmoczenie, jakiekolwiek zaziębienie, które u takiego pacjenta może przebiegać bardziej dramatycznie niż u pacjenta zdrowego. I przede wszystkim my hematolodzy zachęcamy do szczepień, czy to do szczepień sezonowych, jak na grypę, czy zachęcamy do szczepień przeciwko SARS-CoV-2.

Przygotowaliśmy podsumowanie, gdzie w grupie naszych chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 aż 23% pacjentów zmarło.
To wynika głównie z upośledzenia funkcjonowania układu odpornościowego. Nasi pacjenci byli przeszkoleni, po zakażeniu jak najszybciej staraliśmy się informować pacjenta o konieczności szybkiej hospitalizacji i mimo to, że pacjenci byli hospitalizowani to 23% zgonów, czyli ponad 1/5 pacjentów zakażonych zmarła. Teraz nie mamy jeszcze takiej analizy pacjentów w trakcie szczepień, ale pacjenci, którzy zarazili się wirusem po pierwszej dawce szczepienia, owszem czasem przechodzili chorobę ciężko, ale przeżywali.

Co istotne, u pacjentów z immunodeficytem czy szczepionych w trakcie leczenia, czy świeżo po leczeniu, odpowiedź na szczepienie nigdy nie jest 100%. Ale odpowiedź komórkowa, która jest zapamiętana przez limfocyty T daje w dużej mierze już jakąś ochronę i ten pacjent nie jest tak narażony jak pacjent, który nie był zaszczepiony. Oczywiście trzeba czasu i lat, żeby tutaj były głębokie doświadczenia, bo to są pierwsze nasze doświadczenia i wyniki, ale one już skłaniają do refleksji i są wyznacznikiem do tego, co należy robić.

–Czy w trakcie terapii podtrzymującej rytuksymabem można szczepić się szczepieniami podstawowymi?

– Zalecane jest odczekanie około 6 miesięcy od ostatniej dawki rytuksymab do szczepienia, wyjątki są dwa: szczepienie przeciwko grypie i szczepienie przeciwko SARS-CoV-2.

Staramy się szczepić, licząc na jakąkolwiek odpowiedź komórkową, dlatego że dla pacjentów z chłoniakami wirus bywa zabójczy, stąd uznajemy że nawet ta super suboptymalna odpowiedź, bo tutaj ryzyka dla pacjenta nie ma żadnego, jedyne ryzyko jest takie, że skuteczność tej szczepionki będzie znikoma. Stąd zalecamy szczepienie w trakcie leczenia podtrzymującego.

Jest absolutny zakaz stosowania szczepionek żywych, tj. przeciwko żółtej febrze czy gruźlicy. Natomiast jeśli chodzi o szczepionki atenuowane, nie zalecamy ich do 6, a nawet 9 miesięcy po leczeniu.

Gdzie uzyskam więcej informacji?

Zapraszamy po więcej informacji:

Polskie Amazonki Ruch Społeczny **www.ruchspoleczny.org.pl**

Fundacja Pokonaj Chłoniaka **www.chloniak.org.**

Ta publikacja powstała dzięki zaangażowaniu wielu osób.
Dziękujemy wszystkim osobom wymienionym w treści i tym za kulisami.

Wydawca:

2021

biuro: ul. Wiejska 12a
00-480 Warszawa
Tel. 601 755 301

siedziba: Centrum Onkologii Zakład Rehabilitacji
ul. Roentgena 5,
Warszawa 02-781

Więcej wiedzy i informacji:
www.ruchspoleczny.org.pl
www.facebook.com/PolskieAmazonkiRuchSpoleczny

Konsultacja medyczna:
dr hab. n. med. Monika Długosz-Danecka

Projekt graficzny:
Joanna Tatarska

Redakcja:
Magdalena Knefel

Wydanie powstało dzięki wsparciu

KRS 0000346788

Przekaż 1% na CENTRUM KRYZYSOWE

KRS 0000346788

Przekaż 1% na

CENTRUM KRYZYSOWE

POLSKIE AMAZONKI RUCH SPOŁECZNY