

Szczyzak mnogi a dyskryminacja osób w podeszłym wieku  
8 września 2011 r.



# Rozmowy o czasie

Partner  
Główny



Partner  
Strategiczny



*„Dzisiejszy świat narzuca ludziom kult piękna, młodości i bezgranicznej aktywności życiowej. Z jednej strony przyjmujemy istnienie starości i wynikających z niej ograniczeń, a z drugiej wszystkimi możliwymi sposobami uciekamy od tych „smutnych” tematów”.*

**Mariola Kosowicz**  
– Kierownik Zakładu Psychoonkologii,  
COI w Warszawie

**dr n. med. Janusz Meder**  
Prezes Polskiej Unii Onkologii  
Prezes Polskiej Grupy  
Badawczej Chłoniaków



## Szanowni Państwo,

to już drugie spotkanie organizowane w ramach Kampanii **„Rozmowy o czasie”**, której celem jest wywołanie publicznej dyskusji na temat standardów leczenia osób starszych chorych na nowotwory układu krwiotwórczego w Polsce. Podczas tego spotkania rozmawiać będziemy o szpiczaku plazmocytowym oraz o dyskryminacji seniorów, zarówno w dostępie do leczenia jak również w kontekście psychologicznym.

Szpiczak plazmocytowy jest drugim pod względem zachorowalności nowotworem układu krwiotwórczego. W Polsce rocznie diagnozuje się ok. 1500 nowych przypadków, a z roku na rok liczba nowych zachorowań wzrasta, co jest spowodowane starzeniem się społeczeństwa. Nowotwór ten dotyka głównie osoby starsze – ponad 90% przypadków wykrywa się u osób po 50. roku życia. Brak charakterystycznych objawów sprawia, że szpiczak plazmocytowy, czasem jest mylony z ogólnymi dolegliwościami wieku starczego, przez co chory przez długi okres może być nieskutecznie leczony.

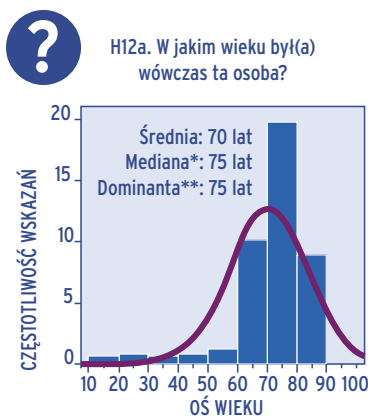
Średnio, co piąty badany (wynik na podstawie badania TNS OBOP przeprowadzonego na potrzeby Kampanii) w wieku powyżej 55. roku życia uważa, że lekarz ignorował to, co chciał mu powiedzieć oraz że sposób w jaki z nim rozmawiał spowodował, że poczuł się przygnębiony. Takich sytuacji, gdy osoby starsze w naszym kraju są źle traktowane jest bardzo wiele, dlatego o dyskryminacji trzeba mówić głośno i otwarcie. Starości nie możemy się wstydzić, nie możemy jej zwalczać, jest ona integralną częścią naszego życia. Nasz stosunek do starości pokazuje, jakim społeczeństwem jesteśmy.

Bardzo cieszę się, że tematyka naszej Kampanii spotkała się z Państwa miłym przyjęciem. Mam nadzieję, że będą Państwo wspierać nasze dalsze działania, aby zmniejszyć dyskryminację i często nieodpowiednie podejście do leczenia seniorów w Polsce.

Dr Janusz Meder  
Prezes Polskiej Unii Onkologii

## Wyniki badania TNS OBOP \* Świadczenie usług medycznych osobom starszym - dyskryminacja

- › 37% ankietyowanych uważa, że osoby starsze są traktowane przez lekarzy gorzej niż inni pacjenci
- › Tylko co drugi pacjent powyżej 55. roku życia uważa, że lekarz pracujący w ramach publicznej służby zdrowia podczas wizyty poświęca choremu wystarczającą ilość czasu, **26% respondentów całkowicie się z tym nie zgadza**
- › Średnio co 5 badany w wieku powyżej 55. roku życia uważa, że lekarz ignorował, to co chciał mu powiedzieć oraz, że sposób w jaki lekarz z nim rozmawiał spowodował, że poczuł się przygnębiony
- › Co trzeciej badanej osobie powyżej 55. roku życia wydaje się, że lekarz nie chciał skierować go na badania lub zabieg, który jego zdaniem był potrzebny
- › Co 10 badanej osobie po 55. roku życia zdarzyło się, że w przeciągu ostatnich 2 lat, leczenie, które było mu potrzebne nie było w pełni refundowane przez NFZ
- › Co 20 badanemu zdarzyło się, że lekarz odmówił leczenia ze względu na wiek. 25% tych przypadków dotyczyło to lekarza onkologa



Podstawa: osoby, których krewnym lekarz odmówił leczenia ze względu na wiek (n=51)  
\*Wartość śwodka - wartość powyżej i poniżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji.  
\*\*Dominanta - wartość najczęściej podawana



\*Badanie przeprowadzone na potrzeby Kampanii „Rozmowy o czasie”, 17-21 kwietnia 2011 r. na próbie 1002 osób.

prof. Piotr Rzepecki  
Kierownik Ośrodka Przeszczepiania Szpiku, Klinika Onkologii  
Wojskowy Instytut Medyczny  
Centralny Szpital Kliniczny MON



## SZPICZAK MNOGI

### EPIDEMIOLOGIA

Szpiczak mnogi stanowi ok. 1% wszystkich nowotworów oraz 10% wszystkich nowotworów hematologicznych. Szpiczak mnogi jest drugą pod względem częstości występowania chorobą nowotworową układu limfoidalnego u dorosłych (po przewlekłej białaczce limfocytowej). Zachorowalność wynosi od 1 do 8 na 100 tysięcy mieszkańców. W Polsce liczba chorych ze szpiczakiem mnogim de novo wynosi najpewniej 1500 - 1800 rocznie. Stosunek mężczyźni/kobiety wynosi 3/2. Choroba nie występuje u dzieci i niezwykle rzadko przed 30 rokiem życia. Zachorowalność na szpiczaka mnogiego wzrasta wraz z wiekiem (do > 40/100 tysięcy dla osób > 80 roku życia). Większość przypadków występuje powyżej 50. roku życia (ok. 90%). 65% nowych przypadków to chorzy > 65. roku życia. Mediana wieku w momencie rozpoznania wynosi 70 lat. Zachorowania na szpiczaka mają charakter sporadyczny, jednak ryzyko zachorowania jest 3,7- krotnie większe u osób bezpośrednio spokrewnionych z chorymi.

### OBJAWY

Przebieg szpiczaka mnogiego zależy od aktywności procesu nowotworowego oraz odpowiedzi na stosowane leczenie. Kliniczny początek choroby jest zazwyczaj mało charakterystyczny. Często występuje ogólne osłabienie. Typowy dla aktywnego szpiczaka mnogiego jest zespół objawów - CRAB.

**C** - Podwyższenie stężenia wapnia w surowicy (> 10,5 mg%), objawiające się postępującym osłabieniem, zmęczeniem, nudnościami, wzrostem pragnienia, pogorszeniem się funkcji nerek

**R** - Niewydolność nerek (stężenie kreatyniny > 2,0mg%)

**A** - Anemia (niedokrwistość)- stężenie hemoglobiny < 10,0 g%

**B**- Ubytki osteolityczne w kośćcu, osteoporoza, złamania patologiczne. Około 70% chorych cierpi na bóle kostne o różnym nasileniu, często zlokalizowane w dolnych partiach żeber. Nagły ostry ból kostny może być oznaką złamania patologicznego lub kompresji kręgu.

## Inne objawy

- › Zespół nadlepkoci - wywołany jest wysokim stężeniem białka monoklonalnego; charakteryzuje się nawracającymi krwawieniami z nosa, krwawieniami z przewodu pokarmowego oraz różnymi objawami neurologicznymi związanymi z zaburzeniami przepływu krwi w ośrodkowym układzie nerwowym, w tym: zaburzeniami widzenia, bólami głowy i sennością
- › Amyloidoza (skrobiawica) - odkładanie się w tkankach/ narządach złogów złożonych z fragmentów nieprawidłowego białka - immunoglobuliny produkowanego przez komórki szpiczaka mnogiego (amyloid AL - monoklonalne lekkie łańcuchy immunoglobulinowe). Objawy zależą od lokalizacji amyloidu: uszkodzenie mięśnia sercowego (niewydolność krążenia); uszkodzenie nerek (zespół nerczycowy, niewydolność nerek), polineuropatia, zespół złego wchłaniania, uszkodzenie wątroby, hipotonia ortostatyczna, powiększenie języka (macroglossia).
- › Nawracające zakażenia - głównie bakteryjne (dwoinka zapalenia płuc, pałeczka grypy) oraz wirusowymi - wirus opryszczki, są wynikiem obniżenia liczby granulocytów podzielonych (neutropenia) i/lub stężenia białek odpornościowych (immunoglobulin).
- › Zaburzenia hemostazy - zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowych (odpowiedź zapalna organizmu wywołana nowotworem, mechanizmy związane z samą aktywnością komórek nowotworowych, stosowane leczenie - NOWE LEKI!) oraz krwotocznych (nadmierna lepkość krwi; nabyte zaburzenia krzepnięcia, np.: nabyty zespół von Willebranda; obniżenie liczby płytek krwi).

W 30% przypadków choroba przebiega bezobjawowo i rozpoznanie jest stawiane przypadkowo np. w trakcie wykonywania badań okresowych (!! Przyspieszone, trójcyfrowe OB!!).

## CHOROBA U OSÓB STARSZYCH

Konieczna jest indywidualizacja leczenia, aby utrzymać ciągłość terapii, zmniejszyć jej toksyczność i poprawić jej wyniki z uwagi na:

- › Schorzenia towarzyszące
- › Długotrwały wpływ przewlekłego nikotynizmu, alkoholu i stosowanych z innymi powodów leków
- › Obniżoną rezerwę fizjologiczną narządów, w tym szpiku kostnego
- › Obniżoną wydolność fizyczną i umysłową
- › Obniżoną zdolność tolerancji stresu
- › Niekorzystne, związane z wiekiem zmiany we wchłanianiu, dystrybucji, aktywacji i usuwaniu leków stosowanych w terapii szpiczaka mnogiego

Nie istnieją przeciwwskazania do leków przeciwnowotworowych związane tylko i wyłącznie z wiekiem pacjenta, ale należy pamiętać, że sposoby leczenia i dawki leków p-szpiczakowych odpowiednie dla chorych <65. roku życia mogą dawać złe wyniki u chorych w przedziale wiekowym 65-75 lat, a zwłaszcza >75. roku życia. Odpowiednie dawki leków przeciwnowotworowych (dostosowane do wieku chorego i jego schorzeń towarzyszących - są już opracowane odpowiednie standardy) w połączeniu z prawidłowo prowadzonym postępowaniem przeciwdziałającym rozwojowi powikłań (np. zakrzepicy przy stosowaniu talidomidu czy lenalidomidu) łącznie ze współpracą z chorym i/lub jego rodziną to warunek konieczny, aby poprawić wyniki leczenia u starszych pacjentów.







prof. dr hab. n. med. Anna Dmoszyńska  
Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii  
i Transplantacji Szpiku  
SP Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie  
Przewodnicząca Polskiej Grupy Szpiczakowej

## OPTYMALIZACJA LECZENIA SZPICZAKA MNOGIEGO

Nowe leki wprowadzone do leczenia szpiczaka mnogiego w ostatniej dekadzie spowodowały przełom w terapii tej nieuleczalnej dotychczas choroby. Te nowe leki o unikalnych mechanizmach działania stworzyły możliwości zaprogramowania leczenia dostosowanego do stopnia ryzyka. Po raz pierwszy tę koncepcję przedstawił badacz z Mayo Clinic w Rochester. Opracowane zostały zalecenia terapeutyczne dla poszczególnych podgrup pacjentów uwzględniające nie tylko wiek chorych, ale również stan wydolności narządowej i współistniejące choroby. Zalecenia te nazwane angielskim skrótem SMART (Mayo Stratification of Myeloma and Risk-Adapted Therapy) zostały po raz pierwszy opublikowane w roku 2007 i są co pół roku uaktualniane.

### Leczenie chorych starszych

Pod pojęciem starsi chorzy najczęściej rozumie się populację osób powyżej 65. roku życia, ale w Europie obecnie mediana chorych na szpiczaka to 72 lata. Liczba starszych chorych stale zwiększa się z powodu wydłużenia życia normalnej populacji i stąd pojęcie starszych chorych staje się mniej precyzyjne, nie bazując tylko na wieku metrykalnym, ale przede wszystkim biologicznym. Obecnie mediana czasu przeżycia chorych na szpiczaka wynosi 5-7 lat u chorych młodszych tj. poniżej 65. roku życia, jeśli zastosuje się u nich wysokodawkową chemioterapię i ASCT (przeszczepienie komórek krwiotwórczych). To w tej właśnie grupie obserwuje się wydłużenie czasu przeżycia, a tylko niewielką poprawę obserwuje się w przedziale 65-69 lat, co wynika przede wszystkim z braku optymalnego leczenia starszych chorych. Jeszcze do niedawna dla grupy starszych chorych standardem leczenia było skojarzenie melfalanu z prednizonem (MP), ponieważ wielolekowa chemioterapia w tej grupie chorych nie przynosiła oczekiwanych korzyści. Jednak również dla starszych chorych scenariusz leczenia zmienił się w momencie wprowadzenia nowych leków takich jak: talidomid, jego nowy analog lenalidomid i inhibitor

proteasomu bortezomib. Dodanie talidomidu do standardowego leczenia MP skutkowało nie tylko znacznie większym odsetkiem odpowiedzi na tę terapię, ale także wydłużeniem czasu do progresji choroby (PFS) i całkowitego przeżycia (OS) w porównaniu do klasycznego MP. Zostało to potwierdzone w dużych badaniach grupy włoskiej Gimema (Palumbo i wsp. Lancet 2006; 367: 825-31.) i francuskiej grupy IFM (Facon i wsp. Lancet 2007; 370: 1209-18.)

W kolejnych badaniach do schematu MP dodano bortezomib. W międzynarodowym badaniu VISTA (Velcade as Initial Standard Therapy In Multiple Myeloma), u chorych z medianą wieku 71 (30% miało powyżej 75 lat), które objęło 682 pacjentów obserwowano niespotykany dotąd odsetek odpowiedzi całkowitych (CR) wynoszący 30% u chorych, którym do układu MP dodano bortezomib (MPV). Czas do progresji wyniósł 24 miesiące a całkowite 3-letnie przeżycie obserwowano u 72% chorych w ramieniu MPV. W ramieniu MP 3-letnie przeżycie miało 59% chorych (San Miguel i wsp. NEJM 2008; 359: 906.). Autorzy ci analizując grupy z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi takimi jak: t (4; 14), t (4; 16), delecja 17p w porównaniu do grupy chorych bez tych anomalii nie wykazali różnic w odpowiedzi na leczenie (81% vs 82% i uzyskaniu CR (35% vs 32%), co wskazuje na przełamanie oporności na leczenie w niekorzystnych rokowniczo grupach. Autorzy ci poddali dalszej analizie inne znane czynniki prognostyczne: stężenie albuminy (większe i mniejsze niż 3,5g/dl), stężenie beta2-mikroglobuliny (większe i mniejsze niż 5,5mg/L, stadium ISS (I vs III) oraz wiek chorych (powyżej i poniżej 75 roku życia) obserwując we wszystkich ocenianych parametrach tj. RR, PFS i OS znacznie większą skuteczność VMP niż MP. Przeprowadzona niedawno po 5 latach aktualizacja wyników tego badania wykazała medianę przeżycia 43 miesiące w grupie MP, natomiast w grupie MPV mediany jeszcze nie osiągnięto.

Dodanie lenalidomidu do układu MP w leczeniu indukcyjnym również wykazało korzyści takiego skojarzenia. W grupie MPR odsetek odpowiedzi na leczenie wynosił 81%, w tym aż 48% uzyskało co najmniej VGPR. Jednoroczne przeżycie w grupie MPR wyniosło 100%, a w grupie MP 92%. Te badania są kontynuowane w celu oceny efektów leczenia podtrzymującego lenalidomidem. Wstępne wyniki są obiecujące wskazując, że leczenie podtrzymujące lenalidomidem skutkuje zwiększeniem odsetka odpowiedzi na leczenie, w tym również odsetka CR, co ma związek z immunomodulacyjnymi właściwościami tego leku. Podsumowując, można stwierdzić, że dodanie do podstawowego schematu MP talidomidu, bortezomibu lub lenalidomidu u starszych chorych na szpiczaka skutkuje znacznym zwiększeniem odsetka odpowiedzi na leczenie w tym uzyskaniu VGPR i CR, co przekłada się na wydłużenie czasu do progresji choroby i czasu całkowitego przeżycia.

Pytanie, które należy sobie zadać to, czy melfalan jest niezbędny w leczeniu indukcyjnym u starszych chorych? Czy w nowych układach można wyeliminować leki alkilujące? Myślę, że toczące się obecnie badanie kliniczne z nowymi lekami kojarzonymi między sobą w ciągu 2 - 3 lat dadzą odpowiedź na te pytania.

### Leczenie chorych z oporną/nawrotową chorobą

Badania MM-009 i MM-010 oceniające lenalidomid podawany w skojarzeniu z deksametazonem (Len+Dex) vs sam deksametazon u chorych z nawrotową bądź oporną na leczenie postacią szpiczaka prowadzone w Europie i Stanach Zjednoczonych i Australii (Weber DM et al. NEJM 2007; 357: 2133, Dimopoulos M et al. NEJM 2007; 357: 2123) wykazały podobne wyniki. Odsetek całkowitych odpowiedzi wyniósł odpowiednio 61% i 60% a w grupie leczonej samym deksametazonem wyniósł 19,9% i 24%. TTP w grupie (Len+Dex) w obu badaniach był podobny (11,1 i 11,3 miesiąca) i znacząco krótszy w grupie leczonej samym deksametazonem (4,7 mies.). Mimo, że badania prowadzono metodą „crossover”, to grupa, która od początku dostawała Len+Dex miała dłuższy czas całkowitego przeżycia 35 mies. vs 31.

Richardson i wsp. w badaniu jednoramiennym oceniali skuteczność schematu trójlekowego z zastosowaniem dwóch nowych leków i deksametazonu (RVD) u chorych z opornym na leczenie szpiczakiem. W schemacie tym lenalidomid (R) stosowany był w dawce 25 mg przez 21 dni cyklu, bortezomib (V) w dawce 1 mg/m w dniach 1,4,8,11 każdego cyklu oraz deksametazon (D) w tych samych dniach co bortezomib. Odpowiedź na leczenie w tej grupie chorych obserwowano u 73% chorych, w tym 36% chorych uzyskało CR +VGPR (Blood 2007; 110: 124a). Wydaje się więc, że kombinacja bortezomibu z lekiem immunomodulującym powinna być podstawą leczenia chorych z oporną i nawrotową postacią choroby. Sugeruje się również, że chorzy z oporną na leczenie chorobą powinni być kwalifikowani do badań klinicznych z innymi, nowymi lekami jak np. karfilzomib czy pomalidomid, ale także z inhibitorami deacetylazy histonów czy białek szoku cieplnego. Lista nowych leków będących w badaniach klinicznych jest znacznie dłuższa co budzi uzasadnione nadzieje na przyszłość.

Obecnie uważa się, że dla chorych z noworozpoznaną chorobą nie będących kandydatami do wysokodawkowej chemioterapii (HDT) wspomaganej przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych (ASCT) podstawowy schemat to melfalan + prednizon w połączeniu z nowymi lekami i to nie tylko już w ustalonych i potwierdzonych kombinacjach MPT i MPV, ale także z następną generacją nowych inhibitorów proteasomu czy nowszych leków immunomodulujących jak pomalidomid.

### Jakość odpowiedzi na nowe leki a czas przeżycia

Jest to problem często podnoszony zarówno na zjazdach hematologicznych (ASH, EBMT, EHA) jak i w publikacjach w ostatnim czasie. Większość autorów jest zdania, że jakość (głębokość) uzyskanej remisji całkowitej ma znaczenie dla długości czasu przeżycia chorych. Grupa francuska IFM analizując całkowity czas przeżycia chorych, którzy uzyskali CR w porównaniu do chorych z PR wykazała, że nie był on istotnie statystycznie dłuższy, ale czas do następnego leczenia (TTN) był znacząco statystycznie dłuższy u chorych, którzy uzyskali CR. Jeżeli natomiast porównano grupę chorych z CR+PR z grupą chorych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie to tutaj całkowity czas przeżycia chorych, którzy nie uzyskali co najmniej PR był znacząco statystycznie krótszy.

Obecnie dla nowozdiagnozowanych chorych, którzy nie są kandydatami do HDT i ASCT mamy do dyspozycji trzy układy trójlekowe z nowymi lekami: MPT, MPR, VMP. Nasuwa się pytanie, który z nich jest najlepszy i który wybrać dla konkretnego pacjenta? Trwają badania porównujące MPT z MPR, ale nie ma jeszcze pełnych wyników. Mateos i wsp. z hiszpańskiej grupy Pethema porównywali układ VMP z VTP. Wyniki były bardzo podobne, a odsetek odpowiedzi na leczenie był bardzo wysoki 98% vs 99%. Chorzy w obu grupach otrzymywali następnie leczenie podtrzymujące VT lub VP. Dwuletnie OS było identyczne w obu grupach chorych i dotyczyło 88% chorych (Mateos M-V i wsp. Lancet Oncology 2010; 11: 934-41).

### Czy dodanie czwartego leku do układów trójlekowych poprawi wyniki leczenia?

Palumbo i wsp. opublikowali wyniki badań układem VMPT gdzie do układu VMP dodano talidomid a następnie stosowano leczenie podtrzymujące w układzie VT (ASH 2010, abstrakt 620). Oceniano czas do następnego leczenia (TTN) i trzyletni PFS. Analiza statystyczna wykazała, że wszystkie oceniane parametry wskazywały na lepsze wyniki leczenia w grupie VMPT + VT w porównaniu do układu VMP. W chwili obecnej toczy się badanie porównujące schemat MPT do RD (lenalidomid + deksametazon).

Optymalizacja leczenia chorych na szpiczaka odnosi się nie tylko do grupy chorych nie kwalifikujących się do HDT i ASCT, ale również do kwalifikujących się do tej terapii. W Centrum MD Cancer Anderson w Bostonie prowadzone jest bardzo interesujące badanie, które ma odpowiedzieć na pytanie o rolę i miejsce HDT i ASCT w erze nowych leków na szpiczaka. Ludwig i wsp. (The Oncologist 2011; 116: 388- 403) przedstawili wyniki II fazy randomizowanego badania klinicznego, w którym

oceniano dwa układy indukcyjne u nieleczonych chorych, którzy byli kandydatami do HDT i ASCT. Pierwszy układ VTD stosowany był jako komparator a drugi to czterolekowy układ VDT + cyklofosfamid (VTDC). Celem pracy był ocena skuteczności i toksyczności układu czterolekowego VTDC. W ramieniu VDT 51% chorych uzyskało CR a w ramieniu VDTC 44 %. Wskaźnik odpowiedzi RR (response rate) wynosił 100% dla VDT i 96 % dla VTDC. Pacjenci leczeni układem 4-lekowym mieli więcej zdarzeń niepożądanych 47% vs 57%, w tym u 41% były to zdarzenia-stopień toksyczności wg WHO. W grupie porównawczej zdarzenia te wystąpiły u 22% chorych. Autorzy konkludują, że oba układy indukcyjne cechuje niezwykle wysoka skuteczność, ale ze względu na większą toksyczność VDTC należy raczej stosować układ VDT. Bortezomib znalazł również zastosowanie w schemacie mieloablacyjnym gdzie do wysokodawkowego melfalanu dodano 4 wstrzyknięcia bortezomibu w dawce 1mg/m<sup>2</sup>. Dwa w dniach -6 i -3 przed transplantacją i dwa po +1 i +4.

### Jak długo należy stosować nowe leki?

Są dwie odmienne koncepcje dotyczące tego problemu. Pierwsza zakłada, że nowe leki należy stosować w postaci stałej liczby cykli leczenia indukcyjnego. Natomiast druga, że nie należy określać z góry liczby cykli tylko kontynuować leczenie do czasu progresji choroby. W chwili obecnej trudno powiedzieć, które postępowanie jest właściwsze. Przedstawiono wiele dowodów przemawiających za przedłużonym leczeniem, czy to w postaci leczenia podtrzymującego, czy w postaci terapii konsolidującej po HDT i ASCT argumentując, że przedłużone leczenie skutkuje lepszą (głębszą) remisją całkowitą, a co jest z tym związane wydłużeniem czasu do progresji choroby i w niektórych przypadkach także całkowitego czasu przeżycia. Lekiem, który dobrze nadaje się do leczenia podtrzymującego jest lenalidomid, gdyż jest to lek doustny. Bortezomib także był stosowany w leczeniu podtrzymującym i gdy zarejestrowana zostanie formuła leczenia podskórnego 1 raz w tygodniu z pewnością będzie on szerzej stosowany.

Nie ulega wątpliwości, że ogromny postęp jaki obserwujemy w leczeniu szpiczaka zawdzięczamy nowym lekom o odmiennym od cytostatyków mechanizmie działania. Te nowe leki mogą być wdrożone u każdego chorego niezależnie od fazy choroby, a więc zarówno w leczeniu indukcyjnym, konsolidującym, jak i u chorych z nawrotową/oporną postacią choroby i wreszcie w leczeniu podtrzymującym. Leki nowe łączone ze starymi (MPT, MPR, MPV) czy w połączeniach między sobą (VTD, VTP, RVD) wykazują niezwykle dużą skuteczność i powinny być dostępne zarówno dla chorych starszych jak i młodszych.

Pełny tekst dostępny jest na portalu [www.hematoonkologia.pl](http://www.hematoonkologia.pl).

Wiesława Adamiec  
Prezes Fundacji Carita  
- Życ ze Szpiczakiem



## SZPICZAK MNOGI

Szpiczak mnogi jest chorobą podstępą, bo ma takie objawy, które niestety nie ułatwiają jej zdiagnozowania. Są to często bóle kręgosłupa, anemia, nawracające infekcje, spadek sił, a przecież mogą to być również objawy typowe dla innych schorzeń. Szczególnie, że choroba dotyka ludzi w wieku 60+, choć coraz częściej na spotkania z nami przychodzą pacjenci 50+ a czasem i młodszy.

Najczęstszym problemem osób starszych chorujących na szpiczaka mnogiego jest obok dobrej diagnozy rozmowa z lekarzem, a właściwie jej brak. To przecież jeden z najistotniejszych elementów leczenia obok farmakoterapii. Bardzo ważne jest, aby pacjent poznał szczegóły dotyczące terapii, skuteczność stosowanych leków i ewentualnych powikłań polekowych oraz możliwość innych metod leczenia. Rodzaj prowadzonej terapii ma wpływ na jej powodzenie. Niestety w Polsce pacjenci mają ograniczony dostęp do nowoczesnych terapii co jest związane z przygotowaniem (przez już bardzo długi czas) programu terapeutycznego dla chorych na szpiczaka mnogiego.

Po raz drugi Fundacja Carita - Życ ze Szpiczakiem prowadzi spotkania edukacyjne pt. „Nasze Życie ze Szpiczakiem”, w których biorą udział tacy specjaliści jak hematolog, neurolog i psycholog. Cieszą się one dużym zainteresowaniem wśród pacjentów i ich rodzin. Pacjenci poszerzając wiedzę na temat choroby, nie boją się o niej mówić, stają się bardziej świadomi, a co za tym idzie mogą być partnerami dla lekarza, który ich leczy. Rodziny mają wiedzę jak funkcjonować z chorym w domu, jak pomóc sobie i jemu w codziennych zmaganiach z chorobą.

W naszej Fundacji często szukają pomocy pacjenci przerażeni tym, że zdiagnozowano u nich nowotwór. Nie mają żadnej wiedzy więc szukają tych, którzy poradzą im sobie z chorobą. Staramy się tak pomagać, aby uwierzyli, że nowotwór to diagnoza i można oswoić lęk, aby mieć siłę do walki z nim. Z pacjentami kontaktują się Ci,



którzy przeszli tę drogę a potem wspierają się nawzajem. Zaczynają być świadomym pacjentami, którzy po wyjściu z choroby sami są wsparciem dla „nowo zdiagnozowanych szpiczakowców”. Wielokrotnie zwracają się także pacjenci mający problem z uzyskaniem od lekarza prowadzącego informacji dotyczącej nowoczesnych metod terapii szpiczaka mnogiego. Często słyszą od lekarza, że „u nas tak się leczyło i tak się leczy” a od innych pacjentów dowiadują się, że w innym szpitalu leczy się inaczej. Nie mamy prawa wchodzić w kompetencje lekarza i nigdy tego nie robimy. Ale mamy obowiązek informować pacjenta o jego prawach, a edukując wspierać, motywując do walki o swoje życie i to robimy w ramach działalności Fundacji Carita - Życ z Szpiczakiem.



**Mariola Kosowicz**  
Kierownik Zakładu Psychoonkologii  
Centrum Onkologii  
- Instytutu im. Marii Skłodowskiej- Curie w Warszawie



Dzisiejszy świat narzuca ludziom kult piękna, młodości i bezgranicznej aktywności życiowej. Z jednej strony przyjmujemy istnienie starości i wynikających z niej ograniczeń, a z drugiej wszystkimi możliwymi sposobami uciekamy od tych „smutnych” tematów.

Można więc zadać sobie pytanie, dlaczego tak się dzieje? Zapewne powodów jest wiele.

Przede wszystkim starość kojarzy się z degradacją psychofizyczną i społeczną.

W większości przypadków osoba w podeszłym wieku zostaje odsunięta na margines życia. Tylko nieliczni nie odczuwają przykrych konsekwencji późnej starości.

Rozważając problem jakości życia w różnych fazach i okresach rozwojowych człowieka, to właśnie starość kojarzy się jedynie z podstawowymi potrzebami fizycznymi (jedzenie, spanie). Cała reszta potrzeb: psychicznych, społecznych, intelektualnych, duchowych, intymnych pozostaje pominięta lub jest traktowana marginalnie.

Późna starość, to zmaganie się z dysfunkcjami organizmu, z chronicznym zmęczeniem, słabością, poczuciem niemocy, problemami materialnymi, a nierzadko również z chorobą współmałżonka. Przede wszystkim jednak dominuje smutek i poczucie opuszczenia przez świat, dla którego „X” lat wstecz stanowiło się wartość.

Jeżeli do tego niełatwego życia dodatkowo wkroczy choroba nowotworowa, to istniejące dotychczas problemy w istotny sposób się pogłębiają.

Choroba, która wymaga ciągłej troski o siebie, przestrzegania zaleceń medycznych, zmagania się z niemocą wobec systemu opieki medycznej (długie kolejki, oczekiwanie na badania, nie zawsze dobry kontakt z personelem medycznym itp.), jak również ciągła niepewność przyszłości powoduje poważny kryzys w życiu człowieka.

Profesor Pilecka w swojej książce „Kryzys Psychologiczny. Wybrane zagadnienia” Kraków (2004), podkreśla, iż kryzys w życiu człowieka powinien być opanowany w ciągu sześciu tygodni, natomiast w chorobie nowotworowej ma on postać kryzysu chronicznego. W konsekwencji wiąże się to z wieloma psychologicznymi skutkami ubocznymi - od utraty chęci do życia, depresji, do ataków złości i agresji.



Poważnym problemem dla osób w podeszłym wieku jest brak porozumienia z otoczeniem. Zdrowi, młodszy ludzie nierzadko w stosunku do osób w podeszłym wieku wykazują niecierpliwość. Wydaje im się, że rzeczy dla nich oczywiste są takimi dla wszystkich. Rodziny denerwują się na objawy demencji, a tak naprawdę nie radzą sobie ze swoją niemocą. Opieka wymaga przecież czegoś więcej niż zrobienia zakupów...

Wielu lekarzy nie zwraca uwagi na fakt, iż osoby w zaawansowanym wieku mogą mieć problemy ze zrozumieniem choroby i zaleceń terapeutycznych. Stosowanie żargonu medycznego lub eufemizmów wprowadza niepokój i zagubienie. Leczenie osoby starszej wymaga ciągłej aktualizacji jego stanu psychicznego, fizycznego, jak również warunków socjalno - społecznych. Czym więcej samotności, problemów materialnych, poczucia niemocy, tym mniejsze zaangażowanie w proces leczenia.

Z lęku przed odrzuceniem niewielu starszych ludzi zwróci uwagę lekarzowi, powie bliskim o swojej samotności. Zawsze będą kogoś tłumaczyć i pokornie czekać, że może ktoś zobaczy w nich człowieka, który żyje, czuje i ma swoje marzenia. Niektórzy nawet na to nie czekają. Przyjmują pozycję jaką określiła dla nich rodzina i społeczeństwo.

Konstatując można powiedzieć, że zbyt często zapominamy, iż podstawą dobrej relacji z drugim człowiekiem jest odpowiednie dostrojenie się do możliwości i ograniczeń danej jednostki. Brak dostrojenia prowadzi do dyskryminacji i patologizacji stosunków międzyludzkich i międzypokoleniowych.



FUNDACJA  
CARITA  
Żyć ze Szpiczakiem

Fundacja Carita - Żyć ze Szpiczakiem powstała w marcu 2010 roku. Fundacja jest organizacją pozarządową (NGO), która zrzesza pacjentów chorych na szpiczaka z całej Polski oraz ich bliskich i przyjaciół. Od niedawna jesteśmy członkiem European Cancer Patient Coalition. W przyszłości chcielibyśmy nawiązać współpracę z Europejską Siecią Grup Pacjentów Chorych na Szpiczaka - Myeloma Euronet.

Fundacja Carita powstała z myślą o wspieraniu pacjentów chorych na szpiczaka mnogiego oraz działa na rzecz szerzenia wiedzy o szpiczaku. Jednym z głównych celów działania Fundacji jest wyrównanie szans pacjentów w dostępie do najnowszych metod leczenia.

Głównym celem Fundacji, a zarazem jej misją jest wszechstronne działanie na rzecz chorych na szpiczaka mnogiego, a także prowadzenie działań w zakresie opieki, pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia.

Fundacja realizuje swoje cele poprzez:

- › edukację w zakresie szpiczaka i innych nowotworów,
- › organizację spotkań informacyjnych na temat szpiczaka mnogiego i nowoczesnych metod leczenia,
- › działania na rzecz inicjatyw zmierzających do ochrony interesów osób chorych na nowotwory,
- › działalność charytatywną i organizację wolontariatu,
- › działania na rzecz ochrony i promocji zdrowia,
- › działalność na rzecz integracji europejskiej oraz rozwój kontaktów i współpracy między społecznościami.

Specjalnie dla wszystkich osób zainteresowanych działaniami Fundacji i szpiczakiem mnogim powstała strona internetowa [www.fundacjacarita.pl](http://www.fundacjacarita.pl), na której znajduje się wiele przydatnych porad dotyczących życia z chorobą. Wszystkie osoby, które chcą się z nami skontaktować zapraszamy do korzystania z adresu mailowego [kontakt@fundacjacarita.pl](mailto:kontakt@fundacjacarita.pl).



## Regulamin Konkursu dla dziennikarzy „Sowa onkologiczna”

### § 1. Organizator

Organizatorem Konkursu dla dziennikarzy pt. „Sowa onkologiczna”, dalej zwanego Konkursem, jest Polska Unia Onkologii z siedzibą w Warszawie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa. Sponsorem nagród jest firma Celgene.

### § 2. Cel Konkursu

Celem Konkursu jest promowanie, rozpowszechnienie i popularyzacja wśród dziennikarzy, a także poprzez media, informacji na temat sytuacji osób starszych chorych na nowotwory w Polsce.

### § 3. Temat Konkursu, idea

Tematyka publikacji musi nawiązywać do poruszanej podczas 5 śniadań prasowych organizowanych w ramach kampanii „Rozmowy o czasie”. Każde spotkanie dotyczyć będzie innej jednostki chorobowej oraz innego tematu społecznego, a mianowicie: szpiczak mnogi i dyskryminacja, MDS i edukacja, białaczka szpiku kostnego i dostęp do leczenia oraz chłoniaki i system ochrony zdrowia. Ideą konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie dziennikarza, który przygotował i opublikował najbardziej rzetelną informację na temat osób starszych chorych na nowotwory w Polsce.

### § 4. Warunki uczestnictwa w Konkursie i termin przekazywania publikacji

1. Uczestnikami Konkursu mogą być dziennikarze wszystkich redakcji ogólnopolskich oraz regionalnych położonych na terenie całego kraju, zajmujący się problematyką zdrowotną oraz społeczną, zgłaszający się indywidualnie lub za pośrednictwem swojej redakcji.
2. W Konkursie oceniane będą wyłącznie materiały dziennikarskie spełniające następujące kryteria:
  - Powstałe od czasu rozpoczęcia Kampanii „Rozmowy o czasie”, czyli od 30 czerwca 2011 roku.
  - Opublikowane/wyemitowane w konkretnym:
    - Tytule prasowym
    - Stacji telewizyjnej
    - Rozgłośni radiowej
    - Portalu internetowym
3. Każdy uczestnik/dziennikarz może zgłosić wiele publikacji/materiałów, napisanych/stworzonych indywidualnie i samodzielnie (nie dopuszcza się prac zbiorowych).
4. Publikacje/materiały muszą zostać przesłane do Biura Organizacyjnego programu drogą mailową wraz z poniższymi informacjami:
  - Imię i Nazwisko autora publikacji/materiału
  - Numer telefonu oraz adres email do autora publikacji/materiału
  - Pełna nazwa redakcji wraz z adresem do korespondencji
  - Imię i nazwisko redaktora naczelnego
  - Numer telefonu oraz adres email do redaktora naczelnego
5. Warunkiem przystąpienia do Konkursu jest przekazanie zgłoszenia udziału w Konkursie, stanowiącego Załącznik do Regulaminu, podpisane przez uczestnika Konkursu.

Podpisanie i przekazanie zgłoszenia udziału Organizatorowi jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na postanowienia niniejszego Regulaminu.

6. Przekazanie publikacji następuje za pośrednictwem redakcji, której pracownikiem lub współpracownikiem jest uczestnik Konkursu lub też indywidualnie przez uczestnika Konkursu.
7. Przekazanie publikacji Organizatorowi następuje z chwilą doręczenia ich na adres:
  - rozmowyzasie@hillandknowlton.pl w temacie maila podając „Konkurs dla dziennikarzy”. Za datę przekazania przyjmuje się datę doręczenia publikacji/materiału na podany adres.
8. Publikacje/materiały należy przekazywać Organizatorowi do dnia 1 grudnia 2011 r.

### § 5. Organizacja i przebieg Konkursu

1. Organizator wyłania laureatów Konkursu nie później niż do 9 grudnia 2011 r.
2. Organizator wręczy nagrody laureatom podczas śniadania prasowego 15 grudnia 2011 roku, organizowanego w ramach kampanii „Rozmowy o czasie”, które odbędzie się w Warszawie w Pałacu Sobańskich przy Al. Ujazdowskich 13.
3. Organizator zastrzega sobie prawo do unieważnienia Konkursu w dowolnym czasie bez podania przyczyny.

### § 6. Nagrody

1. Organizator zapewni nagrody:
  - 1 miejsce:
    - Wyjazd na zagraniczny zjazd onkologiczny
    - Statuetkę
    - Dyplom
  - 2 miejsce:
    - Statuetkę
    - Dyplom
  - 3 miejsce:
    - Statuetkę
    - Dyplom
2. Uroczyste wręczenie nagród odbędzie się podczas śniadania prasowego, organizowanego w ramach kampanii „Rozmowy o czasie”, które odbędzie się w Warszawie 15 grudnia 2011 roku. Organizator powiadomi pisemnie (drogą mailową) redakcję laureatów Konkursu.

### § 7. Postanowienia końcowe.

1. Uczestnicy Konkursu wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celach prowadzenia Konkursu, wyłaniania laureatów i przyznawania nagród, wydawania, odbioru i rozliczania nagród.
2. Ewentualne spory, mogące wyniknąć między Organizatorem Konkursu a jego uczestnikami będą rozpatrywane przez sąd powszechny w Warszawie.



## Patronat Honorowy



Ministerstwo Zdrowia

## Partnerzy Kampanii



Polskie Towarzystwo  
Onkologii Klinicznej



Polska Koalicja  
Organizacji  
Pacjentów  
Onkologicznych



FUNDACJA  
CARITA  
Życie ze Szpiczakiem



Stowarzyszenie Wspierające  
Chorych na Chłoniaki  
„Sowie Oczy”



Ogólnokrajowe  
Stowarzyszenie Pomocy Chorym  
na Przewlekłą Białaczkę Szpikową



## Patroni medialni

Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia



Śłużba Zdrowia