

Ghidul pacientului Oncologic

Sub redacția: Dr. Delia Mateescu

Autori:

Dr. Delia Mateescu

Dr. Alice Bălăceanu

Dr. Mihai Ciochinaru

Dr. Ștefănel Vlad

Daniela Livadaru

Sub redacția: Dr. Delia Mateescu

Autori: Dr. Delia Mateescu
Dr. Alice Bălăceanu
Dr. Mihai Ciochinaru
Dr. Ștefănel Vlad
Psiholog clinician Daniela Livadaru

DTP: Benett Advertising

Copertă și grafică interioară: Cristian Crisbășan

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
MATEESCU, DELIA

Ghidul pacientului oncologic / dr. Delia Mateescu. -

București: Benett, 2010

ISBN 978-973-87129-7-3

616-006.6

© **Editura Benett**

Strada Frunzei nr. 9, sector 2, București

Tel: 021 326 34 14, Fax: 021 326 35 15

office@benett.ro

CUPRINS

Cuvânt introductiv	6
I. Informații, date de contact instituții medicale, organizații, pagini web pentru pacienți	10
II. Drepturile pacientului oncologic, Dr. Delia Mateescu <i>(medic primar Oncolog-Spitalul Clinic Județean de Urgență Ilfov)</i>	14
III. Definiții (Dicționar de termeni), Dr. Delia Mateescu	22
IV. Modalități de diagnostic – Imagistică și laborator, Dr. Delia Mateescu	28
V. Stadializarea bolii, Dr. Delia Mateescu	38
VI. Modalități de tratament	44
- Chirurgia oncologică, Dr. Delia Mateescu	45
- Radioterapia, Dr. Ștefănel Vlad, (medic primar radioterapie, competență Îngrijiri Paliative, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central, „Dr. Carol Davila“, București, www.radioterapie.ro)	47
- Chimioterapie, hormonoterapie, imunoterapie, terapiile țintite și tratamentul cu bisfosfonați, Dr. Delia Mateescu	78
VII. Controlul simptomelor legate de tratamente, Dr. Mihai Ciochinaru <i>(medic primar medicină internă, medic primar hematologie clinică, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central, „Dr. Carol Davila“, București)</i>	90
VIII. Nutriția, Dr. Alice Bălăceanu (medic primar medicină internă – Spitalul Clinic Județean de Urgență Ilfov)	110
IX. Comportamentul, Dr. Delia Mateescu	124
X. Noțiuni de genetică și cancer familial, Dr. Delia Mateescu	132
XI. Consiliere psihologică, Psiholog Clinician Daniela Livadaru	142
XII. Studiile clinice, Dr. Delia Mateescu	150
XIII. Terapii complementare și alternative, Dr. Delia Mateescu	162
XIV. Îngrijiri de tip „Hospice“, Dr. Delia Mateescu	168
XV. Întrebări pentru terapeuți	172
XVI. Chestionar	174

Cuvânt introdactiv



CUVÂNT INTRODUCATIV

Acest ghid le este dedicat tuturor acelor care cred că nu cancerul este cea mai gravă boală a omului, ci ignoranța!

Ne-am dorit ca acest ghid să fie util tuturor pacienților oncologici fără discriminare, indiferent de gradul lor de instrucție, pregătire sau cultură.

Astfel pentru aceia dintre dumneavoastră care utilizează frecvent și au acces la o mulțime de surse de informație, acest ghid se vrea un fir al Ariadnei în labirintul avalanșei de informații mai mult sau mai puțin corecte științific, un „abc“ care să vă ajute să recepționați corect, păstrând mereu un simț critic absolut necesar, orice tip de cunoștințe sau mesaje mai sofisticate și mai complexe decât cele prezentate în această lucrare.

În același timp, sperăm ca aceia dintre dumneavoastră pentru care accesul la informațiile virtuale sau tipărite este mai dificil, să găsească în acest ghid, toate informațiile necesare înțelegerii bolii, dar și întregului proces de îngrijiri medicale, într-un limbaj accesibil și într-o formă interesantă.

Primele referințe scrise despre cancer datează din anii 1600 înaintea erei noastre, în Egipt, iar descrierea tratamentului cuprindea doar 2 cuvinte: Nu există!

Progresele medicinei privind tratamentul acestei maladii au fost extrem de lente, dacă ne gândim că până aproape de mijlocul secolului 20, nu s-au produs modificări spectaculoase, care să schimbe dramatic prognosticul nefavorabil al acestei boli.

Dar, suntem în secolul 21 și în mod evident efervescența cercetărilor în domeniul cancerului, precum și multitudinea studiilor clinice internaționale,

corelate cu o impresionantă alocare de resurse materiale de către sistemele medicale din întreaga lume, au condus la schimbări radicale în diagnosticul și tratamentul acestei afecțiuni, astfel încât putem spune cu certitudine că în zilele noastre, „Cancerul nu înseamnă o condamnare la moarte“.

Această afirmație nu este o lozincă menită să crească optimismul pacienților, ci descrie o realitate a zilelor noastre în care multe tumori sunt curabile dacă sunt diagnosticate și tratate corect și de asemenea speranța de viață a pacienților diagnosticați tardiv sau cu tumori foarte agresive, crește în mod constant prin apariția de noi și mereu mai performante terapii.

În acest ghid veți găsi explicate cele mai importante metode de diagnostic și tratament, modul în care puteți depăși reacțiile adverse ce pot apare, dar și o mulțime de alte informații, pe care autorii au considerat, că e bine să le aveți, astfel încât comunicarea dumneavoastră cu medicii care vă îngrijesc să fie cât mai ușoară și eficientă în același timp.

Ne dorim ca prin acest ghid să „demontăm“ două concepții demodate, ce influențează negativ relația medic-pacient și chiar viața acestuia din urmă.

Prima este aceea că „medicul dispune, iar pacientul ascultă!“. O atitudine medicală paternalistă, „old fashion“ care înseamnă că medicul ia toate deciziile, fără să explice pacientului care sunt opțiunile lui de terapie sau ce metode de diagnostic pot fi folosite. Sperăm că lectura capitolelor ce urmează să ofere pacienților oncologici, posibilitatea de a participa activ la deciziile medicale, într-un dialog reciproc respectuos și constructiv, situație pe care o considerăm „trendy“ – actuală, fiindcă ni se pare lipsit de sens ca metodele de diagnostic și tratament să fie atât de moderne și complexe, iar relația interumană, medic – pacient, cea mai importantă în procesul îngrijirilor umane să rămână cantonată în repere istorice demodate.

A doua concepție pe care dorim să o schimbăm este aceea mult uzitată și devenită deja șablonardă a „pacientului luptător“, stimulat de diverse organizații și persoane mai mult sau mai puțin binevoitoare să-și mobilizeze toate resursele materiale și mentale în „lupta cu boala“. Credem că este menirea firească a echipei medicale să ducă această luptă, tocmai pentru ca pacientul să poată

trăi, cât mai mult și cu minim de schimbări în existența personală. Nu este în beneficiul pacientului să-și epuizeze întreaga energie datorită preocupării obsesive de a lupta cu boala. Nu un „luptător“, ci un pacient informat va avea o evoluție mai bună a bolii și va trăi mai frumos alături de familie și prieteni.

Ne dorim foarte mult ca acest ghid să vă facă „imuni“ la agresiunea așa-zisilor „vindecători“, care promet miracole, în locul terapiilor medicale, științifice.

Ne dorim să nu cădeți nici în capcanele mediatice, pentru că: așa cum „nu tot ce strălucește e aur“, nici tot ce apare în ziare, la televizor sau pe internet, este adevărat!, iar acest ghid vă poate ajuta să preluați în mod just orice nouă informație referitoare la boala dumneavoastră.

Ne dorim să vă cunoașteți drepturile atât în relația cu personalul medical, cât și cu autoritățile, dar în aceeași măsură ne dorim să deveniți conștienți că aveți și datoria de a vă purta întotdeauna cu responsabilitate, fiindcă boala nu e o scuză, pentru a-i face și pe alții să sufere (familia, prietenii, cunoscuții, personalul medical, sau administrativ), fiindcă nu este vina nimănui că v-ați îmbolnăvit, cu atât mai puțin a celor care doresc să vă ajute.

Ne dorim că acest ghid să contribuie la îmbunătățirea comunicării, la dezvoltarea unui dialog armonios cu medicul curant, stabilit pe baza unui respect real reciproc, fiindcă să nu uităm niciodată că trebuie să ne purtăm cu ceilalți la fel de frumos precum ne dorim ca ei să se poarte cu noi.

Delia Mateescu

Informații



Informații, date de contact, instituții medicale, organizații, pagini web pentru pacienți



Asociații pentru pacienți

Bd. N. Bălcescu 24, sc.C, etaj 2, ap.7, interfon (II), sector 1,
010053, București
Tel./Fax: 021 319 93 29 | E-mail: copac@copac.ro
Cod Fiscal: 24318010

Președinte: Cezar Irimia

Tel.: 0723240223
e-mail: cezar.irimia@copac.ro | abc_romania@yahoo.com

Vicepreședinte: Roșu Cristian

Tel.: 0721888463 | 0766255510
e-mail: rosu.cristian@copac.ro | rosu67cristian@yahoo.com

Site Administrator Bujan Alin

Tel.: 0735853579 | 0761796573
e-mail: alin.bujan@copac.ro | b.alin@ymail.com

ABC - România

Braşov, Str. Gladiolelor nr.4, și B-dul. Grivitei 91/D/6

Cezar Irimia

Tel.: 0723240223 | 0268/337667

e-mail: abc_romania@yahoo.com

ABC - Phoenix

București, str. Lunca Bârzești nr. 2, Bl. 21, Sc. 2, Ap. 48, sect. 4

Ioana Cristea

Tel.: 0724262882

e-mail: ioanacrst@yahoo.com

ABC - Suceava

Suceava, Bdul 1 Decembrie 1918, nr. 22

Aș. Adela Brătianu și Corneliu Orezeanu

Tel.: 0742545936 / 0728162402

e-mail: lions_d124@yahoo.fr

Arc Destine Comune

Tg. Mureș, str. Mărăști nr. 38

Stella Hanusz

Tel.: 0788459601

Amazoanele bistrițene

Str. Liviu Rebreanu Nr.18

Livia Moldovan

Tel.: 0747277979

e-mail: amazoanelebistritene@yahoo.com

Oncohelp - Timișoara

Str. Ciprian Porumbescu Nr.59

Dr. Șerban Negru și Violeta Țăranu

Tel.: 0722149554

e-mail: violeta_taranu@yahoo.com

OncologicRom - Constanța

Constanța, Str. Tomis nr. 145 / Str. Soveja nr.62, bl.R sc. C, ap. 68

Corina Alexandru

Tel.: 0723853328

e-mail: oncologicrom@yahoo.com

Sofiroz - Bacău
 Bacău, Str. Slănicului 5/5
 Mioara Spiridon
 Tel.: 0744396070
 e-mail: sofirozbacau@yahoo.com

Liga de Luptă Împotriva Cancerului – MOLDAVIA
 Iași, str. Vasile Conta nr. 2
 Av. Ioana Macovei
 Tel.: 0740250273
 e-mail: macoveioana@yahoo.com

Parteneri în progres
 Constanța, str. Zorelelor nr.15
 Adrian Lupașcu
 Tel.: 0724316105
 e-mail: ady.lupascu@yahoo.com

Asoc. Pacienților cu Limfom
 București, str. Câmpia Libertății nr. 27
 Dr. Radu Niculescu
 Tel.: 0788306205
 e-mail: radu_niculescu_md@yahoo.com

Asociația Împotriva Cancerului - Timișoara
 Timișoara, str. Sextil Pușcariu, 9/B/10
 Dr. Anca Croitoru
 Tel.: 0721562686
 e-mail: ancacroitoru2003@yahoo.com

ABC - Filiala Prahova
 Str. Mihai Eminescu 22/bl.3/B/17
 Florentin-George Comănescu
 Tel.: 0734873544
 e-mail: abcprahova@gmail.com

ABC - Galați
 Galați, str. Domnească 4/P10/1/28
 Spătaru Lucia
 Tel.: 0236418874

Drepturile pacientului oncologic



DREPTURILE PACIENTULUI ONCOLOGIC

(European Guidelines for Cancer Patients' Rights)

Edited by the ECL's European network
on patients and health professionals
rights and duties

Athens, 16th October 2004

Considerații preliminare

Diagnosticul de cancer aduce schimbări profunde în viața pacientului și a familiei sale. Este o boală cronică ce are un impact deosebit asupra desfășurării activităților generale, incluzând și integrarea socială, în timpul și după terminarea tratamentului, precum și o serie de nevoi speciale.

De aceea, Asociația Europeană a Ligilor de Cancer (ECL) consideră că sunt necesare reglementări legale privind serviciile specifice oferite bolnavilor și familiilor.

În iunie 2002, (ECL) a adoptat o Declarație de Promovare și Aplicare a Drepturilor Pacienților Oncologici, cu scopul de a fi implementată în toate statele europene în concordanță cu respectarea drepturilor omului.

1. Dreptul la detecție precoce, diagnostic și tratament

Toți bolnavii cu cancer, indiferent de vârsta, sex, sau diverse condiții sociale au dreptul la o detecție precoce a bolii, la cele mai bune metode de diagnostic și tratament disponibile.

Acest drept presupune

- Existența unor standarde europene de calitate ale serviciilor medicale.
- Echipe medicale multidisciplinare calificate.
- Calitatea și accesibilitatea informațiilor primite de pacient.
- Dreptul de a primi răspunsuri oneste, profesioniste la întrebările pe care le adresează specialiștilor.
- Acces la cele mai moderne tehnologii medicale disponibile.
- Tratament conform ghidurilor clinice.
- Asigurări medicale de calitate.
- Să beneficieze de continuitate în îngrijirea medicală prin coordonarea și colaborarea dintre toate departamentele medicale implicate în rezolvarea cazului.
- Dreptul la a doua opinie.
- Liste de așteptare reduse la minim.
- Acces la consultații clinice ori de câte ori e posibil acest lucru.
- Asistare pentru luarea deciziilor în mod informat.

2. Calitatea îngrijirilor

Calitatea îngrijirilor trebuie să fie rezultatul unei abordări complexe, care să răspundă nevoilor particulare ale pacienților și familiilor acestora, să promoveze îmbunătățirea calității vieții și să conducă la o utilizare mai eficientă a resurselor.

Componentele relevante sunt:

- Pacienții trebuie să aibă dreptul de a participa direct la luarea deciziilor, privind îngrijirea lor.
- Accesibilitatea la o gamă largă de servicii medicale și comunitare (ex. îngrijiri la domiciliu), consiliere psihologică.
- Creșterea resurselor materiale la nivelul comunităților pentru sprijinirea pacienților și familiilor lor.
- Acces la terapii suportive, paliative și pentru managementul durerii, de asemenea integrarea terapiilor adjuvante, tratamentului convențional).

- Acces la o echipă profesională multidisciplinară și la centre specializate în diagnostic și tratament al cancerului.
- Integrarea organizațiilor voluntare și caritabile în procesul de îngrijire.
- Dreptul la confidențialitatea datelor personale, dreptul de a-i fi respectată demnitatea.

3. Relația pacient-profesioniști din sănătate

Această relație trebuie să se dezvolte în termeni de respect reciproc și încredere și să se bazeze pe drepturi și responsabilități bine definite.

Componentele relevante sunt:

- Timp adecvat consultării și comunicării.
- Dreptul la cea mai bună îngrijire.
- Dreptul la libera alegere (tratamente, medici, proceduri).
- Dreptul la informație completă despre diagnostic, tratament și prognostic.
- Dreptul de a-și da sau retrage consimțământul pentru diverse proceduri, tratamente.
- Dreptul de a avea acces la documentele medicale proprii.
- Dreptul la intimitate.
- Dreptul de a avea doleanțe și de a i se răspunde la ele.
- Dreptul de a-și implica membrii familiei în relația sa cu personalul medical (dacă dorește).

4. Pacientul informat

Accesul la informare pentru pacienți și familiile lor trebuie să fie promovat în vederea unei mai bune înțelegeri a bolii și tratamentelor, cu scopul scăderii anxietății și pentru a parcurge într-un mod cât mai puțin stresant această etapă de viață.

Informarea pacienților se face de către profesioniștii în sănătate, dar și din alte surse (internet, surse media diverse, organizații de pacienți).

Componentele relevante ale dreptului la informare sunt:

- Discuțiile și comunicarea.
- Existența ghidurilor de bună practică medicală și respectarea lor.
- Accesul la diverse broșuri, pliante și ghiduri explicative pentru pacienți.

5. Suport psihologic pentru pacienți și rudele acestora

Suportul psihologic este esențial pentru nevoile emoționale ale pacienților și familiilor acestora în toate etapele de evoluție a bolii, în timpul și după terminarea tratamentelor și cuprinde:

- Accesul la consiliere psihologică în toate stadiile de boală.
- Organizarea de training-uri pentru profesioniștii din sănătate pentru creșterea capacității lor de a comunica cu pacienții și de a le oferi suport psihologic.
- Asigurarea încadrării de psihologi în toate unitățile în care se tratează pacienți oncologici.
- Creșterea rolului asociațiilor bolnavilor în cadrul spitalelor și comunităților pentru promovarea intereselor acestei categorii de pacienți.
- Înființarea grupurilor de suport.
- Dezvoltarea comunicării prin internet și a schimbului de opinii cu alți pacienți.
- Acces la linii telefonice dedicate de tip „help-line“.

6. Suport social și financiar

Pentru susținerea pacientului și a familiei sale e nevoie de următoarele măsuri:

- Consiliere pentru obținerea ajutoarelor sociale.
- Ajutor în completarea diverselor formulare legale.
- Susținere socială atât în timpul, cât și după finalizarea tratamentelor.
- Susținere specifică pentru unii membri ai familiei, atunci când acest lucru e necesar.
- Protecție la locul de muncă (program redus, evitarea demiterilor).

- Ajutorarea pacienților aparținând unor grupuri vulnerabile (imigranți, șomeri, persoane cu dizabilități).
- Oferirea de cursuri de pregătire profesională și chiar oferte de locuri de muncă.
- Alte măsuri practice, specifice.

7. Reabilitarea

Restabilirea stării de sănătate fizică și psihică și creșterea calității vieții necesită o abordare complexă, multidisciplinară (fizică, socială, ocupațională, psihologică și spirituală).

Componentele relevante sunt:

- Abordarea complexă a procesului de reabilitare.
- Individualizarea planului de reabilitare pentru fiecare pacient în funcție de necesitățile lui.
- Programe de educație pentru pacienții oncologici.
- Prevenirea și tratamentul reacțiilor adverse tardive, post-terapeutice (ex.: depresia).
- Accesul la chirurgia reconstructivă.
- Facilități la angajarea/reangajarea în muncă.
- Susținere pentru o bună reintegrare la locul de muncă pentru eliminarea stigmatizării sociale și a diverselor prejudicii.
- Acces la diverse tipuri de asigurări, la împrumuturi bancare.
- Îngrijiri la domiciliu.
- Susținerea profesioniștilor medicali în efortul lor de a determina pacienții și familiile acestora să aibă mai mult control asupra vieții personale, să se integreze mai bine în societate.

8. Paliatia

Dreptul pacienților la îngrijiri medicale, care au drept scop îmbunătățirea calității vieții în fazele avansate ale bolii maligne.

Aceasta presupune:

- Flexibilitatea abordării pacientului și găsierea de soluții individualizate (cele mai potrivite fiecărui pacient).
- Dreptul pacientului de a alege locul în care aceste îngrijiri să se desfășoare: la domiciliu sau în unități medicale specializate.
- Controlul eficient al simptomelor.
- Asistență socială a familiei pacientului pe toată perioada evoluției bolii.
- Facilitarea accesului fiecărui pacient la o echipă multidisciplinară, cu specialiști în paliativ.

9. Consultața socială a pacienților

Concept consacrat în limbajul cotidian ca „advocacy“ (termen preluat din limba engleză), care desemnează toate acțiunile întreprinse individual sau prin intermediul unor organizații, ce au drept scop principal implicarea tot mai activă a pacienților în luarea deciziilor medicale, dar și în promovarea unor programe și politici de sănătate.

- Reprezintă dreptul pacienților de a se asocia și a constitui organizații care să le reprezinte interesele în relația cu furnizorii serviciilor de sănătate, dar și cu autoritățile statului.
- Se dorește crearea unui dialog constructiv între pacienți, profesioniștii din sănătate, reprezentanții autorităților statului, ai unor organizații de suport non-guvernamentale etc.

Ce trebuie să știți despre ECL:

Asociația Ligilor Europene de Cancer este o federație a Ligilor de Cancer naționale și regionale constituite din asociațiile pacienților și asociații ale profesioniștilor medicali implicați în diagnosticul și tratamentul cancerului.

ECL își are sediul în Bruxelles și este o asociație non-profit, conform legislației belgiene.

A fost creată în 1980 și are 34 de membrii în Europa.

Membrii ECL își unesc forțele pentru a oferi suport pacienților și familiilor acestora și pentru a îmbunătăți calitatea tratamentelor.

ECL utilizează anual mai mult de 120 milioane Euro în lupta împotriva cancerului, cu un personal total de aprox. 2500 de angajați și peste 200.000 de voluntari.

Majoritatea bugetului este cheltuită pentru îngrijirea pacienților, dar și pe acțiuni de prevenție și cercetare.

ECL secretariat:

ECL co-ordinator, Catherine Hartmann

Chaussée de Louvain, 479

B- 1030 Brussels, Belgium

Tel: +32 (0)2 743 3705; Fax: +32 (0)2 734 9250

<http://ecl.uicc.org>

Definiții



DEFINIȚII- dicționar de termeni medicali

Cancerul - este un termen care definește o multitudine de afecțiuni umane, caracterizate printr-o creștere anormală, haotică, a unor celule într-un anumit organ sau țesut. Această creștere aberantă, necontrolată, duce la apariția unei tumori, numită și tumoră primară. De aici tumorile maligne (canceroase) se pot răspândi în întreg organismul, ducând la formarea de noi tumori – numite și leziuni secundare sau metastaze. Cauzele acestei boli sunt nenumărate, neexistând un singur factor de risc care să poată fi incriminat în apariția cancerului. În general există factori de risc legați de mediul de viață, factori de risc legați de comportamentul individual și diversele obiceiuri (alimentație, fumat, sedentarism etc.), precum și factori genetici, moșteniți.

Oncologia – este o specialitate medicală care se ocupă de diagnosticul și tratamentul cancerului.

Tumora malignă – tumora canceroasă.

Tumora benignă – tumora necanceroasă, care nu generează leziuni la distanță și în general nici recidive locale.

Diagnosticul de certitudine

Pentru tratamentul corect al oricărui pacient cu o boală malignă este necesar un examen de certitudine care este examenul histopatologic al țesutului tumoral, obținut printr-o intervenție chirurgicală curativă sau o simplă biopsie.

Biopsie

Recoltarea de celule sau fragmente tisulare de la nivelul unui organ sau țesut pentru examinare anatomo-patologică, în vederea precizării diagnosticului de certitudine. Medicul anatomo-patolog studiază această probă la microscop și/sau efectuează și alte teste cu acest fragment tisular. Există mai multe tipuri de biopsie: incizională – se extrage o probă de țesut dintr-o tumoră, excizională – se extrage întreaga tumoră sau arie suspectă; biopsie cu ac mare = „core-biopsy“, sau cu ac fin = puncție aspirativă cu ac fin (se extrag fragmente tisulare mici în „core biopsy“ și grupuri de celule, în cazul puncției aspirative cu ac fin).

Stadiile de boală

Există 4 stadii principale ale bolii maligne notate de la I la IV în care I și II sunt considerate stadii incipiente cu prognostic bun, frecvent curabile, iar stadiile III și IV sunt stadii avansate de boală cu prognostic mai puțin favorabil sau chiar rezervat.

Există și un stadiu preclinic de boală așa numitul stadiu 0, sau microscopic, descoperit (frecvent întâmplător) înainte de apariția unor modificări clinice sau paraclinice uzuale.

Pentru stabilirea stadiului de boală se efectuează toate investigațiile imagistice și de laborator necesare fiecărui tip de localizare a cancerului, deoarece planul de tratament depinde în mod esențial, printre alți factori și de stadiul bolii.

Prognosticul: reprezintă estimarea evoluției pacientului odată ce a fost diagnosticat cu o tumoră malignă, aprecierea șanselor de curabilitate, în funcție de tipul de tumoră și caracteristicile individuale ale fiecărui bolnav.

Acesta poate fi:

- favorabil: în cazul tumorilor mai puțin agresive, descoperite în stadii incipiente la pacienți cu stare generală bună și fără comorbidități (alte boli decât cea malignă pe care o are pacientul);

- nefavorabil: în cazul tumorilor foarte agresive, diagnosticate tardiv, în stadii avansate, la pacienții cu stare generală alterată și comorbidități prezente;

- rezervat, infaust – la pacienții diagnosticați în stadiu terminal de evoluție a bolii maligne, pentru care nu există resurse actuale de tratament specific și se efectuează exclusiv tratament simptomatic, suportiv.

Tratamentele specifice – reprezintă toate tipurile de terapie: chirurgicală, radioterapie, chimioterapie, imunoterapie, hormonoterapie, terapii țintite etc. utilizate de către echipa medicală în tratamentul unui cancer, pentru eradicarea tumorii primare și a metastazelor.

Tratamentele simptomatice, suportive sunt tratamentele care nu se adresează direct tumorii canceroase, ci sunt utilizate pentru controlul simptomelor bolii și pentru susținerea generală a organelor și sistemelor pacientului afectat de boală în sine sau de tratamentele utilizate (reacțiile adverse ale acestora).

Bilanțul

Reprezintă totalitatea investigațiilor clinice, paraclinice și de laborator efectuate unui pacient.

preterapeutic – pentru stabilirea planului de tratament;

de etapă – pentru aprecierea răspunsului la tratament și orientarea acțiunilor medicale viitoare;

post terapeutic – după finalizarea tratamentelor specifice și intrarea pacientului în etapa de monitorizare.

Recidivele – sunt reprezentate de reluarea evoluției bolii maligne local sau loco-regional (în locul sau regiunea anatomică în care s-a dezvoltat tumora primară).

Metastazele – sunt așa numitele leziuni secundare, la distanță și sunt reprezentate de apariția unor tumori maligne în alte țesuturi și organe decât cel inițial în care a apărut tumora malignă. Apariția uneia

sau mai multor metastaze înseamnă inițierea procesului de răspândire a bolii. Indiferent de numărul sau sediul lor, acestea încadrează un pacient în stadiul IV de boală.

Monitorizarea – reprezintă procesul de supraveghere activă a unui pacient oncologic care și-a încheiat etapele de tratament specific. Se caracterizează prin existența unui număr de controale periodice la care pacientul trebuie să se prezinte. Rolul acestor controale este acela de a depista la timp, posibilele recidive sau metastaze la distanță pentru un tratament precoce și corect, care să sporească șansele de curabilitate ale pacientului. Investigațiile clinice și paraclinice se efectuează la fiecare control, iar frecvența acestora depinde de tipul de tumoră, localizarea ei și tratamentele specifice efectuate.

Markerii tumorali

Molecule aflate în sânge, alte fluide sau țesuturi care reprezintă un semn al unui proces patologic, tumoral, în organismul testat. Markerii tumorali se utilizează în special pentru monitorizarea răspunsului la tratamentul specific.

Echipa medicală multidisciplinară – este formată din toți medicii implicați în rezolvarea unui caz oncologic și cuprinde, obligatoriu, – oncologul medical, chirurgul oncolog specializat în diferite localizări ale cancerului, radioterapeutul, anatomo-patologul, psihologul, dar și alți specialiști în funcție de particularitățile cazului.

Nici un pacient oncologic nu are șanse de vindecare, ameliorare sau creștere a calității vieții, decât în cadrul științific al unui plan de tratament conceput de personalul medical dedicat acestui tip de patologie, pe baza ghidurilor naționale și internaționale de practică medicală.

Investigații imagistice și de laborator



INVESTIGAȚII IMAGISTICE ȘI DE LABORATOR

Bronhoscopia

Este o investigație necesară în diagnosticul tumorilor maligne pulmonare, dar și a altor afecțiuni respiratorii.

Aparatul utilizat se numește bronhoscop flexibil și cu ajutorul lui se pot vizualiza traheea și bronhiile, putându-se preleva biopsii din zonele suspecte patologic.

Investigația e indispensabilă în obținerea unui diagnostic de certitudine pentru un cancerul bronho-pulmonar.

De asemenea bronhoscopia, prin utilizarea unor instrumente specifice, poate reprezenta și o intervenție terapeutică în cazuri selecționate.

Citologia cervico-vaginală oferă informații despre starea de sănătate a epiteliului colului uterin. Se știe că de la apariția primei leziuni cu caracter malign la nivelul colului uterin și până la dezvoltarea unei tumori maligne, decelabile la un examen ginecologic obișnuit, pot să treacă mai mulți ani. Descoperirea precoce a unei leziuni canceroase la acest nivel este esențială pentru curabilitatea ei. Astfel controlul ginecologic periodic însoțit de un examen citologic Babeș-Papanicolaou sunt elemente obligatorii pentru un diagnostic corect și la timp al tumorilor de corp și col uterin oferind pacientelor șanse mari de curabilitate.

Colposcopia și biopsia cervicală

Colposcopia este o investigație prin care se examinează suprafața vulvei, vaginului și colului uterin. În timpul investigației se poate preleva o porțiune

de țesut (biopsie) de la nivelul colului sau de la nivelul canalului endocervical. Moștra de țesut se examinează apoi la microscop pentru a identifica eventuale leziuni maligne.

Colposcopia se practică atunci când examenul citologic al secreției vaginale, **testul Babeș Papanicolau**, indică prezența unor celule maligne sau cu potențial de transformare malignă.

În timpul colposcopiei, se utilizează un instrument, numit colposcop. Colposcopul mărește imaginea de 2 până la 60 ori astfel că permite medicului examinator să vadă anomalii care nu s-ar fi putut constata cu ochiul liber. La colposcop, se poate atașa o cameră care poate prelua imagini sau poate face înregistrări video. De asemenea este utilizată o substanță iodată la nivelul vaginului și al colului pentru a se identifica cât mai bine orice zonă suspectă de malignitate. Din aceste zone se vor efectua biopsii.

Colonoscopia

Este o investigație prin care se vizualizează interiorul intestinului gros (rectul și colonul) cu ajutorul unui instrument flexibil prevăzut cu o cameră (colonoscop). Această investigație este necesară diagnosticării tumorilor maligne ale colonului și rectului. În timpul colonoscopiei se efectuează și biopsia tumorii pentru ca în urma examenului histo-patologic al țesutului tumoral recoltat să se poată preciza diagnosticul de certitudine.

Există și așa-numita colonoscopie virtuală care asociază colonoscopiei clasice o investigație radiologică (CT sau RMN) în timp real (al examinării), crescându-se șansele de diagnosticare precoce a unui cancer de colon sau rect.

Ecografia

Este o metodă de diagnostic ce utilizează ultrasunetele, care sunt reflectate în mod diferit de diferitele organe interne în funcție de starea lor (fiziologică sau patologică). Ecografia poate asigura o bună evaluare a stării de sănătate a organelor în care nu se află aer, cum ar fi: ficatul, splina, ovarele, sânii, vezica

urinară, prostata, inima). În practica oncologică rezultatele unui examen ecografic sunt frecvent completate cu examinări mai sofisticate, pentru precizia diagnosticului și acuratețea tratamentului.

EKG – Înregistrarea acțiunii electrice a inimii în timpul ciclului cardiac.

Examenul Citologic se face pe baza studierii morfologiei celulare din anumite secreții patologice sau din produsele recoltate prin „aspirație cu ac fin“.

Examenul histopatologic

Este analizarea microscopică a unor fragmente de organe sau țesuturi. Acestea se recoltează prin biopsie, realizată printr-o intervenție chirurgicală. Fragmentele sunt prelucrate chimic și apoi examinate la microscop, obținându-se astfel examenul histopatologic. În afara biopsiei chirurgicale clasice, fragmente de țesut se mai obțin cu ajutorul unor dispozitive speciale care realizează prelevarea unei mostre de țesut tumoral din „miezul” tumorii – așa numitele „core-biopsy“ utilizate pentru diagnosticul de certitudine al tumorilor de sân care nu au drept primă indicație terapeutică, rezecția chirurgicală a tumorii. De asemenea mai există **puncția-biopsie aspirativă** care se realizează cu ace fine - speciale, iar aspiratul obținut este utilizat pentru obținerea unui examen citologic, adică al celulelor (spre deosebire de biopsie prin care se recoltează fragmente de țesuturi).

Deși examinarea la microscop de către medicul anatomo-patolog este cea care precizează diagnosticul cert de malignitate, uneori acest lucru nu este suficient pentru un tratament corect al tumorii și atunci se mai efectuează și un examen IHC (imuno-histochimic).

Examenul imuno-histochimic este o metodă adjuvantă pentru examenul histopatologic care poate preciza o serie de caracteristici intrinseci ale tumorii (prezența unor receptori, a unor anomalii celulare specifice) utilizate pentru individualizarea tratamentelor oncologice (adică fiecare pacient să primească

un anumit tip de tratament, cât mai adecvat tumorii pe care o are, cu toate caracteristicile ei). Prin acest examen se poate stabili mai exact tipul de cancer precum și modalitatea terapeutică cea mai eficientă.

Hemograma completă

Hemograma completă este o analiză care măsoară următoarele:

- Numărul de globule roșii din sânge - eritrocite (RBC).
- Numărul de globule albe din sânge - leucocite (WBC).
- Cantitatea totală de hemoglobină din sânge (HGB).
- Procentul de globule roșii (hematocrit) (HCT).
- Media volumului globulelor roșii (MCV).
- Media globulară a hemoglobinei (MCH).
- Concentrația medie a hemoglobinei în eritrocite (MCHC).
- Numărul de trombocite (PLT).

Markerii tumorali

• Sunt substanțe ce pot fi determinate în sânge, urină (markeri umorali) sau țesuturi (markeri tisulari) și sunt mai mult sau mai puțin specifice unui anumit tip de cancer.

• Utilizarea lor în medicină servește mai multor scopuri:

- Diagnosticarea unor tumori - în corelație cu alte investigații și stadializarea unor tumori (ex. AFP, beta-HCG, LDH – în tumorile testiculare) – eventualitate mai rară.
- Monitorizarea pacienților – cea mai frecventă utilizare.

În acest sens, determinarea markerilor tumorali ajută la predicția răspunsului terapeutic, aprecierea eficienței unei terapii (scăderea valorilor înregistrate înainte de tratament înseamnă răspuns terapeutic favorabil), depistarea precoce a recidivelor locale sau a metastazelor.

- Markerii sunt utilizați și în cercetarea medicală pentru rolul posibil în detectarea precoce a cancerelor și identificarea unor noi posibile ținte de trata-

ment. În genetică, markerii pot ajuta la determinarea riscului genetic – riscul unei persoane de a dezvolta un cancer.

- Markerii tumorali sunt substanțe produse de celulele tumorale maligne dar și de alte celule ale organismului ca răspuns la agresiunea reprezentată de cancer, și uneori și de alte afecțiuni non-maligne, ceea ce poate crea confuzie în interpretarea rezultatelor.

- În prezent nu există markeri specifici pentru toate tipurile de cancer. Există markeri cu mare specificitate pentru un anumit tip de tumoră, precum și markeri ce pot avea valori crescute în mai multe tipuri de afecțiuni.

Un marker tumoral ideal ar trebui să îndeplinească mai multe condiții:

- să fie specific, adică să fie nedetectabil la persoane sănătoase, sau cu afecțiuni benigne);
- să aibă o specificitate de organ;
- să aibă o sensibilitate crescută (detectabil în prezența unui mic număr de celule tumorale);
- să aibă valoare predictivă.

Deși nu există încă markeri ideali, mulți dintre ei se apropie de aceste cerințe și sunt foarte utili în practica medicală curentă.

Câteva exemple:

PSA – pentru cancerul de prostată.

CA-125 – pentru cancerul de ovar.

CA-15-3 – pentru cancerul de sân.

CEA – pentru tumori digestive în special ale colonului și rectului.

CA-19-9 – pentru tumori digestive, în special pancreas.

AFP – pentru tumori digestive, în special ficat, dar și tumori testiculare.

LDH – pentru tumori testiculare, de sân, ovar, digestive.

Beta-HCG – pentru tumori testiculare, coriocarcinom.

S100 – pentru sarcoame, melanoame.

Markerii tumorali nu sunt utilizați pentru screeningul persoanelor asimptomatice, în schimb anumiți markeri pot fi utili pentru screeningul persoanelor simptomatice sau a grupurilor cu risc:

- PSA total și liber pentru cancerul de prostată, combinat cu tușeul rectal.
- AFP pentru pacienții cu ciroză hepatică și cu risc crescut de a dezvolta un carcinom hepato-celular.
- CA 125 pentru cancerul ovarian, combinat cu ecografia transvaginală.

Indicația cea mai importantă a markerilor tumorali constă în monitorizarea tratamentului specific oncologic, cu următoarele interpretări:

- scăderea la normal a nivelului markerilor poate indica o remisiune completă a bolii;
- persistența unor nivele patologice, indică existența unei tumori reziduale și/sau apariția metastazelor;
- creșterea nivelului markerilor după o perioadă de normalizare indică recurența tumorii (locală-recidivă, sau la distanță-metastaze).

Atenție! În toate situațiile de mai sus, examenul clinic și investigațiile imagistice sunt obligatorii pentru evaluarea bolii; nu se iau decizii terapeutice numai pe modificările markerilor tumorali!

RMN sau IRM

Rezonanța magnetică nucleară sau Imagistica prin rezonanță magnetică (cu prescurtările de mai sus) reprezintă o investigație paraclinică ce utilizează un câmp magnetic și pulsuri de radiofrecvență pentru obținerea de imagini a unor organe și țesuturi.

IRM oferă informații care nu pot fi obținute prin radiografii simple, ecografii sau examen CT.

În timpul IRM, regiunea corpului ce trebuie investigată, este plasată într-un aparat special care reprezintă un magnet uriaș. Informațiile furnizate de IRM pot fi stocate și salvate într-un computer și de asemenea aceste rezultate se transcriu

pe un CD și/sau filme ce se eliberează pacientului împreună cu interpretarea scrisă a acestui examen. Ca și în cazul examinării CT se poate utiliza o substanță de contrast pentru o mai bună vizualizare a anumitor structuri anatomice.

Există o serie de situații care pot reprezenta contraindicații la examenul IRM și de aceea, pacientul trebuie să informeze medicul examinator:

- dacă are instalat un pacemaker, un membru artificial, tije metalice sau orice fel de metal fixat în corp, valve cardiace metalice, clipsuri metalice la nivel cerebral, diverse implanturi metalice (piercing) sau orice fel de implanturi sau proteze medicale (de exemplu pompa cu injectometru);

- dacă este alergic la medicamente;

- dacă pacienta este sau nu însărcinată;

- dacă lucrează cu metale sau dacă recent a suferit o intervenție chirurgicală pe vasele sanguine (în anumite cazuri poate fi contraindicată examinarea IRM).

- dacă pacienta prezintă un dispozitiv contraceptiv intrauterin;

- dacă este claustrofob (devine agitat în locuri închise);

- dacă prezintă afecțiuni renale sau siclemie (hemoglobinopatie S);

- dacă prezintă orice fel de patch (plasture cu medicație absorbită transdermic) deoarece IRM poate cauza arsură la nivelul regiunii respective.

Pacientul va discuta cu medicul specialist despre necesitatea efectuării investigației și posibilele riscuri.

Dacă se efectuează o IRM abdominală, pacientul nu trebuie să mănânce și să consume lichide cu câteva ore înainte.

Scintigrafia osoasă

Este o investigație imagistică ce are drept scop identificarea de zone anormale (patologice) la nivelul întregului sistem osos al organismului. Sistemul osos sau scheletul uman este alcătuit din totalitatea oaselor și a articulațiilor dintre acestea. La om există 223, de oase din care 95 sunt oase perechi, iar 33 oase neperechi.

Se administrează o substanță radioactivă, care se fixează în diferite grade de intensitate la nivelul la care există o leziune osoasă. Hiperfixarea acestui traser (deși poate avea și alte cauze) indică frecvent o posibilă zonă de malignitate.

De aceea scintigrafia este indicată mai ales în cazul în care se suspicionează leziuni osoase multiple (metastaze).

După injectarea traserului, radiația emisă de corp este captată cu o cameră gamma - locurile cu metabolism mai activ captează mai mult traser și apar ca „zone calde” de hiperfixare.

„Zonele calde” – de hiperfixare înseamnă regiuni cu activitate tumorală, sau mai rar cu alte afecțiuni (artroze).

Tomografia computerizată (CT) reprezintă o metodă de investigație radiologică ce utilizează razele X pentru a obține imagini detaliate ale structurilor din interiorul corpului.

În timpul acestui examen pacientul stă întins pe o suprafață plană (masă) legată la scanner. Scannerul trimite pulsuri de raze X spre acea parte a corpului ce se dorește a fi investigată. O parte a aparatului este mobilă, astfel încât poate efectua imagini din mai multe poziții. Imaginile sunt memorate într-un computer.

Utilizarea examinării prin CT:

- se investighează diferite părți ale corpului: toracele, abdomenul, pelvisul sau membrele. Organele ce pot fi cercetate sunt: plămâni, inima, ficatul, pancreasul, rinichii, glandele suprarenale. De asemenea se pot obține informații despre ganglioni, vase sanguine sau oase.

Frecvent este necesară folosirea unei substanțe de contrast pentru a se vizualiza mai bine structurile și organele investigate. Substanța poate fi administrată intravenos (IV), oral sau poate fi introdusă în diverse alte părți ale organismului (de exemplu, în rect). Imaginile pot fi realizate înainte și/sau după administrarea substanței de contrast.

Țiimpul în care se realizează o tomografie computerizată variază între 30 și 60 de minute, dar se poate prelungi și mai mult (până la 2 ore).

Tomografia computerizată este o investigație obligatorie în diagnosticul, stadializarea și monitorizarea majorității tumorilor maligne.

Tomografia cu Emisie de Pozitroni / PET scan

Este o metodă modernă de investigație imagistică care permite examinarea completă a corpului pacientului, prin producerea unor imagini ale fiziologiei organismului, imagini imposibil de obținut cu alte metode. Prin PET se obțin date despre metabolismul organismului precum și alte funcții importante, nu doar simpla structură anatomică a anumitor organe așa cum se întâmplă de exemplu la examinările CT sau IRM. În oncologie scanarea de tip PET este frecvent folosită pentru:

- diagnosticul unei tumori maligne;
- stadializarea acesteia;
- aprecierea rapidă a unui anumit răspuns terapeutic;
- monitorizarea periodică pentru identificarea în timp util a recidivelor locale sau a metastazelor unui cancer cunoscut;
- diferențierea între o leziune benignă și una malignă.

În timpul investigației se injectează intravenos o cantitate de glucoză (zahăr) marcată radioactiv. Scanner-ul PET se rotește în jurul corpului și captează imagini ale zonelor din organism unde glucoza este metabolizată (consumată). Celulele maligne, fiind mai active metabolic și folosind mai multă glucoză, decât cele normale vor apărea mai luminoase.

Tomografia cu emisie de pozitroni este extrem de valoroasă prin informațiile pe care le oferă medicului oncolog, dar trebuie reținut că deși foarte performantă, ea nu înlocuiește un examen histopatologic, singurul care precizează diagnosticul de certitudine al unei afecțiuni maligne.

Stadializarea bolii



STADIALIZAREA BOLII

- Stadiul tumorii descrie extensia și severitatea afecțiunii maligne. Cunoașterea stadiului bolii permite medicului oncolog să elaboreze un plan de tratament individual pentru fiecare pacient și să poată estima care este prognosticul respectivului bolnav.

- Sistemele de stadializare au evoluat foarte mult de-a lungul timpului și se perfecționează în mod constant pe măsura creșterii performanțelor mijloacelor de diagnostic.

- Cel mai utilizat este sistemul TNM de stadializare în care T-descrie extensia tumorii primare, N-numărul și sediul ganglionilor regionali ce pot fi invadați malign, iar M-se referă la leziunile secundare-metastazele la distanță (în alte organe sau țesuturi) față de sediul tumorii primare.

- În funcție de categoriile T, N, M descrise mai sus se pot stadializa majoritatea cancerelor în următoarele stadii: 0, I, II, III sau IV.

- Pentru aprecierea categoriilor TNM se utilizează o serie de metode diagnostice specifice fiecărui tip de cancer (biopsii cu ex. histopatologice, investigații imagistice și de laborator).

La baza stadializării stă înțelegerea dezvoltării oricărei tumori maligne. Într-un anumit organ sau țesut, anumite celule care proliferază în mod haotic, necontrolat duc la formarea unei tumori-tumora primară T, care poate avea diverse dimensiuni și raporturi cu țesuturile din jur. În mod convențional

tumorile au fost clasificate în funcție de caracteristicile lor în categoriile 0, Tis 1, 2, 3, 4.

Pe măsură ce tumora primară crește e posibilă migrarea celulelor maligne pe calea sistemului limfatic, către ganglionii regionali (din vecinătatea tumorii) notați cu N. În funcție de tipul tumorii, numărul de ganglioni invadați de celulele maligne și sediul lor, putem întâlni categoriile N: 0, 1, 2, 3.

Celulele maligne de la nivelul tumorii primare pot pătrunde nu numai în sistemul limfatic al organismului, dar și în sistemul sanguin prin care se pot răspândi oriunde în corp, uneori la mare distanță de sediul inițial, determinând astfel apariția de tumori sau leziuni așa-zis secundare, adică metastaze, notate cu M în sistemul TNM. Categoriile de M sunt: 0, 1.

În stadializarea unor tumori se utilizează și categoria G - care definește gradul de diferențiere al tumorii, sau altfel spus cât de mult diferă ea de țesutul normal în care a apărut. Categoriile G sunt 1, 2, 3, 4 (în care diferențierea scade, iar gravitatea crește: de la G1 la G4).

Sistemul TNM-aprobat de UICC (International Union Against Cancer) este utilizat și în România.

Pe documentele medicale ale fiecărui pacient oncologic, trebuie să se regăsească atât diagnosticul de boală malignă, cât și stadiul bolii conform TNM, cu precizarea clară a categoriilor T, N și M, după efectuarea tuturor investigațiilor necesare.

Categoriile T, N, M sunt explicate în tabelele următoare:

Tumora primară T

TX	Tumora primară nu poate fi evaluată.
T0	Nu există tumoră primară decelabilă cu mijloacele folosite.
Tis	Carcinom in situ – un cancer incipient, intraclinic (nedetectabil clinic sau cu mijloace uzuale paraclinice).

T1, T2, T3, T4 Pentru fiecare localizare a cancerului, anumite mărimi și caracteristici ale tumorii, o plasează în categoria 1 - cea mai mică, mai puțin extinsă - până la categoria 4 - cea mai mare, mai extinsă.

Ganglionii regionali (nodulii limfatici) N

NX Nu pot fi evaluați.
 N0 Nu există ganglioni regionali invadați malign.
 N1, N2, N3 Există ganglioni regionali invadați de la 1-cel mai mic număr și dimensiunile cele mai mici-până la categoria 3 care înseamnă cel mai mare număr sau cu cele mai nefavorabile caracteristici.

Metastazele (leziunile secundare, la distanță) M

MX Leziunile la distanță nu pot fi evaluate.
 M0 Nu există leziuni la distanță, cancerul nu s-a răspândit la alte organe sau țesuturi.
 M1 Există metastaze la distanță, care vor fi notate cu prescurtări ale numelui organului afectat exemplu: M1-hep=metastaze hepatice, M1-pul=metastaze pulmonare etc.

Stadiul bolii este rezultatul combinării categoriilor T, N și M, și deși există o multitudine de variante, diferite de la o localizare la alta a cancerului, extensia bolii fiecărui pacient se poate aprecia în 5 stadii descrise mai jos:

Stadiul bolii Definiere.

Stadiul 0 Carcinom in situ – cancer depistat foarte precoce la nivel microscopic, în general cu prognostic foarte bun.

Stadii I, și II Stadii incipiente de boală în care există o tumoră depistată și posibili ganglioni regionali invadați, dar în general extensia e redusă și prognosticul favorabil.

Stadiu III Stadiu avansat, de obicei cu tumori de mari dimensiuni și/sau mulți ganglioni invadați, sau cu alte caracteristici de gravitate. Prognostic mai puțin favorabil, foarte diferit ca evoluție, în funcție de localizarea tumorii primare.

Stadiu IV Cancerul s-a răspândit în organism și a dus la apariția de metastaze (leziuni secundare la distanță de tumora primară) în unul sau mai multe organe sau țesuturi.

Prognostic rezervat, nefavorabil.

În cazul multor localizări, pentru precizarea mai exactă a extensiei bolii, după numărul care definește stadiul (I, II, III, IV), apare și o literă A, B, C- gravitatea crescând de la A la C.

Exemple de stadializare în diverse localizări:

sân – T3 N2M0 - înseamnă stadiul III B;

colon – T2 N1 M1-hep - înseamnă stadiul IV.

Există și cancere care nu pot fi stadializate conform TNM, pentru care se utilizează alte tipuri de clasificări (ex. Tumorile cerebrale ale măduvei spinării ale sângelui etc.).

Medicul oncolog stadializează boala malignă, pentru a oferi pacientului tratamentul cel mai adecvat în funcție de stadiu, dar și de alți factori cum ar fi vârsta, status-ul de performanță, patologia asociată, și dorința acestuia. Pentru a preciza diagnosticul de boală și stadiul, în vederea elaborării planului de tratament, împreună cu ceilalți membri ai echipei multidisciplinare, medicul oncolog utilizează următoarele documente medicale ale pacientului:

- Protocolul operator.
- Examenul histopatologic al piesei operatorii, sau rezultat în urma unei biopsii.
- Examenul imunohistochimic, FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) sau CISH (Colorimetric In Situ Hybridization), al tumorii.
- Examenul citologic.

- Rezultatele unor investigații imagistice: radiografii, ecografii, examene de tomografie computerizată TC, de rezonanță magnetică nucleară RMN, scintigrafii, tomografii cu emisii de pozitroni-PET.
- Endoscopii digestive, bronhoscopii, cistoscopii.
- Analize de laborator diverse-hematologice, biochimice, markeri tumorali.

Modalități de tratament



MODALITĂȚI DE TRATAMENT

Chirurgia oncologică

Chirurgia are un rol important atât în diagnosticul cât și în tratamentul cancerului.

Uneori chirurgia se rezumă la efectuarea unei biopsii, absolut necesare obținerii unui examen histopatologic de certitudine, care să confirme malignitatea bolii.

Atunci când nu se limitează la o procedură cu scop exclusiv de diagnostic, chirurgia oncologică poate fi:

- **Curativă, radicală** - În acest caz tumora a fost scoasă în întregime, nu au fost invadate țesuturile din jur și nu există metastaze la distanță. Chirurgia curativă se adresează de obicei stadiilor incipiente de boală.

- **Chirurgia cito-reductivă** - Se pornește de la premiza că nu poate fi excizată întreaga masă tumorală, dar reducerea ei prin proceduri chirurgicale complexe creează bazele unui răspuns mai bun la celelalte tipuri de tratament utilizate în oncologie (chimioterapie, radioterapie) și crește șansele de supraviețuire ale pacientului.

- **Chirurgia paliativă** - reprezintă ansamblul acelor proceduri chirurgicale, care nu au intenție de curabilitate, sau de optimizare a unor răspunsuri terapeutice, ci urmăresc exclusiv îmbunătățirea calității vieții și prevenirea unor situații de urgență chirurgicală.

- În ultimii ani metodele chirurgicale utilizate în oncologie s-au rafinat foarte mult prin scăderea numărului de intervenții mutilante (ex. Chirurgia

conservatoare a sânului, tehnica ganglionului santinelă în diferite localizări), utilizarea unor abordări laparoscopice sau chiar a chirurgiei robotice în tratamentul tumorilor maligne.

Chirurgul oncolog împreună cu radioterapeutul și oncologul medical precum și cu alți specialiști (în funcție de localizarea cancerului), formează echipa multidisciplinară care stabilește strategia terapeutică pentru fiecare pacient, individualizată în funcție de caracteristicile acestuia.

Se stabilesc astfel etapele de desfășurare și rolul fiecărei modalități de terapie în cadrul planului general.

Este important ca medicul chirurg care efectuează operația să cunoască tehnicile de abordare a tumorilor maligne, să aibă un training (specializare, cursuri) în acest sens, iar expertiza sa teoretică să fie susținută și de experiența clinică necesară (intervențiile pentru tumori maligne să facă parte din activitatea sa curentă, nu să reprezinte cazuri izolate)!!

Subliniem această exigență referitoare la chirurgii care operează tumori maligne, deoarece de corectitudinea intervenției inițiale depind șansele de reușită în controlul general al bolii. Este de asemenea de menționat că studiile internaționale care au investigat impactul experienței chirurgilor asupra evoluției pacienților oncologici, au arătat că numărul mare de intervenții pentru cancer realizate, se corelează cu o supraviețuire mai bună a pacienților și vice-versa, pacienții operați de chirurghi fără experiență în abordarea tumorilor maligne, au o evoluție mai nefavorabilă.

Radioterapia

- 1. Generalități: ce este radioterapia?**
- 2. Cum acționează radioterapia**
- 3. Tehnici de radioterapie:**
 - a. radioterapia externă
 - b. brahiterapia
 - c. radioterapia metabolică
- 4. Scopurile radioterapiei:**
 - a. scopul curativ
 - b. scopul paliativ
- 5. Cum decurge un tratament cu radioterapie**
 - a. stabilirea indicației de radioterapie
 - b. simularea și planul de tratament
 - c. iradierea propriu-zisă
 - i. radioterapia externă
 - ii. brahiterapia
 - d. controalele în timpul și după terminarea radioterapiei
- 6. Efectele secundare ale radioterapiei**
 - a. efectele secundare acute
 - b. efectele secundare tardive
 - c. cum se îngrijește pielea în timpul iradierii
 - d. modificarea activității sexuale în timpul iradierii
 - e. dieta în timpul radioterapiei
 - i. recomandări generale de dietă
 - ii. dieta în iradierea abdomenului și pelvisului
- 7. Radioterapia în principalele localizări ale cancerului**
 - a. cancerul mamar
 - b. cancerul pulmonar
 - c. cancerul rectal
 - d. cancerele ORL
 - e. cancerele uterine
 - f. cancerul de prostată

Generalități:

Există trei metode principale de tratament în cancer:

1. **chirurgia** (operația, intervenția chirurgicală);
2. **radioterapia** (tratamentul cu radiații ionizante, denumite în limbajul nemedical raze);
3. **tratamentul medicamentos** (exemple: chimioterapia sau terapia citostatică, hormonoterapia).

În majoritatea cazurilor este folosită o combinație între aceste tratamente, dar ele se pot folosi și singure, ca tratament exclusiv.

Cum acționează radioterapia:

Radiațiile ionizante (radiații X, gamma, fascicule de particule) distrug celulele tumorale. Ca urmare a efectului radioterapiei, celulele tumorale devin incapabile să crească și să se multiplice, ceea ce înseamnă că tumora nu mai crește, ci se micșorează, uneori până la dispariție.

Chiar dacă tumora a fost eliminată printr-o intervenție chirurgicală (operație) radioterapia este importantă pentru că ea reduce riscul apariției unei recidive. Celulele canceroase sunt prea mici pentru a putea fi observate cu ochiul liber în timpul operației, iar iradierea va distruge orice celulă sau grup de celule maligne care ar putea să rămână în zona operată și care ar putea duce la reapariția tumorii (recidiva).

În timpul radioterapiei, un fascicul (sau mai multe) de radiație este direcționat prin pielea pacientului în zona tumorii și a țesuturilor din jurul acesteia. În zona tratată ajunge astfel o anumită doză (cantitate) de iradiere.

Radioterapia se face fracționat, adică se administrează zilnic mici doze de radiație, 5 zile pe săptămână, pe o perioadă de câteva săptămâni (în funcție de doza totală planificată).

Celulele normale aflate în vecinătatea tumorii sunt și ele afectate, dar au o capacitate mult mai mare de a-și repara singure (în pauza dintre ședințele de radioterapie) defectele rezultate în urma iradierii. *Datorită*

afectării celulelor normale, în timpul iradierii (sau tardiv, după terminarea tratamentului) *pot să apară efecte secundare* (nedorite) ale radioterapiei (înroșirea tegumentului, diaree, jenă dureroasă la înghițit etc.), uneori cu intensitate mare, necesitând tratament simptomatic sau, rar, chiar întreruperea iradierii.

În timpul tratamentului cu **radioterapie externă** pacientul nu devine radioactiv, nu transmite radiația persoanelor din jur, ca urmare nu trebuie să evite colectivitatea sau familia. **Radioterapia internă cu implant definitiv** și cea **metabolică**, în care sursele radioactive sunt introduse în organism, necesită aplicarea unor metode de protecție pentru persoanele din jur; fiecare pacient va primi, în aceste cazuri, informații legate de perioada de timp și metodele prin care trebuie să-i protejeze pe cei din jur (familie, personal medical).

Tehnici de radioterapie

Alegerea tipului de aparat (a felului de radiație folosită) depinde de tipul tumorii, de extensia ei (stadiul bolii), de localizarea acesteia și, din păcate nu în ultimul rând, de posibilitățile tehnice existente în spitalul unde se face tratamentul.

Există mai multe tehnici de radioterapie care se folosesc:

Radioterapia externă (teleterapia) – *metoda de radioterapie în care sursa de iradiere se afla la distanță de pacient.*

- Este metoda cea mai frecvent folosită.
- Aparatele de radioterapie externă (cum sunt aparatele de telecobaltoterapie sau acceleratoarele liniare de particule) eliberează radiația sub forma unor fascicule bine delimitate care ajung la pacient, în zona care trebuie tratată (care conține tumora).

Brahiterapia (curieterapia sau iradierea internă) – *metoda de radioterapie în care sursa de iradiere se află în contact, în vecinătatea sau în interiorul tumorii.*

- Se poate combina cu radioterapia externă sau se folosește ca unică metodă de iradiere.
- Medicul radioterapeut va poziționa în interiorul pacientului surse radioactive sau aplicatorii (anumite tuburi subțiri prin care sursele radioactive vor fi ulterior introduse, cu comandă computerizată – brahiterapia denumită „afterloading”).

Radioterapia metabolică – *folosind izotopi radioactivi introduși în interiorul organismului pacientului, care vor ajunge să fie „preluați” de celulele canceroase.*

Scopurile radioterapiei:

Scopul curativ: - urmărește vindecarea bolii

- **Radioterapia exclusivă** – folosirea ca unică metodă de tratament a radioterapiei; de obicei, acest tip de radioterapie se folosește când există contraindicații pentru chirurgie sau când tumora este foarte sensibilă la iradiere.
- **Radioterapia preoperatorie (neoadjuvantă)** – folosirea iradierii înainte de intervenția chirurgicală, atunci când tumora este inițial inoperabilă; în urma radioterapiei, prin micșorarea tumorii, aceasta devine operabilă.
- **Radioterapia postoperatorie (adjuvantă)** – folosirea iradierii după intervenția chirurgicală, după îndepărtarea tumorii și/sau ganglionilor regionali, în cazul în care există risc important pentru recidiva locală (adică tumora să reapară); folosirea radioterapiei va îmbunătăți controlul local al bolii canceroase (se evită reapariția tumorii în aceeași zonă – recidiva) și, în unele cazuri, creșterea supraviețuirii.

Scopul paliativ – urmărește creșterea calității vieții, nu urmărește vindecarea.

- **Radioterapia paliativă** – folosirea iradierii pentru înlăturarea sau ameliorarea unor simptome (cum ar fi durerea, dispneea).

Cum decurge un tratament cu radioterapie

În general, etapele terapeutice în cancer se stabilesc înaintea oricărui tratament, la diagnosticul bolii, în cadrul unei echipe multidisciplinare de medici specialiști (chirurg, oncolog medical, radioterapeut, anatomopatolog). Unele spitale nu au posibilitatea de a forma echipe complete de specialiști, este posibil ca pacientul să ajungă la medicul radioterapeut după parcurgerea unor etape din tratament (de obicei deja s-a efectuat intervenția chirurgicală, uneori și chimioterapie).

Radioterapia are o serie de etape:

1. stabilirea indicației de radioterapie;
2. simularea și planul de tratament;
3. iradierea propriu-zisă;
4. controalele în timpul și după terminarea tratamentului.

1. Tratamentul are o primă etapă de **stabilire a indicației de radioterapie** (adică se decide dacă iradierea este eficientă în cazul respectiv de boală).

- Stabilirea indicației de radioterapie se face de către medicul specialist radioterapeut.
- Medicul radioterapeut va stabili dacă există indicație pentru radioterapie și dacă scopul va fi curativ sau paliativ. Decizia sa se bazează pe:
 - examenul anatomopatologic de la biopsie sau intervenția chirurgicală;
 - investigațiile imagistice – radiografii, examene computer tomografice, RMN, PET;
 - rezultatele analizelor de sânge, urină, markeri tumorali;

- starea generală a pacientului, vârstă, alte boli concomitente;
- dacă este necesar, radioterapeutul va solicita examene suplimentare.
- Odată stabilită indicația de radioterapie pacientul va fi programat pentru tratament.
- Pacienții trebuie să știe că în general există o perioadă optimă în care iradierea are eficiență maximă, dar programarea la tratament poate fi influențată de mulții factori fără legătură directă cu boala pacientului (insuficiența echipamentelor de radioterapie, distribuția lor în teritoriu, factori economici și sociali).

Este important ca în această perioadă de pregătire pacientul să primească răspunsuri la următoarele întrebări:

- Radioterapia are intenție curativă sau paliativă?
- Există alte posibilități de tratament?
- Cât va dura tratamentul?
- Când va începe tratamentul? Există liste de așteptare?
- Vor exista efecte secundare? Care sunt cele mai frecvente dintre acestea? Vor fi trecătoare sau vor persista în timp după iradiere? Cum se pot preveni sau trata?
- Va determina radioterapia o schimbare în programul zilnic al pacientului? Vor exista perturbări ale vieții de zi cu zi (este necesar repaus la pat? poate conduce mașina? este necesară întreruperea serviciului?)
- Există controale clinice în timpul radioterapiei și după terminarea acesteia?
- Este necesar suportul psihologic? Unde se poate adresa pentru acest lucru?
- Care sunt regulile administrative ale secției sau departamentului de radioterapie?

După ce primește informațiile legate de tratament pacientul va fi invitat să semneze Consimțământul informat (acordul pacientului pentru efectuarea radioterapiei).

2. Pregătirea radioterapiei va începe după stabilirea indicației:

- Pacientul va fi solicitat pentru ***un plan de tratament și o simulare a tratamentului.***

- Echipa care se va ocupa de pacient este formată din medic radioterapeut, fizician medical, asistent / tehnician de radioterapie.

- În această etapă se vor face măsurători, iar datele se vor înscrie într-o fișă de tratament.

- Pacientul se va afla așezat pe o masă similară mesei de tratament, iar aparatul denumit simulator va permite efectuarea de măsurători, poziționări, imagini radiografice de centraj.

- La sfârșitul simulării tratamentului fișa va conține toate informațiile care să permită poziționarea pacientului pe masa de tratament și se va cunoaște modul

de realizare tehnică a iradierii – din ce direcție se va face iradierea, câte fascicule, cât de mari vor fi ele, timpul de iradiere.

- Se pot folosi anumite sisteme de fixare a corpului, a brațului, măști din plastic pentru fixarea capului, planuri înclinate pe care pacientul stă culcat, saltele speciale care iau forma corpului etc. – în funcție de zona iradiată.

- Pe pielea pacientului se vor marca anumite repere prin tatuarea unor puncte. *Este important ca pacientul să păstreze vizibile aceste semne pe toată durata tratamentului (se va evita spălarea zonei în primele 24 ore după tatuare).*

- La sfârșitul simulării se va ști care este doza („cantitatea de iradiere” care se va administra, exprimată în Gy = gray), câte ședințe de tratament se vor efectua și în ce mod se va administra radioterapia.



Fig. 1 – Simularea.

3. *Tratamentul propriu-zis:*

Radioterapia externă:

- Tratamentul este efectuat cu ajutorul unui aparat de iradiere externă (accelerator liniar, aparat de cobaltoterapie); acesta are o masă de iradiere (pe care stă pacientul) în jurul căreia se rotește capul aparatului (locul unde se produce radiația care ajunge la pacient).

- Pacientul va fi condus în sala de iradiere de către personalul care va efectua tratamentul; acolo se afla aparatul de iradiere externă; va fi poziționat pe masa de iradiere conform simulării; pregătirea poate dura câteva minute, timp în care lumina în camera de tratament se poate stinge pentru o scurtă perioadă, permițând tehnicianului de radioterapie să vadă mai bine luminile lămpilor de poziționare.

- În timpul iradierii pacientul va rămâne singur în camera de tratament și va încerca să nu schimbe poziția; asistentul de radioterapie îl va urmări permanent prin intermediul unei camere video și va putea comunica cu el prin interfon; tratamentul se poate întrerupe în orice moment, dacă situația o cere.

- Întreaga ședință de iradiere durează câteva minute; de obicei iradierea se face prin mai multe fascicule, ceea ce înseamnă că în timpul unei ședințe de tratament asistentul de radioterapie va intra de câteva ori în sala de tratament pentru a repositiona aparatul pentru tratament – în tot acest timp pacientul va rămâne pe masa de iradiere, în poziția deja stabilită.

- În timpul iradierii pacientul nu va vedea sau simți fasciculul de radiație, dar va auzi aparatul de radioterapie funcționând;

- Iradierea se administrează în ședințe zilnice, 5 zile pe săptămână (cu pauză sâmbăta și duminica). Este posibil să existe și 2 fracțiuni (ședințe) într-o zi sau mai puțin de 5 fracțiuni pe săptămână.

- În timpul tratamentului vor exista controale clinice efectuate de către medicul radioterapeut, denumite controale intraterapeutice. Acestea sunt foarte importante, ele apreciază efectul radioterapiei și efectele secundare acute ale tratamentului, permit recomandarea unor tratamente de susținere și simptomatice, asigură comunicarea medic - pacient.



Fig. 2 – Iradierea externă (aparatus de telecobaltoterapie).

Brahiterapia (curieterapia):

- folosește surse radioactive introduse în interiorul organismului;
- brahiterapia modernă utilizează aplicatori introduși în interiorul pacientului prin care ulterior, în timpul ședințelor de tratament, se introduc surse radioactive;
- aplicatorii sunt diferiți în funcție de zona iradiată. În general sunt tuburi metalice sau din plastic;

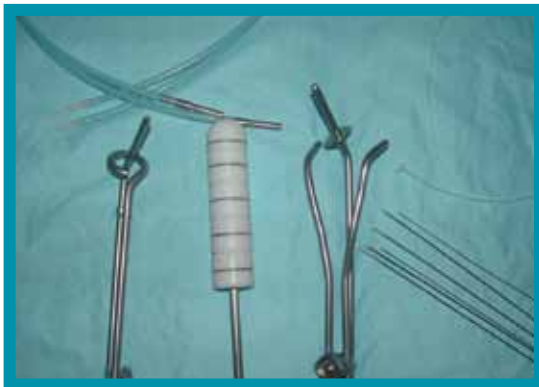


Fig. 3 – Aplicatori brahiterapie (aplicatori pentru cancer ginecologic; tuburi de plastic pentru brahiterapie endocavitară și interstițială; ace metalice).



Fig. 4 – Brahiterapia (aparatură de radioterapie internă).



Fig. 5 – Planul de tratament computerizat pentru brahiterapia intracavitară ginecologică.

- poziționarea aplicatorilor se face sub anestezie locală sau generală. Ei vor rămâne în poziția de tratament pentru toate ședințele (ex: tuburile de plastic pentru brahiterapie interstițială) sau vor fi introduși la fiecare ședință (ex: aplicatorii pentru brahiterapia din cancerul de col uterin);

- în camera de tratament aplicatorii sunt cuplați la un aparat de radioterapie. Sursa radioactivă se va deplasa din interiorul aparatului în interiorul aplicatorilor și în acest fel se va realiza tratamentul. Introducerea și scoaterea sursei din aplicatori se face automat, ghidat computerizat, pe baza unui plan de tratament stabilit de medicul radioterapeut;

- există și posibilitatea introducerii în tumoră de surse radioactive care vor rămâne în interiorul pacientului (de exemplu în brahiterapia din cancerul de prostată).

4. *Controalele clinice:*

- Pacientul este consultat de medicul radioterapeut atât în timpul radioterapiei (**controale intraterapeutice**) cât și periodic, după terminarea radioterapiei (**controale postterapeutice**, parte a urmării pacientului cu cancer – așa numitul „follow-up”).

- În timpul radioterapiei, cel puțin săptămânal, pacientul este evaluat clinic (anamneza, examen fizic local și general) și paraclinic (analize de sânge – hemoleucograma; radiografii, ecografii). În funcție de rezultatele evaluărilor se pot recomanda tratamente simptomatice, de susținere, se poate corecta dieta, se pot decide modificări ale tratamentului (întreruperi, oprirea iradierii etc.).

- După terminarea radioterapiei există controale periodice, primul la o lună, apoi de obicei la 3 luni în primii 2 ani, la 6 luni în următorii 3 ani, și apoi anual. Controalele se răresc cu trecerea timpului, pe măsură ce riscul apariției unei recidive sau a dezvoltării unei sechele postradio-terapie scade. Scopul controalelor este urmărirea evoluției locale a bolii, descoperirea unei recidive într-o fază precoce, diagnosticarea și tratarea efectelor tardive ale iradierii. Controalele postterapeutice includ anamneza, examen general și local, investigații hematologice, imagistice, endoscopice, probe funcționale.

Efectele secundare ale radioterapiei:

În timpul radioterapiei, prin afectarea organelor și țesuturilor sănătoase aflate în vecinătatea tumorii (în zona iradiată) apar efecte nedorite, secundare. Apariția și intensitatea lor depind de doza totală și de zona iradiată (*unele organe sunt mai sensibile la iradiere față de altele*).

Sunt afectate doar țesuturile sănătoase aflate în zona tratată (numită volum țintă al radioterapiei), spre deosebire de tratamentele care folosesc medicamente, cum este chimioterapia, care acționează în întregul organism.

Efectele secundare se împart în acute și tardive.

Efectele secundare acute apar în timpul radioterapiei și pot persista câteva săptămâni după iradiere, apoi se ameliorează și majoritatea dispar. Exemple: înroșirea tegumentului, diareea, jena la înghițit.

Efectele secundare tardive apar mai târziu și pot persista o perioadă lungă, de luni sau ani, afectând calitatea vieții și necesitând tratamente specifice. Exemple: apariția unei îngroșări sub bărbie (fibroză submentonieră), lipsa salivei (xerostomia) – ambele în iradierea cancerelor ORL.

Înainte de începerea tratamentului, întrebați medicul radioterapeut despre efectele secundare așteptate și despre felul cum le puteți trata sau preveni. Veți primi toate informațiile necesare.

Reguli generale de îngrijire a tegumentului în timpul radioterapiei:

- Spălați pielea cu apă caldă și săpun cu Ph neutru; sunt permise dușurile cu apă caldă.
- Nu frecați cu materiale aspre zonele marcate prin tatuaje, pentru a nu le șterge.
- Nu folosiți loțiuni, parfumuri – pot irita pielea iradiată; evitați iritantele termice, chimice.
- Aparatul de ras electric irită mai puțin decât lama.
- Evitați expunerea tegumentului iradiat la soare, la căldură și frig excesiv.
- Folosiți îmbrăcăminte din bumbac și evitați materialele sintetice.
- Cât se poate de des lăsați tegumentul la aer, protejat de soare.
- Clorul din piscină poate deveni iritant (important pentru persoanele care obișnuiesc să înoate).
- Folosiți unguentul recomandat de medicul dumneavoastră pentru îngrijirea pielii iradiată în cursul tratamentului; unguentul trebuie aplicat după ședința de iradiere, niciodată înainte.

Modificarea vieții sexuale în timpul radioterapiei

- În timpul iradierii anumitor zone (cum ar fi pelvisul) pot apărea modificări ale fertilității și vieții sexuale, scăderea libidoului, dureri în timpul contactului sexual.

- Întrebați medicul dumneavoastră, înainte de începerea tratamentului, despre modul în care viața dumneavoastră sexuală va fi afectată:
 - este necesară abținerea sexuală?
 - pot să apară dureri în timpul contactului sexual?
 - sunt de așteptat tulburări ale ciclului menstrual?
- În timpul radioterapiei sunt de evitat concepția și sarcina.
- Cancerul nu este o boală transmisibilă pe cale sexuală.

Dieta în timpul radioterapiei – recomandări generale

Organismul pacientului cu cancer este foarte solicitat, atât de către boală cât și de către tratament, ca urmare, dieta va fi în general hipercalorică, hiperproteică, normoglicemică și normolipidică (adică **bogată în calorii și proteine, fără excese de dulciuri și grăsimi**).

În cazul persoanelor supraponderale sau obeze *sunt interzise curele de slăbit*, programul alimentar fiind stabilit în urma unei discuții cu nutriționistul, care individualizează indicațiile.

Există pacienți care nu pot începe radioterapia deoarece greutatea lor depășește posibilitățile tehnice ale mesei aparatului de iradiere de a susține corpul pacientului. Scăderea în greutate trebuie să se facă numai sub supravegherea unui specialist nutriționist!

Prima condiție a meniului zilnic este de a **conține proteine de calitate superioară, care se găsesc în principal în carne, lapte și derivate, ouă**. Singurele produse vegetale cu proteine de primă calitate sunt ciupercile. Nu se recomandă menținerea posturilor îndelungate de către acești bolnavi, datorită potențialului deficit proteic.

Modalitatea de gătit diferă în funcție de toleranța digestivă și de particularitățile fiecărui caz. Sunt recomandate:

- supele de carne, rasolurile, perișoarele, carne la cuptor;
- iaurt, caș, brânză dulce, telemea, cașcavaluri proaspete, urdă;
- ouă fierte, spume de albuș, ouă în preparate.

Dintre **făinoase** sunt recomandate: pâine, paste, orez, grîș.

Legumele pot fi consumate fără restricții, cu mențiunea că în tumorile de sferă digestivă sunt recomandate doar fierte, se exclud leguminoasele (fasole, mazăre, linte) și predomină cele cu celuloză fină (dovlăcel, conopidă, avocado).

Fructele nu trebuie să lipsească din meniul zilnic, cel puțin 300 g., putând fi consumate în funcție de toleranța fiecăruia.

Dulciurile, deși conțin multe calorii, nu trebuie să depășească 10% din necesarul zilnic de energie.

Grăsimile recomandate includ untul, smântâna, uleiul de măsline.

Hidratarea: **este necesar consumul de minim 2 litri lichid pe zi (până la 3 litri vara).**

Toate acestea pot contribui la alcătuirea unui plan alimentar, care variază în funcție de foarte mulți factori, în primul rând de localizarea cancerului, de stadiul bolii, de toleranța individuală, precum și de ceilalți factori obișnuiți ce interferă cu necesarul caloric.

Este important să se regăsească toate categoriile menționate în cadrul a ceea ce numim o **dietă echilibrată**.

Consultarea unui dietetician sau a unui medic nutriționist ar fi extrem de folositoare.

Dieta în radioterapia abdomenului și pelvisului

Caracteristici generale: **bogat în calorii și proteine, sărac în grăsimi și dulciuri** (normocaloric, hiperproteic, hipolipidic, normoglicemic).

Vor fi servite 5 mese pe zi, cu **evitarea meselor abundente**.

Meniul va fi alcătuit din următoarele alimente:

- lapte doar în preparate: iaurt proaspăt, brânză de vaci, caș, șvaițer, brânzeturi nefermentate;

- carne fiartă, înăbușită, friptă, la cuptor, pește rasol, pește în pergament;

- ouă doar în preparate sau ca spume de albuș;
- pâine prăjită;
- făina va fi limitată la sufleuri, budinci, aluaturi, dar fără drojdie și foetaje;
- legume doar fierte, pasate, ca piureuri, soteuri, sufleuri. Se exclud cartofii și leguminoasele (fasole, mazăre, linte);
- fructe sub formă de gelatină din sucuri, piureuri, fructe coapte, banane;
- dulciuri: gelatine, chiseluri, biscuiți uscați, pișcoturi, tarte cu fructe, peltea de gutui;
- e permis unt și ulei vegetal, nu margarină;
- ceaiuri de mentă, mușețel, măceșe, cafea neagră slabă, citronade;
- condimente ca cimbru, dafin, verdețuri aromate, scorțișoară;
- supe creme de legume, borș de legume, supe de carne, borș de carne.

Cantitățile vor fi adaptate la fiecare individ în parte, în funcție de vârstă, sex, înălțime, greutate, grad de activitate, boli asociate, preferințe culinare – este util sfatul unui nutriționist.

Radioterapia în principalele localizări ale cancerului

Cancerul mamar

Rolul radioterapiei

Radioterapia este folosită în cancerul mamar după intervenția chirurgicală și, mai rar, înainte de operație sau ca tratament exclusiv.

Scopul radioterapiei este de a distruge celulele maligne rămase în urma chirurgiei la nivelul sânului (în cazul tratamentului conservator al cancerului mamar), la nivelul peretelui toracic (după mastectomie) sau la nivelul ganglionilor (din axilă sau supraclaviculari).

Radioterapia este folosită practic în toate cazurile de tratament conservator al cancerului mamar (când este excizată tumora sau doar sectorul din glanda mamară care o conține). Iradierea postoperatorie este necesară și după mastectomie dacă tumora a fost mare (peste 5 cm) sau dacă ganglionii axilari au fost invadați de tumoră.

Debutul radioterapiei survine la 4 - 8 săptămâni de la chirurgie sau după terminarea chimioterapiei adjuvante (postoperatorie).

Radioterapia se poate folosi și cu scop paliativ, în tratamentul metastazelor osoase, cerebrale.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni sau electroni, eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;

- înainte de începerea iradierii se face o pregătire denumită *simulare* a tratamentului. Pacientei i se vor face anumite măsurători folosindu-se echipamente denumite simulator sau CT simulator. La nivelul tegumentului se vor marca prin tatuaje anumite repere, care vor permite tehnicianului care va efectua iradierea terapeutică să poziționeze pacienta cu precizie, zilnic, pentru tratament. Toate datele obținute se vor nota într-o fișă individuală de tratament;

- iradierea zilnică va include întreg sânul operat sau peretele toracic dacă s-a efectuat mastectomia, eventual și ariile ganglionare;

- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 5-7 săptămâni. O ședință de tratament durează de obicei sub 30 minute (incluzând timpul necesar poziționării pe masa de tratament).

Brahiterapia (curieterapia): este o altă metodă folosită pentru iradierea zonei unde s-a aflat tumora operată (denumită pat tumoral).

- se efectuează prin plasarea unor tuburi flexibile subțiri sau unor balonașe în zona tumorală, în interiorul acestora urmând a fi introduse apoi surse radioactive sub comanda unui computer (metoda se numește brahiterapie afterloading);

- prin această metodă se iradiază o zonă limitată din sân, ca supliment („boost”) la iradierea externă a întregului sân;
- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice (1 sau 2) timp de câteva zile.

Efecte secundare

Radioterapia în cancerul mamar este relativ ușor de tolerat, iar efectele secundare se limitează doar la zona tratată (singurul efect asupra întregului organism fiind oboseala, dar și aceasta apare inconstant).

Cele mai frecvente efecte secundare acute sunt:

- Senzație de tensiune, greutate, ușoară umflare a sânelui.
- Înrșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare).
- Oboseala.

Efectele secundare sunt în general minime, ușor de controlat cu medicație și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere. La unele paciente tegumentul poate rămâne mai îngroșat după radioterapie, iar dacă s-au iradiat și ariile limfatice din axila poate apare edem al brațului (limfedem).

Îngrijirea în timpul iradierii:

Îngrijirea tegumentului iradiat cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

Se recomandă folosirea unor sutiene din bumbac, fără întărituri, sau a lenjeriei comode care să nu irite suplimentar zona tratată, mai ales șanțul submamar.

În timpul iradierii este necesară o dietă echilibrată și hidratare corespunzătoare (în general se recomandă minim 2 litri de lichid pe zi, incluzând apă, ceai, compot etc.).

Menționați medicului dacă apare o jenă la înghițit în timpul tratamentului.

Cancerul pulmonar

Rolul radioterapiei

Scopul radioterapiei este de a distruge celulele maligne de la nivelul tumorii pulmonare sau de la nivelul ganglionilor limfatici.

Radioterapia este folosită:

- ca tratament exclusiv, dacă pacientul nu poate fi operat sau dacă boala a evoluat prea mult, la nivelul ganglionilor limfatici sau în alte organe, la distanță de plămâni;
- după intervenția chirurgicală, pentru a distruge eventuale părți tumorale microscopice rămase după chirurgie, sau
- ca metodă paliativă în cazurile în care există metastaze la distanță, pentru a ameliora simptome - durerea, hemoragia.

Radioterapia se poate combina cu chimioterapia sub forma radiochimioterapiei.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;
- înainte de începerea iradierii se face o pregătire denumită *simulare* a tratamentului. Pacientului i se vor face anumite măsurători folosindu-se echipamente denumite simulator sau CT simulator. La nivelul tegumentului se vor marca prin tatuaje anumite repere, care vor permite tehnicianului care va efectua iradierea terapeutică să pozițio-

neze pacientul cu precizie, zilnic, pentru tratament. Toate datele obținute se vor nota într-o fișă individuală de tratament;

- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 4 -7 săptămâni. Durata tratamentului este variabilă în funcție de stadiul bolii și de starea generală a pacientului;
- pacientul stă așezat pe masa aparatului de iradiere, culcat pe spate sau cu fața în jos;
- o ședință de tratament durează de obicei sub 30 min (incluând timpul necesar poziționării pe masa de tratament);
- există cazuri în care se pot administra și mai multe ședințe de iradiere pe zi.

Brahiterapia (curieterapia):

- este o altă metodă de iradiere prin care se introduc surse radioactive în interiorul plămânilor.
- în general este folosită rar, în cazurile în care boala recidivează după radioterapie și este obstrucționată o cale aeriană importantă – prin această metodă bronhia respectivă este eliberată de tumoră.

Efecte secundare

Există pacienți care suportă radioterapia fără efecte secundare, alții se pot simți mai puțin confortabil, mai ales în partea a doua a tratamentului.

Cele mai frecvente efecte secundare acute sunt:

- Înroșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare).
- Oboseală.
- Jenă dureroasă la înghițit.
- Dificultate în respirație.
- Tuse.
- Greață.

Efectele secundare sunt în general ușor de controlat cu medicație, și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere. La unii pacienți tegumentul poate rămâne mai îngroșat după radioterapie, se poate pierde părul de pe torace în zona iradiată. Iradierea toracelui nu produce pierderea părului de pe cap, aceasta apare însă dacă se iradiază craniul pentru tratarea unor metastaze cerebrale provenite de la cancerul pulmonar.

Îngrijirea în timpul iradierii:

Îngrijirea tegumentului cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

Se recomandă folosirea unor cămăși sau tricouri din bumbac.

În timpul iradierii este necesară o dietă echilibrată și hidratare corespunzătoare (în general se recomandă minim 2 litri de lichid pe zi, incluzând apă, ceai, compot etc.).

Menționați medicului dacă apare o jenă la înghițit în timpul tratamentului.

Cancerul rectal

Rolul radioterapiei

Radioterapia are un rol important în tratamentul cancerului rectal, alături de chirurgie și chimioterapie. Radioterapia distruge celulele tumorale.

Se poate folosi:

- înainte intervenției chirurgicale (radioterapie preoperatorie) pentru micșorarea tumorii (pentru a face tumoră operabilă) sau

- după operație, pentru a distruge posibilele mici părți tumorale microscopice rămase în urma intervenției chirurgicale. În felul acesta, se reduce riscul de reapariție a tumorii (recidivă).

Combinarea radioterapiei cu chimioterapia îi crește eficiența. Radiochimioterapia se poate folosi atât înainte cât și după intervenția chirurgicală.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;
- înainte de începerea tratamentului se fac simularea și planul de tratament. Pacientului i se vor face examene radiologice (cu ajutorul unui aparat numit simulator) care să permită ghidarea exactă a iradierii în zona tumorală. Pe pielea pacientului se vor marca anumite repere prin puncte de tatuaj;
- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 5-6 săptămâni. Durata tratamentului este variabilă în funcție de stadiul bolii și de starea generală a pacientului;
- în timpul iradierii pacientul stă întins pe masa de iradiere, culcat pe spate sau cu fața în jos și este tratat în zona pelvisului de obicei prin 3 sau 4 fascicule, adică din 3 sau 4 direcții, la fiecare ședință.

Efecte secundare

Există pacienți care suportă radioterapia fără efecte secundare, alții se pot simți mai puțin confortabil, mai ales în partea a doua a tratamentului.

Cele mai frecvente efecte secundare acute sunt:

- Înroșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare).

- Diaree, crampe abdominale.
- Pierderea apetitului.
- Iritație rectală sau a vezicii urinare.
- Greață și vărsături - ocazional.

Efectele secundare sunt în general ușor de controlat cu medicație, și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere.

La unii pacienți efectele secundare pot dura luni de zile după tratament (diaree, urinare frecventă și dificilă, senzație de scaun imperios, chiar sângerare la nivelul rectului). Afectarea rectului se numește rectita radica, cea a vezicii urinare - cistita radica.

Efectele secundare se tratează prin medicație simptomatică.

Îngrijirea în timpul iradierii:

Îngrijirea tegumentului cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

În timpul radioterapiei este necesară o dietă de protecție (vezi capitolul Dieta în timpul iradierii abdomenului și pelvisului).

Cancerle sferei ORL

Rolul radioterapiei

Radioterapia are un rol important în tratamentul cancerelor sferei ORL (cancer de laringe, amigdală, limbă, sinus maxilar, rinofaringe etc.), alături de chirurgie și chimioterapie.

Radioterapia distruge celulele tumorale, atât la nivelul tumorii primare cât și a ganglionilor limfatici ai gâtului.

Se poate folosi:

- înainte intervenției chirurgicale (radioterapie preoperatorie) pentru micșorarea tumorii (pentru a face tumora operabilă)
- după operație, pentru a distruge posibilele mici părți tumorale microscopice rămase în urma intervenției chirurgicale. În felul acesta, se reduce riscul de reapariție a tumorii (recidiva)
- ca tratament exclusiv, cu intenție curativă sau paliativă.

Combinarea radioterapiei cu chimioterapia îi crește eficiența. Radiochimioterapia se poate folosi atât înainte cât și după intervenția chirurgicală. Chimioterapia se poate face, în timpul radioterapiei, săptămânal sau la 3-4 săptămâni.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;
- înainte de începerea tratamentului se face simularea și planul de tratament. Pacientului i se vor face examene radiologice (cu ajutorul unui aparat numit simulator) care să permită ghidarea exactă a iradierii în zona tumorală. Pe pielea pacientului se vor marca anumite repere prin puncte de tatuaj;
- în funcție de dotarea departamentelor de radioterapie există mijloace de fixare a capului și gâtului, pentru prevenirea mișcărilor în timpul ședinței de radioterapie. Uneori se pot folosi și măști speciale, din plastic, care iau forma feței pacientului, și care se fixează de masa de tratament, făcând imposibilă mișcarea capului;
- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 5 -7 săptămâni. Durata tratamentului este variabilă în funcție de localizarea în sfera ORL, stadiul bolii și de starea generală a pacientului;

- uneori se pot administra și mai multe ședințe de iradiere într-o zi (tratamente cu fracționare accelerată sau hiperfracționare);

- în timpul iradierii pacientul stă întins pe masa de iradiere, culcat pe spate și este tratat în zona capului și gâtului prin mai multe fascicule, adică din mai multe direcții, la fiecare ședință.

Brahiterapia:

- constă în plasarea de ace sau tuburi de plastic la nivelul tumorii, prin care se introduc apoi, ghidat computerizat, surse radioactive;

- brahiterapia poate fi intracavitară (dacă aplicatorii sunt plasați în cavități – cum este rinofaringele, cavitatea nazală) sau interstitală (dacă tuburile sunt plasate în interiorul tumorii care afectează limba, planșeul bucal, ganglionii limfatici ai gâtului).

Efecte secundare

Există pacienți care suportă radioterapia fără efecte secundare, alții pot simți un disconfort, mai ales în partea a doua a tratamentului.

Cele mai frecvente efecte secundare acute sunt:

- Înroșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare), se poate chiar ulcera.

- Limba, mucoasa obrazilor și cavitatea bucală se inflamează, se înroșesc, posibil să apară și mici ulceratii.

- Senzație de gură uscată.

- Modificarea gustului.

- Jenă dureroasă la înghițit.

- Răgușeală, modificarea vocii, dificultate în respirație.

- Căderea părului din anumite zone ale capului sau bărbiei.

- Durere la nivelul urechii.

- Sângerare de la nivelul tumorii sau a ganglionilor.

- Pierderea apetitului (poftei de mâncare).

- Greață și vărsături - ocazional.

Efectele secundare tardive – care persistă sau apar după săptămâni, luni, ani de la iradiere – includ:

- Senzația permanentă de gură uscată.
- Modificări ale dinților, căderea acestora, posibil fracturi ale mandibulei în urma extracției dentare (observație: cel puțin un an după terminarea iradierii sunt interzise extracțiile dentare).
- Îngroșarea tegumentului gâtului.
- Apariția unei umflături sub bărbie (edem submentonier), meteorosensibilă (se modifică în funcție de vreme).

Efectele secundare sunt în general ușor de controlat cu medicație, și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere. Există situații când, pentru susținerea pacientului până la terminarea iradierii, este necesară hrănirea sa artificială, hidratarea prin perfuzii.

Părul căzut crește din nou după 2-3 luni, dar acest lucru depinde și de doza totală de iradiere – dacă aceasta este mare, refacerea poate fi dificilă.

Îngrijirea în timpul iradierii:

Înainte de începerea iradierii este necesar control stomatologic – se vor efectua eventuale extracții, tratamente dentare.

Îngrijirea tegumentului cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun cu Ph neutru.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

În timpul radioterapiei este necesară o dietă de protecție (se vor evita condimentele, alcoolul, băuturile acidulate, citricele; se va evita fumatul; alimentația va fi bazată pe lichide și alimente moi, consistente, servite la o temperatură moderată – *nu fierbinți, nu reci*). Se recomandă mese mai puțin abundente, dar mai dese, la 3 ore, gustări etc.

Medicul radioterapeut poate recomanda tratamente locale pentru cavitatea bucală. Este necesară, de asemenea, îngrijirea atentă a dinților, periaj de câteva ori pe zi cu o periută moale a dinților și limbii, clătirea gurii cu soluții antiseptice. Se recomandă gargară cu ceai de mușețel.

Pacientul va avea asupra lui, permanent, o sticlură cu apă, aportul des de lichide fiind necesar pentru a contrabalansa scăderea cantității de salivă.

Este necesar un examen de control ORL săptămânal pentru diagnosticarea și tratarea eventualelor leziuni ale mucoaselor și tegumentului.

Cancerul uterin

Rolul radioterapiei

Radioterapia are un rol important în tratamentul cancerelor de col și corp uterin, alături de chirurgie și chimioterapie.

Se poate folosi:

- înaintea intervenției chirurgicale (radioterapie preoperatorie) pentru micșorarea tumorii (pentru a face tumora operabilă) sau
- după operație, pentru a distruge posibilele mici zone tumorale microscopice rămase în urma intervenției chirurgicale. În felul acesta, se reduce riscul de reapariție a tumorii (recidiva).

Combinarea radioterapiei cu chimioterapia îi crește eficiența. Radiochimioterapia se poate folosi atât înainte cât și după intervenția chirurgicală.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;

- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 5-6 săptămâni. Durata tratamentului este variabilă în funcție de stadiul bolii și de starea generală a pacientului;
- în timpul iradierii pacientul stă întins pe masa de iradiere, culcat pe spate sau cu fața în jos, și este tratat în zona abdomenului și pelvisului de obicei prin 4 fascicule, adică din 4 direcții, la fiecare ședință.

Brahiterapia:

- se introduc la nivelul uterului sau vaginului surse radioactive;
- în prezent, sursele radioactive se introduc prin anumiți aplicatori (tuburi metalice sau de plastic), amplasați de medicul radioterapeut;
- brahiterapia se poate combina cu radioterapia externă sau se poate folosi ca tratament exclusiv.

Efecte secundare

Cele mai frecvente efecte secundare acute sunt:

- Înroșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare).
- Diaree, crampe abdominale.
- Pierderea apetitului.
- Iritație rectală sau a vezicii urinare.
- Iritație la nivel vaginal.
- Greață și vărsături – ocazional.
- Oboseala.

Efectele secundare sunt în general ușor de controlat cu medicație și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere. La unii pacienți efectele secundare pot dura luni de zile după tratament (diaree, urinare frecventă și dificilă, senzație de scaun imperios, chiar sângerare la nivelul rectului). Afectarea rectului se numește rectita radica, cea a vezicii urinare - cistita radica.

Efectele secundare se tratează prin medicație simptomatică.

Îngrijirea în timpul iradierii:

Îngrijirea tegumentului cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

În timpul radioterapiei este necesară o dietă de protecție (vezi capitolul Dieta în timpul iradierii abdomenului și pelvisului). De asemenea este necesară o toaletă locală la nivel vaginal, pe toată perioada radioterapiei, pentru eliminarea secrețiilor și a resturilor necrotice rezultate în urma radioterapiei.

Cancerul de prostată

Rolul radioterapiei

Metodele de tratament în cancerul prostatei includ:

- Chirurgia – elimină tumora (prostatectomie) +/- testiculele (orhiectomie).
- Radioterapia externă – folosind fascicule de fotoni.
- Brahiterapia interstițială – folosind surse radioactive introduse în tumora prostatică.
- Hormonoterapia, chimioterapia – tratamente sistemice.

Radioterapia se folosește:

- cu intenție curativă (tratează tumora și zonele din jur, eventual ganglionii limfatici din pelvis) sau
- cu intenție paliativă, dacă tumora este foarte extinsă la organele din jur sau în organe la distanță, cum ar fi oasele. În cazul iradierii paliative scopul urmărit nu este vindecarea, ci ameliorarea unor simptome ca durerea sau micțiunea dificilă.

Metodele de radioterapie folosite sunt:

Radioterapia externă:

- se utilizează fascicule de fotoni eliberate de aparate de iradiere de tipul acceleratoarelor liniare sau a aparatelor de cobaltoterapie;
- înainte de începerea tratamentului se face simularea și planul de tratament. Pacientului i se vor face examene radiologice (cu ajutorul unui aparat numit simulator sau CT simulator) care să permită ghidarea exactă a iradierii în zona tumorală. Pe pielea pacientului se vor marca anumite repere prin puncte de tatuaj;
- iradierea se administrează în fracțiuni zilnice, 5 zile pe săptămână, timp de 7-8 săptămâni în cazul iradierii curative, câteva zile – săptămâni în cea paliativă. Durata tratamentului este variabilă în funcție de stadiul bolii și de starea generală a pacientului;
- în timpul iradierii pacientul stă întins pe masa de iradiere, culcat pe spate sau cu fața în jos, și este tratat în zona pelvisului de obicei prin combinație de mai multe fascicule, adică din multiple direcții, la fiecare ședință;
- iradierea modernă pentru cancerul de prostată se numește conformațională 3D, adică permite tratarea tumorii cu mare acuratețe și, în același timp, protejarea cât mai bună a țesuturilor și organelor sănătoase din jurul prostatei (cele mai importante și sensibile la radioterapie fiind vezica urinară și rectul);
- radioterapia externă se folosește și ca metoda paliativă, de obicei pentru reducerea simptomelor (durere, tulburări neurologice prin compresia măduvei spinării) în cazul apariției de metastaze osoase. Radioterapia externă paliativă este de obicei scurtă, de 1 – 10 ședințe.

Brahiterapia:

- este metoda prin care se tratează cancerul de prostată prin introducerea de surse radioactive în prostată (se numește implant interstițial);
- implantul poate fi permanent (adică sursele radioactive de mărimea unor boabe de orez rămân în interiorul prostatei definitiv) sau temporar

(adică sursele radioactive sunt introduse prin anumite ace speciale în interiorul prostatei și retrase, împreună cu acele, la sfârșitul ședinței de iradiere);

- brahiterapia poate reprezenta singura metodă de radioterapie (pentru cazurile localizate, în care tumora este limitată la prostată) sau se combină cu radioterapia externă (în cazurile mai avansate);

- pentru efectuarea unei ședințe de brahiterapie pacientul va fi supus unor investigații de tip ecografie transrectală, tomografie computerizată sau rezonanță magnetică.

Radioterapia metabolică:

- folosește substanțe radioactive (de tipul Stronțiu-89) pentru tratarea durerii osoase date de multiple metastaze osoase diseminate în întregul schelet. Aceste substanțe sunt injectate intravenos, ajung în circulație, și de aici ajung în zonele osoase afectate de boală unde distrug celulele tumorale. În acest fel durerea este ameliorată la majoritatea pacienților.

Efecte secundare

Există pacienți care suportă radioterapia fără efecte secundare, alții se pot simți mai puțin confortabil, mai ales în partea a doua a tratamentului.

Cele mai frecvente efecte secundare sunt:

- Înroșirea tegumentului în zona iradiată (modificări similare arsurilor solare).

- Diaree, crampe abdominale.

- Pierderea apetitului.

- Iritație rectală (scaune frecvente, rar cu sânge) sau a vezicii urinare (urinare frecventă sau dureroasă, urinare cu sânge).

- Incontinență urinară – rar.

- Impotența – este un efect secundar posibil în urma oricărui tratament în cancerul prostatic, nu numai în urma radioterapiei; din fericire, la mulți pacienți care sunt tratați prin radioterapie nu apar modificări ale potenței sau ele sunt minime; menționați medicului

radioterapeut sau urologului dacă apar probleme sexuale în urma tratamentului bolii dumneavoastră.

Efectele secundare sunt în general ușor de controlat cu medicație, și majoritatea dispar în săptămâni – câteva luni de la iradiere.

La unii pacienți efectele secundare pot dura luni de zile după tratament (diaree, urinare frecventă și dificilă, senzație de scaun imperios, chiar sângerare la nivelul rectului).

Afectarea rectului se numește rectita radica, cea a vezicii urinare - cistita radica. Efectele secundare se tratează prin medicație simptomatică.

Impotența poate să nu apară imediat după radioterapie, ci la luni sau ani de zile după terminarea tratamentului.

Îngrijirea în timpul iradierii:

Îngrijirea tegumentului cu creme sau loțiuni recomandate de medicul curant; aplicarea acestora se face după ședința de radioterapie; înainte de ședința de tratament este necesară spălarea zonei cu apă și săpun.

Evitați expunerea tegumentului la soare sau la orice iritant (termic, chimic, inclusiv parfumuri).

În timpul radioterapiei este necesară o dietă de protecție (vezi capitolul Dieta în timpul iradierii abdomenului și pelvisului).

Colaboratori: Dr. Eduard Adamescu (medic primar diabet și boli nutriție, Spitalul Nicolae Malaxa, București); Dr. Gabriel Ricu (medic rezident radioterapie, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central, „Dr. Carol Davila”, București); Studenta Maria Manuela Chiriță (Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București)

Chimioterapia

Ce este chimioterapia? Chimioterapia este un tip de tratament al cancerului, care utilizează diverse medicamente cu administrare orală, intramusculară, intravenoasă sau în perfuzie endovenosă pentru a distruge celulele canceroase ale tumorii primare și ale leziunilor secundare (metastaze).

Cum acționează medicamentele citotoxice (citostatice)? Medicamentele citotoxice-citostatice acționează prin stoparea sau încetinirea creșterii celulelor tumorale, care sunt celule ce se dezvoltă rapid. În același timp ele acționează și pe celulele sănătoase, care cresc rapid cum ar fi cele sanguine, de la nivelul mucoaselor digestive etc., provocând astfel o serie de reacții adverse, în general reversibile după încheierea tratamentului.

De câte feluri este chimioterapia și care sunt scopurile utilizării acestor tratamente? În funcție de tipul de tumoră malignă și de stadiul bolii, chimioterapia poate fi:

Neo-adjuvantă – se utilizează înaintea unei intervenții chirurgicale, pentru a optimiza rezultatele acesteia, pentru a crește siguranța intervenției (ex.: prin scăderea dimensiunilor tumorii). Acest tip de chimioterapie se inițiază numai după efectuarea unei biopsii care confirmă malignitatea tumorii.

Adjuvantă – Chimioterapia care se desfășoară post operator - un număr fix de cure de tratament prevăzute de ghidurile de terapie. Această chimioterapie are rolul de a consolida rezultatul unei intervenții chirurgicale curative, efectuându-se cu scopul de a preveni eventuale recăderi (recidive) ale bolii, atât locale cât și la distanță.

De menținere – există în prezent unele localizări ale cancerului în care prelungirea administrării unor citostatice pe perioade mai lungi de timp are un impact favorabil asupra evoluției bolii.

De sensibilizare – Chimioterapia care se administrează unor pacienți în timpul efectuării radioterapiei cu scopul de a sensibiliza celulele maligne (de a le face mai vulnerabile) la acțiunea radiațiilor.

Paliativă – Chimioterapia care se adresează stadiilor avansate de boală în care intenția nu mai este de curabilitate a bolii, ci de prelungire a supraviețuirii și creștere a calității vieții.

Se utilizează mai multe linii succesive de terapie, fiecare linie utilizând un anumit protocol de chimioterapie, care se schimbă atunci când boala progresează sau apar toxicități severe, inacceptabile.

În acest caz nu există un număr fix de serii de tratament prevăzut în ghidurile de terapie, ci doar tipuri de citostatice recomandate, ca fiind active în aceste stadii avansate ale bolii.

Cine recomandă chimioterapia? Atât chimioterapia cât și alte tratamente medicamentoase (imunoterapia, hormonoterapia, terapiile țintite, tratamentul cu bisfosfonați) sunt recomandate și se efectuează la indicația specialistului oncolog medical, care colaborează cu restul membrilor echipei multidisciplinare pentru stabilirea planului general de tratament, cu toate etapele sale, cu tipurile de tratament ce vor fi utilizate.

Cum sunt prescrise medicamentele citostatice? Medicul oncolog recomandă fiecărui pacient un anumit protocol de tratament, care cuprinde unul sau mai multe citostatice. Acest protocol se elaborează ținând cont obligatoriu de următorii factori:

- localizarea bolii, tipul de cancer;
- stadiul bolii;
- tipul de chimioterapie preconizat (vezi mai sus neo-adjuvantă, adjuvantă etc.);
- recomandările ghidurilor de terapie;
- patologia asociată a pacientului (alte boli);
- preferințele pacientului.

Cum se calculează dozele de citostatice? Odată ales protocolul terapeutic, medicul oncolog va calcula doza fiecărui citostatic în funcție de mai mulți factori:

- Greutatea și înălțimea pacientului (se calculează Suprafața corporală).
- Rezultatele analizelor de sânge-hemogramă, glicemie, creatinină, enzime hepatice etc.
- Rezultatele altor investigații specifice fiecărui pacient.
- Toleranța anterioară (dacă pacientul a mai efectuat tratamente cu citostatice).

În ce formă se poate efectua chimioterapia?

- La spital, pacientul fiind internat în regim continuu un anumit număr de zile în funcție de protocol.

- La spital, în regim de internare de zi.
- Prin cabinetele ambulatorii de specialitate.

Indiferent de locație, medicația e prescrisă de medicul oncolog, și administrată de asistenți specializați. Pentru medicația orală există și posibilitatea administrării la domiciliu chiar de către pacient.

Indiferent de locul în care se face chimioterapia, medicul oncolog va monitoriza prin măsuri specifice și adecvate fiecărei situații modul de administrare și reacțiile adverse ce pot apare, pentru combaterea lor eficientă și rapidă.

Cât durează o serie de tratament în care se administrează un anumit protocol și care e frecvența acestor serii? O serie de tratament se poate efectua într-un număr variabil de zile în funcție de protocolul administrat. (1, 2, 3... chiar 14 zile consecutiv).

Frecvența seriilor depinde de asemenea de protocolul utilizat, dar și de reactivitatea pacientului, de toleranța tratamentului cu toate efectele lui secundare. Astfel ele se pot repeta cel mai frecvent la 21 sau 28 de zile, dar și la 14 zile pentru anumite tipuri de protocol.

Uneori se prelungeste intervalul dintre seriile de tratament, pentru a permite refacerea organismului și ameliorarea simptomelor generate de toxicitatea medicamentelor utilizate.

Care sunt căile de administrare a citostaticelor?

Chimioterapia poate fi administrată pacientului pe mai multe căi:

- Intra-muscular – (IM) injecții în mușchi.
- Intra-arterial – (IA). Prin dispozitive speciale care se introduc direct în arterele care irigă zona tumorală. Efectuat în anumite condiții procedeul se mai numește și chemo-embolizare.
- Intraperitoneal (IP). Citostaticile se introduc direct în cavitatea peritoneală.
- Intravenos (IV). Injecții directe în venă, sau perfuzii endovenoase.
- Percutan: creme locale conținând citostatice administrate pe suprafețe cutanate.
- Oral-pilule, tablete-care se înghit.
- Intravezical- administrate în vezica urinară.

Este important de știut că majoritatea citostaticelor utilizate în prezent se administrează în perfuzii endovenoase. La mulți dintre pacienți abordul venelor periferice este dificil și devine și mai dificil după câteva serii de tratament (deteriorarea venelor de către citostatice), din acest motiv se preferă montarea unor dispozitive Port, cunoscute și sub denumirea de *Camere implantabile* – în vene profunde, sub piele. Acest lucru se realizează printr-o intervenție chirurgicală simplă, iar dispozitivele se vor putea apoi punționa mult mai ușor, eliminând o parte din stresul pacientului, legat de chimioterapie. Tot pentru facilitarea tratamentelor perfuzabile există și anumite pompe care se utilizează pentru perfuziile desfășurate pe perioade mai lungi de timp.

Care este starea generală în timpul chimioterapiei?

Prima condiție pe care trebuie să o îndeplinească un pacient pentru a putea primi un tratament cu citostatice, este o stare generală acceptabilă care să-i permită să suporte un tratament cu foarte multe toxicități.

Pentru majoritatea pacienților, în funcție de stadiul de boală și de protocolul utilizat, această stare generală se menține la un nivel satisfăcător, iar reacțiile adverse pot fi controlate eficient prin măsuri specifice.

Pacienții pot lucra în timpul chimioterapiei? Dacă starea generală a pacientului este foarte bună și locul de muncă nu presupune eforturi fizice intense și epuizante, răspunsul este DA; în măsura posibilităților, pacientul nu trebuie să-și modifice viața personală și programul său obișnuit.

Dacă starea generală e mai precară, tipul de tratament mai dificil, pacientul lucrează în condiții grele, atunci răspunsul este NU. Cel puțin pe perioada efectuării tratamentului, pacientul trebuie să beneficieze de dreptul său legal de concediu medical.

Pacienții pot primi și alte medicamente în timpul chimioterapiei? Înainte de inițierea chimioterapiei trebuie să nu uitați să-i comunicați medicului oncolog următoarele:

- ce medicamente luați în mod regulat;
- pentru ce boală și cine vi le-a prescris;
- de când luați aceste medicamente;
- cât de des.

Medicul oncolog vă va spune dacă le puteți lua și în timpul chimioterapiei și la nevoie va solicita consultul altor specialiști pentru eventuale ajustări de doze sau înlocuiri de medicamente.

Sunt permise vitaminele, mineralele și suplimentele nutritive în timpul chimioterapiei? Deoarece unele din aceste produse pot modifica metabolizarea citostaticelor, putând influența răspunsul terapeutic, este **OBLIGATORIU SĂ INFORMAȚI MEDICUL ONCOLOG**, despre orice tip de medicament/produs pe care intenționați să îl luați, pentru a nu interacționa negativ cu tratamentul specific (chimioterapia).

Cum vă puteți da seama dacă tratamentul cu citostatice, pe care îl urmați este eficient? Spre deosebire de tratamentele pentru alte afecțiuni, rezultatele unui tratament oncologic (incluzând aici și chimioterapia) se pot aprecia numai printr-un set complex de analize și investigații de laborator care se efectuează la intervale bine-definite de timp, în funcție de stadiul bolii.

Din acest motiv simpla interpretare a dispariției unor simptome, sau a apariției altora noi, nu este relevantă pentru aprecierea eficienței chimioterapiei.

De asemenea unele efecte secundare severe vă pot induce ideea falsă că boala a evoluat.

Pentru a avea o imagine clară asupra evoluției sub tratament a bolii, efectuați toate investigațiile recomandate de medicul oncolog și discutați cu acesta despre rezultatele obținute. Interpretările proprii sau conversațiile cu persoane nespecializate în diagnosticul și tratamentul cancerului, pot duce la confuzie, anxietate și chiar la abandonarea unui tratament eficient.

Imunoterapia

Este o metodă de tratament care se mai numește și terapie biologică, aceasta utilizând propriul sistem imun al organismului în lupta cu afecțiunea malignă diagnosticată. Ideea de bază este aceea de a determina organismul afectat de cancer să identifice tumora ca pe un „corp străin” și să o elimine prin mijloacele de apărare specifice. Uneori această metodă de tratament este utilizată singură, dar se poate asocia și cu alte terapii medicale în cadrul unui protocol mai complex.

Există mai multe tipuri de produse utilizate în imunoterapie și anume:

- Interferonii.
- Interleukinele.
- Vaccinurile.
- Anticorpii monoclonali – cunoscuți și ca agenți de terapie țintită.

Terapiile țintite

Anticorpii Monoclonali dar și alte așa-numite „**molecule inteligente**“, reprezintă metode moderne de tratament, dezvoltate în ultimile decenii. Aceste terapii se deosebesc de cele clasice (chimioterapie, radioterapie), deoarece nu acționează pe toate celulele organismului, ci în mod foarte selectiv la nivelul celulelor maligne care au anumite „stigmatе”, carecteristici moleculare, recunoscute de aceste medicamente, ca și ținte pe care acționează, blocând sau încetinind astfel dezvoltarea tumorii. Acționând „țintit” pe celulele maligne cu aceste modificări moleculare, care pot fi determinate prin analizele efectuate

pe tumora excizată sau biopsiată, aceste produse terapeutice pot fi în unele situații mai eficiente și mai puțin toxice decât tratamentele clasice.

Pot acționa în mod direct inducând **apoptoza** – moartea programată a celulelor maligne, sau indirect prin stimularea răspunsului imun al organismului.

În ultimii ani, eferescența studiilor clinice privind tratamentul cu agenți țintiți a condus la îmbunătățirea progresivă și constantă a rezultatelor în tratamentul cancerului și aproape că nu mai există nicio localizare a bolii maligne în care aceste noi molecule să nu demonstreze un beneficiu clinic.

În legătură cu terapiile țintite trebuie să rețineți următoarele:

- unele din ele fac deja parte integrantă din terapia standard a unor tumori maligne și pot fi accesate de către pacienți, la recomandarea medicului oncolog, care va întocmi toate formele solicitate de CNAS (Casa Națională de Asigurări de Sănătate) pentru aprobarea inițierii și continuării acestor tratamente conform legislației în vigoare (cu rigorile impuse de fondurile destinate acelor tratamente);

- altele sunt în diferite faze de cercetare și le puteți accesa prin înrolarea în studii clinice;

- se utilizează singure sau împreună cu chimioterapia sau radioterapia;
- efectele secundare sunt frecvent diferite de ale citostaticelor, dar și aprecierea răspunsului terapeutic poate necesita alte testări decât cele uzuale;

- impactul pozitiv cert al acestor terapii a dus la creșterea speranței de viață și a intervalului liber de boală (fără simptome legate de boală), precum și la îmbunătățirea calității vieții multor pacienți, în trecut considerați fără resurse de tratament.

Hormonoterapia

Tratamentele hormonale sunt utilizate în anumite tipuri de tumori maligne a căror creștere și dezvoltare depinde de prezența hormonilor feminini (estrogen, progesteron) sau masculini (testosteron).

Scăderea nivelului sanguin și tisular al acestor hormoni se poate efectua în următoarele moduri:

- Chirurgical – excizia ovarelor sau a testiculelor.
- Radioterapeutic – iradierea respectivelor organe.
- Medical – printr-o multitudine de medicamente cu administrare pe cale injectabilă sau orală.

Hormonoterapia poate fi de mai multe feluri:

- **Neo-adjuvantă** – se utilizează înainte unei intervenții chirurgicale, pentru optimizarea rezultatului acesteia.
- **Adjuvantă** – după o intervenție chirurgicală radicală, pentru consolidarea rezultatului.
- **Paliativă** – În stadiile avansate de boală în care se utilizează mai multe linii de tratament hormonal pe măsura progresiei bolii și apariției toxicităților la tratament.

Tipuri de cancer în care este utilizată hormonoterapia

- cancerul de sân, ovarian, uterin, de prostată.

Principalele reacții adverse ale tratamentelor hormonale sunt:

La bărbați

- Scăderea dorinței sexuale.
- Creșterea sânilor.

- Valuri de căldură.
- Tulburări erectile.
- Incontinență urinară.
- Osteoporoză.

La femei

- Oboseală.
- Valuri de căldură.
- Modificări de dispoziție.
- Creștere în greutate.
- Osteoporoză.
- Grețuri.
- Scăderea dorinței sexuale.

La ambele sexe mai pot apare:

- Transpirații.
- Creșterea tensiunii arteriale.
- Roșeața feței.
- Diaree.

Tratamentul cu Bisfosfonați

Bisfosfonații reprezintă o clasă de medicamente intrată de multă vreme în arsenalul terapeutic utilizat în cancer.

Sunt medicamente ce se pot administra atât în fazele tardive de boală, pentru tratamentul metastazelor osoase, dar mai recent și în fazele incipiente, în scop adjuvant la fel ca și chimioterapia și hormonoterapia.

De asemenea bisfosfonații sunt utili și în tratamentul osteoporozei indusă de tratamentele hormonale anticanceroase.

Dintre reacțiile adverse cele mai severe ale bisfosfonaților amintim:

- insuficiența renală;
- tulburările digestive;
- osteonecroza de mandibulă.

Măsuri de prevenire și de combatere a acestor reacții adverse

Înainte de inițierea unui astfel de tratament medicul oncolog vă va recomanda următoarele:

- teste sanguine pentru evaluarea funcției renale (se repetă la intervale bine stabilite pe toată perioada de tratament);
- ingestia bisfosfonaților cu administrare orală se va face cu precauțiile impuse de potențialul de iritație gastrică (după mese la aproximativ 1 h, cu un pahar de apă, la distanță de alte medicamente).
- pentru bisfosfonații cu administrare intravenoasă se vor lua măsuri de prevenire a reacțiilor alergice, în special la prima administrare;

- se va efectua un consult stomatologic și se vor efectua toate tratamentele invazive de tip: extracții dentare, implanturi, rezecții apicale, înainte de începerea tratamentului cu bisfosfonați, ca măsură de scădere a riscului apariției osteonecrozei de mandibulă;

- se va menține o igienă riguroasă a cavității bucale și se vor consuma minim 2 l de lichide/zi.

În încheierea capitolului dedicat terapiilor medicale (chimioterapia, imunoterapia, hormonoterapia, terapiile țintite, bisfosfonații) este important să rețineți că medicul oncolog este singurul în măsură să vă indice și să vă supravegheze în timpul acestor tratamente.

El va decide tipul de tratamente, modul de administrare și ordinea în care acestea vor fi utilizate, pentru a obține un control cât mai bun al bolii și scăderea intensității reacțiilor adverse.

Având în vedere faptul că planul general de tratament cuprinde intervenții chirurgicale diverse, proceduri complicate de radioterapie și terapii medicale extrem de multe și sofisticate, este evident că numai o echipă multidisciplinară de specialiști în domeniile respective poate rezolva provocatoarea și dificila ecuație pe care o reprezintă orice pacient oncologic.

Progresele medicale recente tind să individualizeze tratamentele bolnavilor de cancer, fiindcă așa cum fiecare om e unic, la fel și boala lui nu seamănă cu a altuia.

E bine să solicitați întotdeauna o a doua opinie la începutul tratamentului, ba chiar și o a treia sau câte doriți, dar, odată ce v-ați ales echipa de specialiști urmați numai sfaturile acestora, discutați problemele care apar și participați activ la luarea deciziilor medicale.

Tendința unor pacienți de a schimba mereu medicii curanți, de a consulta mereu alți și alți specialiști, de a începe alte tratamente, abandonându-le pe cele în curs din proprie inițiativă, este cât se poate de detrimentală asupra evoluției bolii și nu duce decât la nedoritele eșecuri terapeutice.

În loc de schimbare, încercați o mai bună comunicare!

În loc de „să facem totul”, să facem doar ce trebuie, ce e util!

În loc de acțiuni desperate, măsuri raționale!

Controlul simptomelor



CONTROLUL SIMPTOMELOR

Felul în care fiecare pacient percepe simptomele bolii poate fi diferit. Cei mai mulți pacienți pot percepe unele dintre simptome, dar nu pe toate.

Aceste informații sunt oferite ca o sursă, atât pentru pacienți cât și pentru membrii lor de familie.

Sunteți sfătuiți să discutați cu membrii echipei dumneavoastră de îngrijiri medicale ori de câte ori aveți întrebări, nelămuriri sau temeri despre simptomele și evoluția bolii dumneavoastră.

Câteva sugestii generale

- Puneți întrebări medicului curant sau altor membri ai echipei medicale; nu presupuneți dumneavoastră un anumit lucru. Dacă nu sunteți siguri, folosiți numerele de telefon oferite de personalul medical și sunați.

- Gândiți-vă că sunteți un membru al echipei și că informația pe care o furnizați este utilă și importantă! Vă rugăm să ne informați!

- Revizuiți lista de simptome furnizate de acest ghid.

- Cereți ajutorul familiei sau al prietenilor înainte de a deveni prea absent.

- Păstrați o listă cu ceea ce pot face prietenii și familia pentru dumneavoastră.

- Organizați-vă ziua în segmente ce pot fi gestionate cu ușurință.

- Reamintiți-vă faptul că echipa medicală este menită să vă susțină pe dumneavoastră și pe cei care vă asistă nemijlocit.

Anemia

Este o stare clinică în care numărul de globule roșii este mai mic decât nivelul normal. Globulele roșii (eritrocitele) transportă oxigenul către țesuturile corpului.

Există câteva teste de laborator care monitorizează anemia.

Hemoglobina și hematocritul sunt cele două teste care monitorizează în mod obișnuit anemia.

Hemoglobina este substanța din globulele roșii care transportă oxigenul în corp.

Hematocritul este procentul de celule roșii sanguine dintr-o probă de sânge.

Numai când aceste valori determinate (hemoglobina și hematocritul) sunt scăzute, această condiție se numește anemie, iar țesuturile corpului dumneavoastră nu primesc suficient oxigen pentru a-și îndeplini funcțiile fiziologice.

Aproape toți pacienții cu cancer care primesc tratament, dezvoltă un anumit grad de anemie.

Puteți de asemenea să dezvoltați anemie datorită sângerărilor – în situația în care nivelul de trombocite (plachete) este scăzut. Tipul și stadiul cancerului, ca și tratamentul prescris, vor determina apariția sau nu a anemiei.

Semne și simptome importante – vă rugăm să contactați medicul dumneavoastră în cazul următor:

- amețeli sau senzație de slăbiciune;
- scăderea toleranței la efort;
- dificultăți în respirație la eforturi pe care înainte le efectuați fără probleme;

- oboseală neobișnuită sau slăbiciune musculară;
- pulsații la nivelul capului sau dureri de cap;
- țiuțuri în urechi;
- bătăi rapide ale inimii;
- dureri în piept;
- dificultăți în a vă concentra;
- paloarea pielii.

Modalități de a vă auto-ajuta în caz de anemie:

- Economisiți-vă energia prin efectuarea de perioade scurte de activitate și pauze între activități.
- Pentru a evita amețeala, ridicați-vă încet și stați așezați câteva momente înainte de a merge.
- Când vă dați jos din pat, ședeți câteva momente înainte de a vă ridica.
- Cereți sfaturi nutriționale pentru includerea în dieta dumneavoastră de alimente bogate în vitamine și fier și pentru suplimente alimentare.
- Există și medicamente ce pot stimula măduva osoasă pentru a produce mai multe globule roșii.
- Acceptați faptul că uneori transfuziile pot fi necesare.

Sângerarea

Trombocitele (sau plachetele) ajută sângele pentru a se coagula sau opresc hemoragia dacă există o leziune.

Chimioterapia distruge trombocitele existente și încetinește producția de noi celule.

Dacă numărul dumneavoastră de trombocite scade sub normal, această stare este numită trombocitopenie.

Anumite medicamente, leziuni, exercițiile fizice intense sau masajul intens pot declanșa probleme de sângerare atunci când numărul de trombocite este scăzut.

Semne și simptome importante – vă rugăm să contactați medicul dumneavoastră în cazul următoarelor simptome:

- sângerări nazale sau gingivale;
- sânge în urină sau în fecale;
- vărsături cu sânge;
- flux menstrual în care folosiți mai multe absorbante vaginale pe oră;
- apariția de mici puncte sau pete roșii sau purpurii pe piele sau în gură (acestea sunt denumite peteșii și indică sângerarea sub piele);
- căderi sau răni diverse.

Modalități de a vă auto-ajuta în caz de trombocitopenie:

- nu luați medicamente, preparate din plante sau suplimente nutritive fără a consulta echipa medicală. Unele produse pot crește riscul dumneavoastră de sângerare;
- nu luați aspirină sau alte medicamente contra răcelii care conțin substanțe antiinflamatorii;
- administrați-vă medicația antihipertensivă prescrisă, în cazul în care sunteți hipertensiv. Hipertensiunea poate declanșa sângerările;
- utilizați periuțe de dinți cu părul moale;
- nu utilizați lame de ras; utilizați aparate de ras electrice pentru bărbierit;
- umblați cu grijă pentru a evita căderile. Nu efectuați exerciții fizice intense sau sporturi cu contact fizic, urmați indicațiile date de fizioterapeut sau de medic în ceea ce privește efortul fizic;
- nu vă suflați nasul cu putere și nu vă scărpingați în nas;
- nu vă aplecați cu capul mai jos de nivelul umerilor. Aplecați-vă prin îndoirea genunchilor și țineți capul drept;
- femeile la menstruație vor folosi absorbante și nu tampoane vaginale;
- femeile care observă apariția de sângerări în timpul actului sexual vor trebui să contacteze medicul curant;

- nu este recomandată utilizarea de supozitoare, clisme sau termometre intraanal;
- pacienții cu trombocite scăzute vor evita constipația sau efortul intens de defecație.

Controlul sângerărilor, în cazul apariției acestora

Aplicați presiune pe locul sângerării. Țineți apăsat minimum cinci minute înainte de a verifica dacă sângerarea s-a oprit.

Aplicarea de gheață la locul sângerării poate de asemenea ajuta la oprirea sângerării.

Rămâneți calmi (cereți ajutorul atunci când considerați necesar).

Pentru persoanele care asistă sau ajută bolnavul: sunați la ambulanță în cazul în care pacientul are sângerare necontrolată, persistentă sau este inconștient.

Febra/infecțiile

Febra și frisoanele sunt posibile semne ale unei infecții. Un pacient cu cancer este foarte vulnerabil la infecții în anumite perioade specifice ale tratamentului său, și anume atunci când nivelul globulelor albe (leucocitelor) din sânge este scăzut ca urmare a tratamentului. Atât chimioterapia cât și radioterapia pot produce scăderea numărului de leucocite, situație care se numește leucopenie.

Leucocitele sunt celulele din sânge, care acționează împotriva infecțiilor.

Este foarte important să se ia măsuri prompte încă de la apariția primelor simptome, pentru ca situația să nu se înrăutățească. De asemenea trebuie avut în minte faptul că nu toți pacienții care au infecție vor dezvolta febră, astfel că orice simptom nou apărut poate fi important. Dacă aveți îndoieli că simptomele dumneavoastră sunt serioase, vă rugăm să sunați medicul; acesta va fi cel care va aprecia dacă aveți nevoie de un tratament și care ar fi acesta.

Semne și simptome urgente – vă rugăm să contactați imediat medicul dumneavoastră în următoarele situații:

- temperatură mai mare de 38⁰ C – determinată oral;
- febră cu 1 grad mai mare decât temperatura normală în cazul care sunteți sub tratament cu preparate cortizonice;
- frisoane cu sau fără creștere a temperaturii.

Semne și simptome importante – vă rugăm să contactați medicul dumneavoastră în cazul următoarelor situații:

- tuse sau respirație dificilă;
- apariția de roșeață, tumefacție, secreții sau durere la nivelul pielii sau a unei plăgi, la locul de inserție a cateterului central, a camerei implantabile, sau a dispozitivului de perfuzie intravenoasă;
- dureri în zona stomacului sau dureri de spate;
- dureri de cap sau dureri dentare;
- dureri sau usturime la urinare;
- confuzie.

Modalități de asistență personală:

- măsurați-vă temperatura odată cu apariția simptomelor;
- măsurați-vă temperatura oral sau în axilă; nu vă luați temperatura rectal atunci când sunteți sub tratament cu citostatice sau în curs de iradiere;
- țineți o evidență a temperaturii și contactați medicul pentru valori ale temperaturii ce depășesc 38⁰ C oral. Nu permiteți altor persoane să folosească termometrul dumneavoastră;
- beți multe lichide;
- acoperiți-vă cu o pătură dacă aveți frisoane;
- puneți-vă o compresă umedă, rece, pe frunte dacă vă simțiți fierbinte;
- nu luați aspirină sau alte medicamente pentru a vă reduce temperatura decât dacă medicul dumneavoastră vă recomandă aceasta.

Sindromul „mână-picior“

Sindromul „mână-picior“ reprezintă un efect advers al unor agenți citostatici. Se caracterizează printr-o iritație a pielii care apare cu precădere la nivelul palmelor și tălpilelor sau în alte părți ale corpului unde există zone de frecare, presiune, încălzire și/sau transpirație. De obicei, sindromul „mână-picior“ se manifestă ca o reacție ușoară care dispare în câteva săptămâni. Totuși este important să înțelegeți faptul că acest sindrom poate deveni sever la unii pacienți și necesită întârzierea sau întreruperea tratamentului.

Semne și simptome importante, interesând mâinile și picioarele – vă rugăm să contactați medicul curant în cazul următoarelor:

- senzație de furnicăături, arsură, sensibilitate sau mâncărime;
- înroșire a pielii;
- durere sau tumefiere;
- descumare sau decolorare a pielii;
- mici (vezicule) bule sau zone de uscăciune.

Căi de auto-ajutor:

- examinați-vă mâinile și picioarele de două ori pe zi pentru semne și simptome ale sindromului „mână-picior“;
- purtați lenjerie moale și pantofi comozi;
- evitați expunerea la soare: purtați îmbrăcăminte de protecție în cazul expunerii la soare;
- faceți dușuri sau băi reci, utilizați săpunuri moi și evitați spălarea viguroasă a pielii; ștergeți pielea ușor după baie; nu frecați pielea;
- utilizați loțiuni sau creme de piele emoliente. Nu utilizați creme cu anestezice, steroizi, antihistaminice, parfumuri, alcool sau glicerină, întrucât acestea pot agrava leziunile;
- evitați apa fierbinte, aburii (inclusiv atunci când spălați vesela); nu utilizați jacuzzi, sau piscine încălzite;

- evitați activitățile repetitive sau generatoare de fricțiune a pielii;
- evitați activitățile care vă provoacă presiune asupra pielii (de exemplu poziția așezat în genunchi sau staționarea pe suprafețe dure pentru perioade lungi de timp, statul pe coate, grădăritul, căratul de obiecte grele și activități fizice excesive);
- evitați aplicarea de benzi, bandaje sau alte adezive pe piele;
- dacă apare sindromul „mână-picior“ utilizați măsuri de răcire a pielii precum băile reci și aplicarea de pungi cu gel înghețat pe zonele afectate.

Căderea părului (Alopecia)

Căderea părului sau alopecia apare frecvent la pacienții care primesc tratamente cu citostatice (chimioterapie).

Trebuie să știți că acesta este doar un efect secundar neplăcut al tratamentului, este reversibil după încheierea tratamentului și nu semnifică o agravare a bolii.

Alopecia se datorează faptului că citostaticele acționează pe celulele care au un ritm de creștere rapidă (cele maligne, dar și cele responsabile de creșterea părului, unghiilor, refacerii mucoaselor).

Intensitatea alopeciei depinde de tipul de citostatic folosit, de dozele în care e administrat, de starea de sănătate a părului, anterior de chimioterapie. Căderea părului poate începe după prima serie de tratament sau după 2-3 serii. De asemenea poate afecta și părul de pe alte zone anatomice decât capul. De obicei, după chimioterapie, părul crește cu o textură diferită, mai aspră și posibil mai des decât cel inițial.

Câteva sfaturi de urmat în cursul chimioterapiei

- Folosiți un șampon de copii, neparfumat.
- Nu uscați părul la temperaturi foarte ridicate (preferabil, fără uscător electric).

- Folosiți perii moi.
- Nu folosiți soluții chimice de coafare, fixare sau vopsire a părului în timpul chimioterapiei.
 - Tundeți-vă foarte scurt de la începutul tratamentului.
 - Dacă părul a căzut integral, purtați după preferință: peruci, eșarfe, șepci, pălării (orice soluție vă avantajează și vă poate diminua stresul legat de inconvenientul pierderii temporare a părului).
- **Deși există anumite căști care au rolul de a scădea temperatura scalpului pentru a împiedica apariția alopeciei, atât eficiența cât și siguranța utilizării lor este discutabilă.**

Dificultăți în respirație

Acestea pot apare legat de evoluția bolii în sine (de exemplu a unei tumori pulmonare sau metastaze pulmonare de la diverse cancere), dar și datorită unor complicații ale tratamentelor specifice (iradierea, chimioterapia, care prin scăderea imunității organismului facilitează apariția unor infecții, inclusiv ale căilor respiratorii și ale plămânilor; sau prin apariția unor leziuni de fibroză pulmonară post-iradiere).

Simptomele ce pot apărea sunt:

- scurtarea respirației;
- wheezing-ul sau respirația șuierătoare;
- tusea.

Anunțați medicul curant dacă aveți următoarele simptome:

- simțiți că nu primiți suficient aer;
- nu respirați bine când stați culcat;
- aveți o respirație zgomotoasă, șuierătoare;
- aveți o tuse chinuitoare, nou apărută sau care a reapărut după un anumit interval de timp;
- expectorați sânge sau secreții abundente;
- sunteți mai obosit, deși desfășurați același tip de activitate;
- aveți febră.

Câteva sfaturi:

- Nu fumați și nici nu stați în încăperi în care se fumează.
- Efectuați zilnic o serie de exerciții fizice, corelate cu toleranța la efort.
- Stați cât mai puțin culcat în timpul zilei, pentru a permite plămânilor o eficientă expandare.
- Dacă vă e greu să stați în picioare sau să vă mișcați prea mult, stați în șezut, pe scaun sau fotoliu (nu în pat!).
- Evitați hainele strâmte, care restricționează mișcările respiratorii.
- Evitați contactele cu persoane care prezintă semne de răceală, gripă sau diverse infecții respiratorii.
- Nu respirați aer rece; dacă sunteți nevoit să ieșiți și afară este frig, respirați printr-o batistă sau mască.
- Solicitați ajutor medical urgent dacă se instalează brusc senzația de lipsă de aer.

CONSTIPAȚIA

Poate apare frecvent la pacienții oncologici, având cauze diverse:

- schimbări în regimul alimentar;
- iradierea în regiunea pelviană;
- unele medicamente citostatice;
- medicamentele antiemetice;
- analgezice, în special cele opioide.

Utilizarea frecventă a laxativelor și fără respectarea unei prescripții medicale care să țină cont de cauza constipației duce la ineficiență în controlul acestui simptom.

Contactați medicul curant când apar următoarele simptome:

- Distensia abdomenului.
- Dureri abdominale constante sau colicative.
- Lipsa tranzitului intestinal de mai mult de 3 zile.

- Febră.
- Vărsături care însoțesc lipsa tranzitului intestinal.

Câteva sfaturi:

- Beți suficiente lichide (cel puțin 2 l/zi).
- Beți un lichid cald dimineața pentru stimularea mișcărilor intestinale.
 - Mâncați cereale, pâine neagră și alte alimente bogate în fibre: fructe, legume proaspete (căpșuni, zmeură, pere, mere, țelină, morcovi, broccoli, porumb, roșii).
 - Dacă sunteți în tratament cu medicamente analgezice, utilizați pentru combaterea constipației numai laxativele recomandate de medic.
 - Mențineți o activitate fizică zilnică în limita posibilităților de efort.

DESHIDRATAREA

Se caracterizează printr-o lipsă a lichidelor circulante din organism, care determină o serie de disfuncționalități ale acestuia. Cauzele sunt: fie un aport insuficient de lichide, fie pierderi excesive de lichide prin diaree, vărsături, febră, transpirații.

Manifestările clinice ale deshidratării sunt: senzația de slăbiciune, scăderea tensiunii arteriale, amețeli, palpitații, confuzie.

Contactați medicul curant dacă aveți următoarele simptome:

- Amețeli.
- Confuzie.
- Urină în cantitate scăzută, intens colorată și intens mirositoare.
- Slăbiciune și oboseală accentuată, progresivă rapid.
- Vărsături necontrolate sau diaree severă (mai mult de 5 scaune lichide / zi).

Câteva sfaturi:

- Beți cât mai multe lichide posibil.
- Luați medicamentele necesare combaterii vărsăturilor.
- Fiți atent la culoarea urinei și cantitatea/24h pentru a-i putea comunica la nevoie, medicului curant, aceste informații.
- Dacă aveți diaree schimbați-vă imediat alimentația, beți lichide >2l/zi și anunțați medicul dacă aveți mai mult de 5 scaune lichide/zi.

DIAREEA

Reprezintă o accelerare a tranzitului intestinal cu apariția de scaune moi, apoase, mai mult de 5 în 24 de ore.

Cauzele pot fi diverse:

- tumori digestive;
- iradiere;
- chimioterapie;
- stres emoțional.

Diareea poate duce la deshidratare, pierderea electroliților din sânge și dacă e severă și necontrolabilă prin regim alimentar, necesită asistență medicală de urgență.

Contactați medicul dacă aveți următoarele simptome:

- debut de diaree;
- mai mult de 5 scaune lichide/zi;
- crampe abdominale;
- observați prezența de tablete, capsule întregi în materiile fecale;
- materii fecale negre;
- febră.

Câteva sfaturi:

Beți multe lichide, ceai de mentă, supă de legume.

Mâncați banane, orez fiert, pâine prăjită, brânză de vacă, cașcaval.

Dacă v-au fost prescrise, luați antidiareice după schema indicată. Spălați-vă după fiecare scaun diareic cu apă caldă și săpun antibacterian sau de copii.

Nu mâncați, fără să vă spălați înainte mâinile.

Contactați medicul curant dacă:

- aveți mai mult de 5 scaune lichide/zi;
- aveți crampe abdominale.

Relatați medicului numărul de scaune/24h, consistența și culoarea lor.

MUCOZITA ORALĂ

Mucozita orală (inflamarea mucoasei cavității bucale) și durerile la nivelul gurii sunt simptome frecvente ale pacienților în tratament cu diverse citostatice, sau în timpul iradierii.

Aceste tratamente duc la inflamația celulelor limbii, buzelor, nasului și a întregului tract gastro-intestinal.

Saliva devine vâscoasă, greu de înghițit, gura e uscată, gingiile sângerează, limba devine dureroasă la atingere. Toate aceste simptome pot fi prezente în diferite grade de severitate – de la ușor discomfort la nivelul gurii, până la imposibilitatea mestecării și înghițirii alimentelor.

Pot apare infecții ale cavității bucale, cu febră, frisoane, alterarea stării generale.

Contactați medicul curant dacă apar:

- Probleme la înghițirea alimentelor.
- Sângerări în cavitatea bucală.
- Pete albe pe limbă sau gingii.
- Limbă și gingii foarte roșii.
- Dificultăți în respirație.
- Dureri la mestecarea și înghițirea alimentelor, în special calde sau picante.
- Uscăciunea dureroasă a gurii.

Câteva sfaturi:

- Spălați-vă gura abundant cu o soluție salină și de bicarbonat de sodiu (1/4 l de apă cu o linguriță de sare și două lingurițe de bicarbonat de sodiu).
- Spălați-vă pe dinți după fiecare masă, cu o periuță moale.
- Evitați utilizarea de „ape de gură” ce conțin alcool, peroxid, deoarece acestea usucă mucoasa bucală și produc iritația gingiilor.
- Scoateți pe timpul nopții protezele dentare mobile.
- Beți multe lichide, în special apă plată.
- Consumați bomboane (dropsuri) fără zahăr.
- Utilizați un balsam de buze.
- Nu fumați.
- Nu beți nici un fel de băutură alcoolică.
- Nu mâncați condimentat.
- Alimentele reci pot crea o oarecare stare de confort, dar cel mai bine este să consumați alimente la temperatura camerei, în nici un caz fierbinți.

GREȚURILE ȘI VĂRSĂTURILE

Aceste simptome se pot datora evoluției unor tumori maligne care țin de aparatul digestiv, dar ele pot să apară la majoritatea pacienților oncologici, reprezentând reacții adverse sau secundare la tratamentele specifice (iradiere, chimioterapie).

Deși grețurile și vărsăturile însoțesc foarte frecvent tratamentele oncologice, există în prezent o multitudine de medicamente foarte potente care diminuează sau chiar înlătură aceste simptome, ameliorând substanțial calitatea vieții pacienților în timpul chimio sau radio-terapiei.

Trebuie să știți că grețurile și vărsăturile din timpul chimioterapiei sunt așa-numitele vărsături de tip central adică controlate de anumiți centrii nervoși din creier și măduva spinării, sunt vărsături involuntare,

fără legătură cu regimul alimentar sau diverse afecțiuni ale aparatului digestiv. Dar atenție! dacă un pacient are și astfel de boli digestive ele pot crește intensitatea grețurilor și vărsăturilor induse de chimioterapie și acești pacienți vor necesita un protocol antiemetic mai complex.

Grețurile și vărsăturile care nu sunt corect tratate nu duc numai la alterarea calității vieții, dar și mai grav la deshidratare cu toate consecințele ei.

Cauzele grețurilor și vărsăturilor la pacienții oncologici:

- Chimioterapia (desigur, nu toate citostaticele).
- Radioterapia în anumite zone anatomiche.
- Tumorile gastro-intestinale, ale ficatului, creierului sau urechii interne.
- Anxietatea.
- Durerea.
- Tulburări ale funcției renale și /sau hepatice.
- Deshidratarea.
- Constipația.
- Medicamente – altele decât citostaticele (analgezicele).
- Infecții.

Medicamentele care combat eficient grețurile și vărsăturile din cancer, sunt numai cele recomandate de medicul oncolog pentru fiecare pacient în funcție de:

- cauza acestor simptome;
- protocolul de terapie folosit;
- alte afecțiuni concomitente și tratamentul pentru acestea;
- alte terapii concomitente (pentru durere, constipație, alte simptome legate de boala malignă).

Medicația antiemetică utilizată pentru combaterea grețurilor și vărsăturilor legate de chimioterapie se administrează după protocoale

bine stabilite în funcție de citostaticele utilizate și se poate administra înainte, în timpul și după seria de tratament în funcție de schema stabilită de medicul oncolog.

Contactați medicul curant în următoarele situații:

- grețuri și vărsături necontrolabile cu medicația prescrisă;
- vărsături cu sânge sau „în zaț de cafea”;
- dureri severe abdominale;
- dificultăți la înghițire;
- senzație de slăbiciune;
- scăderea cantității de urină eliminată zilnic.

Câteva sfaturi:

- Luați medicamentele exact așa cum v-au fost prescrise.
- Dacă pentru un anumit medicament împotriva grețurilor și vărsăturilor vi s-a făcut recomandarea de a-l lua la nevoie, luați-l imediat când simțiți cea mai ușoară senzație de greață; mai târziu, când apar și vărsăturile, dacă medicamentul se administrează oral, devine inutil.
- Dacă medicamentul prescris nu a fost eficient, nu măriți doza fără a cere acordul medicului. S-ar putea să aveți nevoie de alt medicament, sau combinații de antiemetice.
- Măncați de multe ori, cantități mici de alimente.
- Evitați mesele prelungite, cu multe feluri de mâncare.
- Evitați condimentele și alimentele grase.
- În timpul chimioterapiei consumați multe lichide și alimente semisolide (budinci, sufleuri, creme de fructe și legume).
- Nu consumați alimente foarte calde (fierbinți) sau foarte reci.
- Beți de mai multe ori pe zi ceai verde, suc de mere și ghimbir (plantă rădăcinoasă asemănătoare hreanului).
- Mențineți o bună igienă a cavității bucale.
- Spălați-vă pe dinți după fiecare masă cu o pastă de dinți ușor mentolată.

- Evitați deodorantele și parfumurile cu miros foarte intens.
- Deoarece multe antiemetice produc constipație, întrebați medicul curant dacă e nevoie să luați și un laxativ.

TULBURĂRILE DE SOMN

Pacienții oncologici pot traversa frecvent perioade de timp în care să nu aibă un somn confortabil din numeroase cauze:

- medicamente ce produc insomnia;
- disconfort psihic;
- modificarea programului obișnuit zilnic, datorită efectelor bolii și/sau tratamentelor;
- spitalizarile.

Contactați medical curant dacă apare:

- imposibilitatea de a adormi sau de a menține somnul (treziri de mai multe ori pe noapte);
- scăderea performanțelor fizice și psihice și alterarea activității diurne datorate unui somn neodihnitor.

Câteva sfaturi

- Creați-vă un ambient liniștit, relaxant în locul în care dormiți: fără zgomote, cu lumină foarte slabă sau deloc, cu temperaturi potrivite.
- Pernă confortabilă, lenjerie curată, uscată, fără accesorii deranjante (nasturi, fermoare, cute).
- Nu beți cafea, ceai negru și în general nu mai beți lichide cu 2 ore înainte de culcare.
- Dormiți puțin în timpul zilei.
- Mențineți o activitate fizică zilnică constantă.
- Ascultați o muzică relaxantă.
- Citiți ceva frumos în loc să vă uitați la televizor.

- Faceți un duș cald înainte de culcare.

Numai dacă toate aceste intervenții rămân fără rezultat solicitați medicului curant o rețetă pentru medicamentul pe care acesta îl consideră cel mai potrivit; nu luați medicamente pentru somn la întâmplare sau după sugestiile nespecialiștilor.

DUREREA

Durerea este un simptom întâlnit frecvent la pacienții oncologici și poate apare în toate stadiile de boală, legată de evoluția tumorii și complicațiile acesteia, dar și de unele tratamente.

Acest ghid își propune să vă ofere câteva sfaturi pentru ca acest simptom să fie controlat eficient și să nu vă influențeze negativ calitatea vieții.

- Descrieți cât mai în amănunt durerea pe care o aveți, astfel încât medicul curant să vă poată prescrie cel mai indicat tratament.

Cauzele durerii pot fi multiple la fel și soluțiile terapeutice.

- Informați medicul și asistentele despre felul în care medicația prescrisă vă calmează durerile.

Există mai multe trepte de analgezice (calmare a durerii), fiecare treaptă cu medicația ei specifică cuprinzând atât analgezice (medicamentele a căror acțiune e exclusiv de calmare a durerii), cât și co-analgezice (medicamente care au și alte acțiuni farmacologice, dar folosite împreună cu analgezicele, cresc potența terapeutică a acestora).

- Nu vă refuzați o viață confortabilă, de teama „dependenței” de anumite medicamente.

Dacă durerea dispare prin evoluția favorabilă a bolii sub tratamentele specifice, medicul oncolog va putea rezolva această problemă a „dependenței”, deci nu evitați să efectuați un tratament care să vă controleze eficient durerea, chiar dacă acesta include medicamente opioide, cum ar fi morfina și alte asemenea medicamente.

- Terapia durerii nu se face la întâmplare, ci după un program foarte strict, precizat de medicul curant.

- Nu practicați automedicația, ceea ce e valabil pentru un pacient, e posibil să nu fie eficient pentru dumneavoastră și mai mult decât atât e posibil să vă producă reacții adverse severe.

- Informați corect și la timp personalul medical de toate schimbările survenite în starea dumneavoastră generală în cursul tratamentelor cu analgezice și co-analgezice pentru ca dozele și ritmul administrării acestor medicamente să fie corelate cu evoluția bolii.

- Informați medicul curant despre posibilele reacții adverse pentru a vi se indica cele mai bune soluții de rezolvare.

- Nu lăsați durerea să vă controleze viața, ci urmați sfaturile medicului curant pentru combaterea ei eficientă.

Nutriția pacientului oncologic



NUTRIȚIA PACIENTULUI ONCOLOGIC

Alimentația în timpul tratamentului pentru cancer este esențială pentru menținerea stării de sănătate. Alimentația corespunzătoare înainte, în timpul și după tratament poate ajuta pacientul cu cancer să se simtă mai bine și să fie mai rezistent.

Pierderea substanțială în greutate și statusul nutrițional deficitar apar la mai mult de 50% din pacienții cu cancer chiar din momentul diagnosticului, deși gradul de deficit este variabil, în funcție de tipul de cancer. Este imperios necesară prevenirea pierderii în greutate, în special pentru pacienții cu risc de scădere involuntară în greutate, pacienții deja malnutriți și pentru cei care primesc diverse tratamente pentru tractul gastro-intestinal. De asemenea se are în vedere și anticiparea reacțiilor adverse ale tratamentului sau simptomelor, ce pot interfera cu alimentația: alterări ale gustului și mirosului, inapetență, greață, vărsături, disfagie (dificultate în înghițire), modificări ale tranzitului intestinal (diaree, constipație), diminuarea masei musculare, durere, fatigabilitate, depresie, anxietate. Poate apărea malnutriția, făcând pacientul să se simtă obosit, slăbit, incapabil de a rezista la infecții sau la tratamentul specific cancerului. Pierderea suplimentară în greutate poate afecta calitatea vieții și să interfereze cu administrarea tratamentelor, să întârzie recuperarea sau vindecarea, sau să crească riscul de complicații.

În caz de inapetență se recomandă mese mici, frecvente, fără consum de lichide în timpul meselor, pentru creșterea aportului alimentar. Pentru pacienții ce nu-și pot asigura necesarul nutritiv numai din aportul alimentar, se administrează medicamente simptomatice, nutriție parenterală.

Dacă pacienții sunt obezi se încurajează pierderea în greutate, care trebuie să fie lentă (1 kg /săptămână) și se poate obține printr-o combinație de dietă cu efort fizic adaptat pacientului. Se recomandă alimente cu aport energetic redus, apă, vegetale bogate în fibre, fructe, supe, cereale integrale, limitându-se aportul de grăsimi și dulciuri. Porțiile de alimente înalt-energetice trebuie să fie mai mici, evitându-se foamea și sentimentul de privațiune, cu efect psihologic negativ.

Alimentația săracă în proteine și calorii este cea mai frecventă problemă întâlnită la pacienții cu cancer. Proteinele și kaloriile sunt foarte importante pentru vindecare, lupta împotriva infecțiilor și asigurarea energiei.

Se recomandă o dietă echilibrată și un aport de minim 8 pahare cu apă pe zi. Pentru a asigura o alimentație corespunzătoare, pacientul cu cancer trebuie să consume suficiente alimente ce conțin nutrienți cheie (proteine, carbohidrați, grăsimi, vitamine, minerale, apă).

Dieta la pacienții cu cancer este alcătuită în proporție de 10-35% din proteine (cel puțin 0,8g/kgc proteine/zi), 20-35% grăsimi (saturate sub 10%, acizi grași trans sub 3%) și 45-65% carbohidrați.

➤ Aportul proteic adecvat este esențial în timpul tuturor stadiilor de tratament al cancerului și supraviețuirii pe termen lung. Sunt recomandate alimente cu conținut redus în grăsimi saturate: pește, carne slabă, pui, ouă, produse lactate degresate sau semi-degresate, nuci, semințe, legume.

➤ Carbohidrații se găsesc în legume, fructe, cereale integrale, alimente ce sunt bogate în nutrienți esențiali, fitochimicale, fibre, vitamine, minerale. În cantități mai mici pot fi consumate și pâine,

cartofi, orez, spaghete, paste, porumb, mazăre, fasole, boabe uscate; ele conțin carbohidrați, vitamine B și fibre. Nu sunt recomandate dulciurile de tip deserturi, bomboane, sucuri comerciale, având un conținut mare de carbohidrați și foarte puțini nutrienți.

➤ Grăsimile și uleiurile sunt o sursă importantă de energie pentru organism. Asigură de 2 ori mai multe calorii/gram decât carbohidrații și sunt folosite pentru a stoca energie, a separa țesuturile și a transporta unele vitamine în sânge. Ele au un rol important în prepararea mâncării, dând un gust mai bun și conducând mai bine căldura în timpul preparării acesteia. Sunt mai sănătoase grăsimile nesaturate (mono- și poli-) decât cele saturate.

- Grăsimile mononesaturate sunt uleiurile vegetale de măsline, arahide. Ele sunt lichide la temperatura camerei.

- Grăsimile polinesaturate sunt uleiurile vegetale de floarea-soarelui, șofran, porumb, semințe de in, fructe de mare. Sunt lichide sau moi, la temperatura camerei. Unele, precum acidul linoleic sau linolenic sunt denumite acizi grași esențiali, pentru că organismul nu-i poate produce. Ei sunt necesari pentru formarea de noi celule și secreția de hormoni. Acești acizi grași esențiali trebuie asigurați din alimentație, precum uleiurile de semințe de soia, nuci.

- Grăsimile saturate (sau acizii grași saturați) provin din surse animale (carne, pui, lapte integral sau semi-degresat, unt). Ele sunt solide la temperatura camerei. Sunt saturate și unele uleiuri vegetale precum uleiul de nucă de cocos sau de palmier.

- Acizii grași trans se formează când uleiurile vegetale sunt procesate (în margarină) sau lanțurile lor sunt scurtate. Ei se găsesc în snacks-uri, produse coapte, uneori și în unele produse lactate. Așa cum am menționat, procentul de grăsimi saturate și trans în alimentația pacienților cu cancer trebuie redus cât se poate de mult.

➤ Vitaminele și mineralele sunt necesare pentru creștere și dezvoltare și ajută organismul să-și utilizeze energiile obținute din alimente.

O dietă echilibrată poate asigura necesarul de vitamine și minerale din alimentație, dar este destul de greu de obținut la pacienții cu cancer. Reacțiile adverse comune ale tratamentului (greață, vărsături, mucozită sau rănile bucale) pot face dificilă alimentarea, iar unele citostatice scad nivelul de calciu și vitamina D. În concluzie, suplimentele de polivitamine și minerale sunt permise, dar nu trebuie să înlocuiască aportul caloric adecvat și necesarul de proteine.

➤ Apa este necesară tuturor celulelor corpului pentru a funcționa. Dacă pacientul nu ingeră suficiente lichide sau le pierde prin vărsături sau diaree, poate apărea deshidratarea, cu consecințe nefaste asupra organismului. Semnele de deshidratare sunt: uscăciunea gurii, urină închisă la culoare și puțină cantitativ, amețeli, neatenție, pliu cutanat persistent la strângerea pielii de pe piept între degete.

Este ideal ca pacientul cu cancer să aibă o alimentație echilibrată, variată, cu alimente din toate cele 5 grupuri de bază. Uneori acest lucru poate fi extrem de dificil în timpul tratamentului, fiind posibile abateri pe perioade scurte de la aceste principii alimentare. Pacientul cu cancer poate avea zile bune și zile proaste în decursul evoluției, în zilele proaste fiind încurajat să mănânce ce poate și când poate, pentru ca în zilele bune să încerce o alimentație echilibrată. Pacienții care au regimuri alimentare speciale, pentru boli cardiovasculare sau diabet, pot să nu respecte toate restricțiile, pe durata tratamentului pentru cancer, cu avizul cardiologului sau diabetologului. Uneori este necesar un aport mai mare de calorii și proteine, fiind recomandate suplimente alimentare sau o porție suplimentară de lapte sau înghețată. Medicamentele antialgice narcotice pot produce constipație, situație în care se pot administra laxative.

Alimente	Permise	Nepermise
Fructe/legume	Fructe și legume proaspete, bine spălate	Stafide, nucă de cocos, fructe uscate (cu excepția utilizării lor în preparate gătite)
	Conserve de fructe și legume	Boabe de piper proaspete
	Legume gătite	
	Legume congelate	
	Ierburi bine spălate	
	Piper conservat/ condimente	
	Tofu bine pregătit	
	Boabe de fasole gătite	
Carne (deși se recomandă evitarea consumului de carne roșie-porc, vacă, oaie, vânat-aceste alimente nu sunt total interzise, putând fi consumate ocazional)	Carne, pește, pui, bine preparate (nu crude!)	Carne, pește, pui, ouă, tofu - crude, semi-preparate sau incomplet preparate Afumături de: carne, pui, pește
	Salată de ton sau pui	Pește crud sărat
	Ouă bine pregătite sau substitute de ouă pasteurizate	
	Salamuri ambalate comercial cu puțini conservanți și în special fără E621 (glutamat de sodiu)	

Alimente	Permise	Nepermise
Grăsimi	Ulei, unt	Dressing-uri de salate ce conțin brânză veche sau ouă crude
	Cremă de brânză, maioneză cu ou fiert (nu crud!), preparată în casă și dressing-uri de salată din ingrediente naturale	Dressing cu avocado
	Creme nonlactate	Nuci crude sau nuci prăjite în coajă
	Unt de arahide ambalat comercial	
	Nuci prăjite sau conservate	
Pâine neagră, cu cereale integrale	Pâine, baghete, turte, biscuiți, ambalați individual	Produse de cereale crude
	Chec, clătite, french toast, bine preparate	Cereale ce conțin nuci sau fructe crude
	Biscuiți, covrigei, din făină integrală	
	Paste, orez, alte boabe pregătite	
	Cereale pregătite, individual ambalate, gata de mâncat	
Lactate	Lapte pasteurizat sau produse de lapte: lapte bătut, kefir, sana	Produse lactate nepasteurizate (lapte proaspăt, brânzeturi diverse: cheddar, brie, feta)

Alimente	Permise	Nepermise
	Iaurt pasteurizat	Iaurturi cu culturi active, probiotice
	Brânză de vaci pasteurizată	Brânzeturi cu ardei iute, legume necoapte, mușgaiuri (blue, gorgonzola, roquefort)
	Brânzeturi ambalate individual, făcute din lapte pasteurizat	Milkshakes făcute din înghețate necomerciale sau în blender
	Brânză topită	Iaurt sau înghețată din tonomat
	Înghețată din lapte pasteurizat	Lichior de ouă, făcut din ouă crude
Altele	Chec, plăcintă cu brânză sau fructe, prăjiturele, tarte cu fructe, creme la cuptor din ingrediente naturale	Prăjituri/cheuri cu nuci crude Prăjituri cu creme colorate sintetic
	Supă făcute în casă	
	Miere comercială (pasteurizată)	Miere noncomercială, nepasteurizată
		Semințe (dovleac, floarea-soarelui)

Alimente	Permise	Nepermise
	Gem, jeleu, sirop, sos picant, muștar, sos de barbeque, sos de soia (refrigerate după deschidere)	Bomboane sau gume, oferite în unități de distribuție publică
Zahăr	Brun, din trestie de zahăr	Alb, ultrarafinat
Băuturi	Apă de robinet/îmbuteliată	Apă de fântână/puț
	Cafea, ceai verde sau negru	
	Sticle sau cutii cu băuturi din fructe sau legume, fără conservanți	
	Sucuri de fructe proaspete	
	Suplimente nutriționale comerciale din farmacii	

Ghiduri de siguranță a alimentației

Bacteriile și alte microorganisme există obișnuit în cele mai multe alimente. Multe din aceste microorganisme au un risc minim de a afecta un individ sănătos, dar acest risc crește în cazul pacienților cu cancer, tratați prin chimioterapie, radioterapie sau transplant de celule stem.

Pregătirea alimentelor:

- Spălați-vă pe mâini cu apă caldă și săpun (cu jet de apă ce curge de la robinet), înainte și după fiecare etapă de pregătire a alimentelor, în special carne, pui și fructe de mare, crude.

- Schimbați cârpele de vase și prosoapele de bucătărie zilnic; ele trebuie spălate în mașina de spălat la programe cu apă fierbinte.

- Spălați toate ustensilele folosite în bucătărie, inclusiv deschizătorul de conserve, cu jet de apă fierbinte și săpun, apoi le dezinfecțați cu o soluție de 1 linguriță de cloramină la 250 ml apă.

- Întotdeauna spălați fructele și legumele proaspete cu apă rece de robinet, înainte de a le mânca. Nu le spălați cu săpun, detergenți sau soluții de cloramină. Tăiați zonele zdrobite/pătate/mucegăite ale fructelor și legumelor și aruncați-le. Frecați cartofii și morcovii cu o perie pentru a curăța bine coaja. Fiecare frunză de legume se spală separat sub jet de apă. Salatele preambalate, mixturile de legume preambalate, deși sunt prespălate, se spală din nou sub jet de apă în strecurătoare.

- Spălați cutiile/conservele ce conțin alimente, cu apă și săpun, înainte de deschiderea cutiei.

Prepararea alimentelor:

- Ouăle trebuie să fie tari. Nu mâncați ouă crude sau incomplet preparate. Nu folosiți ouă cu coaja crăpată.

- Puiul se prepară până zeama devine clară și carnea are culoare albă în interior.

- Peștele se prepară până devine alb, opac.

- Carnea se prepară până devine maron în interior; nu trebuie să fie în sânge sau semipreparată.

- Tofu se fierbe minim 5-10 min înainte de a-l utiliza.

- Folosiți ustensile diferite pentru amestecarea mâncării și gustarea ei.

- Nu lăsați alimentele la temperatura camerei mai mult de 2 ore de la prepararea sau cumpărarea lor; refrigerați-le cât mai curând

posibil. Preparatele pe bază de ouă, creme, maioneză nu se lasă nerefrigerate mai mult de 1 oră.

- Consumați alimentele preparate în cel mult 4 zile de la preparare.
- Nu consumați alimente ce au miros sau gust ciudat.

Refrigerarea:

- Temperatura în frigider să fie sub 4°C și în congelator de -18°C.
- Schimbați locul alimentelor în frigider, astfel încât alimentele mai vechi să fie mai în față, pentru a putea fi consumate în timp util, iar cele mai proaspete mai în spate. Nu consumați alimente după expirarea termenului de valabilitate.

- Mențineți curățenie perfectă în locurile de stocare a alimentelor.
- Plasați carnea, peștele, puiul crud împachetate, în sertare speciale sau în compartimente diferite față de alimentele deja preparate, astfel încât zeama de carne să nu vină în contact cu alte alimente.

- Preparați carnea proaspătă, peștele, puiul, refrigerate în maxim 2 zile, iar carnea de porc, vițel, vită, miel în 3-5 zile; dacă acest lucru nu este posibil, congelați-le.

- Dezghețați carnea/peștele/puiul într-un castron în frigider, dar nu la temperatura camerei. După dezghețare preparați alimentele imediat și nu le recongelați.

Cumpărarea alimentelor:

- Nu alegeți ambalaje desfăcute, conserve umflate/ruginite/adânc înfundate, borcane crăpate. Asigurați-vă că acestea sunt corespunzător sigilate/închise.

- Nu cumpărați alimente expirate.
- Alegeți numai lapte/brânzeturi sau sucuri pasteurizate.
- Cumpărați alimentele congelate sau refrigerate la sfârșitul cumpărăturilor, puneți-le în sacoșe separate și transportați-le în

interiorul mașinii, la aer condiționat și nu în portbagaj, în special în lunile de vară. Carnea, puiul, peștele puneți-le în pungi de plastic, separate de celelalte alimente. Refrigerati alimentele proaspete și perisabile cât mai curând posibil.

- Evitați alimentele de tip „vrac”, eșantioanele gratuite, de reclamă, deserturile cu creme de ou, alimentele gata preparate din zonele de auto-servire, produsele feliate în magazin, înghețatele din tonomatele cu auto-servire.

Reguli de siguranță a apei:

- Apa de robinet este considerată sigură, dacă provine din surse de apă ale orașelor sau localităților dens populate.

- Apa de fântână/puț se poate bea numai dacă este zilnic controlată și găsită negativă pentru *Escherichia coli* și *Cryptosporidium*. Altfel se poate fierbe minim 1 minut din momentul în care începe să fiarbă, sau se poate distila. Apa fiartă sau distilată se depozitează într-un recipient curat, cu capac și se refrigerază; poate fi băută în maxim 72 ore (3 zile).

- Apa îmbuteliată este considerată sigură numai dacă a suportat unul dintre procedee: osmoza inversă, distilare, filtrare cu filtre mai mici de 1 micron.

- Cele mai multe filtre de apă nu sunt sigure, dacă apa nu este clorinată anterior filtrării. Sistemele de filtrare portabile îndepărtează impuritățile chimice, dar nu și bacteriile. Pot fi folosite sisteme de filtrare portabile dacă sunt puse la robinet, numai pentru a îmbunătăți gustul apei și a îndepărta suplimentar impuritățile și clorul, dar filtrele trebuie schimbate frecvent, conform instrucțiunilor firmei producătoare.

Situații speciale

Pacienții cu neutropenie severă, prelungită (mai puțin de 1000 leucocite/mmc, mai mult de 2 zile), *transplant de celule stem sau chimioterapie în doze mari* au risc mare de infecții din alimente sau apă și trebuie să evite următoarele alimente:

- „fast food“;
- de tip bufet;
- alimente tip delicatese;
- alimente de la vânzători ambulanți;
- alimente de tip „vrac“;
- eșantioane alimentare gratuite;
- salate gata preparate din supermarket.

Tipuri particulare de cancer

• Cancerul de sân: se recomandă consum moderat de soia, evitarea surselor concentrate de izoflavone și încercarea de obținere a unei greutate normale prin dietă și activitate fizică regulată.

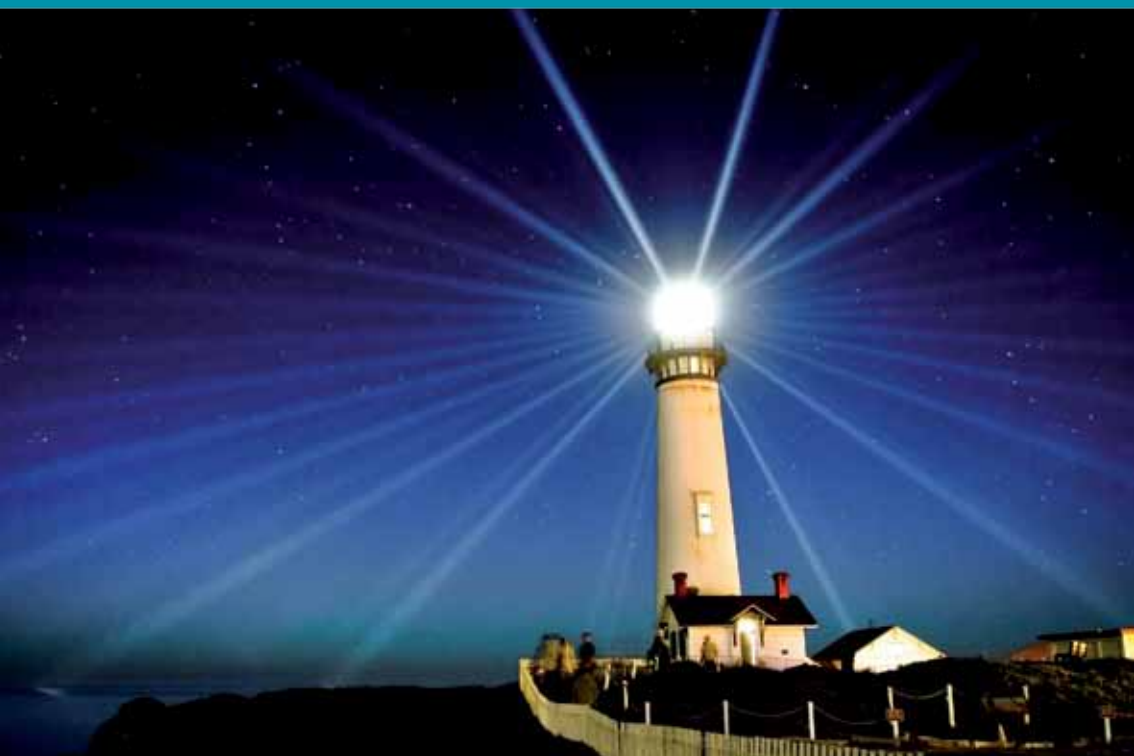
• Cancerul colo-rectal: dacă pacientul are probleme intestinale cronice sau a suferit o intervenție chirurgicală ce afectează absorbția normală a nutrienților, este nevoie de dietetician pentru o dietă individualizată.

• Cancere hematologice/ transplant medular/transplant de celule stem hematopoitice. Este necesară o strategie de prevenire a infecțiilor, consum de alimente cu conținut microbial redus, complet preparate.

• Cancer pulmonar. Sunt recomandate alimente bogat energice și ușor de înghițit, suplimente de polivitamine și minerale, mese mici și frecvente.

- Cancer de prostată. Se recomandă un consum crescut de legume (roșii în special) și fructe, consum moderat de calciu, consum redus de grăsimi saturate și activitate fizică.
- Cancer de cap/gât/tract gastro-intestinal. Este necesară intervenția unui dietetician pentru dietă individualizată.

Comportamentul



COMPORTAMENTUL

Activitatea fizică

Activitatea fizică reprezintă un factor de întreținere și promovare a sănătății. Rolul ei benefic nu se manifestă doar în profilaxia îmbolnăvirilor în general, având o importanță deosebită și în viața pacienților oncologici, îmbunătățind status-ul de performanță al acestora, ajutându-i la depășirea mai ușoară a reacțiilor adverse la diferitele tratamente specifice. Un program riguros de minim 30 de minute pe zi de exerciții diverse (de la gimnastică, la mersul pe jos sau cu bicicleta) are efecte pozitive atât fizice, cât și mentale. Nu trebuie să vă transformați în sportivi de performanță, dar există câteva lucruri simple, care efectuate cu regularitate pot avea un impact pozitiv asupra stării generale:

- Coborâți din autobuz cu o stație mai înainte de cea la care vreți să ajungeți și parcurgeți restul drumului pe jos sau,
- Parcați mașina mai departe de locul în care vreți să ajungeți și mergeți pe jos (nici nu e prea greu și nu vă mai enervați că nu există parcări acolo unde ați avea nevoie!)
- Urcați pe scări și renunțați la lift ori de câte ori simțiți că e posibil (fără să vă obosiți excesiv).

- Mergeți cu familia și prietenii și practicați toate sporturile cu care sunteți obișnuiți, dacă medicul oncolog nu v-a sugerat o reducere a acestor activități.

- Lucrați în grădină sau îngrijiți plantele din apartament.

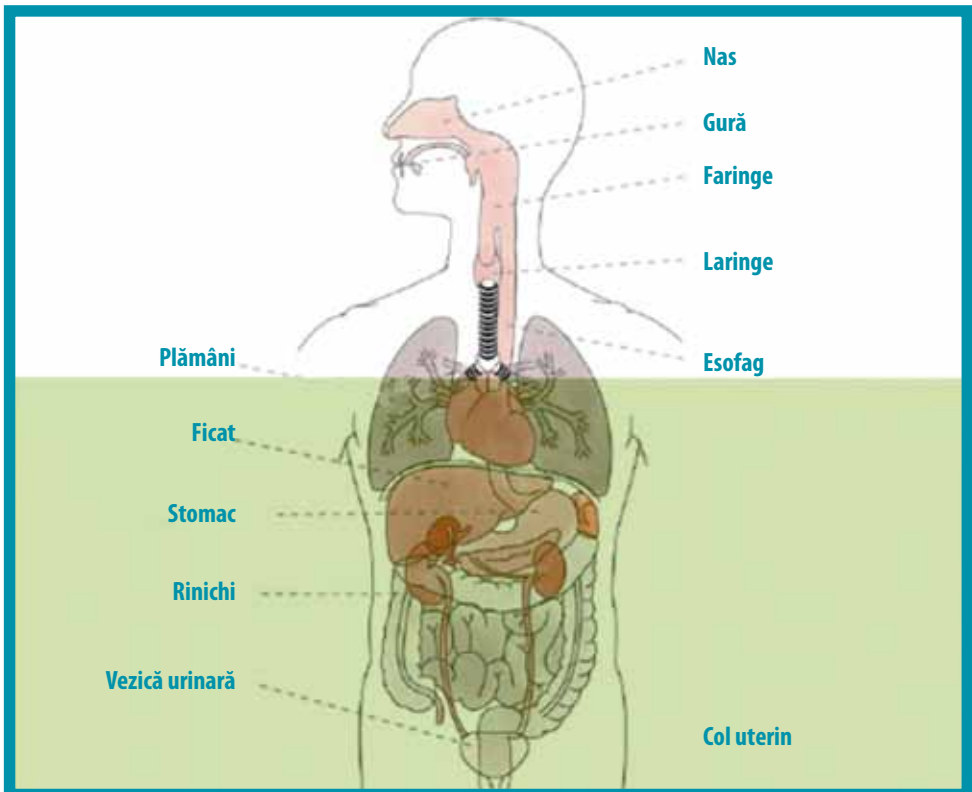
- Ieșiți mai des în parc sau în excursii cu cei din familie sau cu prietenii în loc să vă uitați la televizor.

- Dacă știți să mergeți pe bicicletă, folosiți acest mijloc de transport ori de câte ori e posibil.

- Computerul și internetul sunt interesante, dar o excursie la munte v-ar putea ajuta mai mult!

Fumatul

Nu este o noutate faptul că fumatul reprezintă un factor esențial de risc pentru diverse afecțiuni, iar în privința bolilor maligne e bine să știți că fumatul este responsabil pentru mai mult de 80% din cancerul pulmonar și pentru 30% din toate decesele datorate acestei maladii. Fumatul crește și incidența altor tipuri de cancer (prezentate în graficul de mai jos), cum ar fi tumorile capului și gâtului, tumorile de sân, de vezică urinară sau gastrice etc.



Fumatul ucide anual mai mulți oameni decât toate cauzele enumerate mai jos, împreună:

- *Alcoolul.*
- *Drogurile.*
- *Sinuciderile.*
- *Accidentele de mașină.*
- *Incendiile.*
- *SIDA.*

Este o greșeală să vă gândiți că din moment ce sunteți deja bolnav nu mai are sens să renunțați. Dimpotrivă, renunțarea la fumat vă va ajuta să tolerați mai bine tratamentele și să vă recuperați mai rapid și integral starea de sănătate. Dacă boala dumneavoastră este într-o stare avansată, persistența fumatului poate înrăutății și mai mult calitatea vieții.

Și dacă cele de mai sus nu v-au convins, poate că vă gândiți mai bine înainte de a aprinde o țigară și a-i transforma pe cei dragi din jurul dumneavoastră în fumători pasivi, expunându-i la toate riscurile enumerate anterior!

Consumul de alcool

Alcoolul reprezintă un factor important de risc pentru mai multe tipuri de cancer:

- cancerele capului și gâtului (cavitatea bucală, faringe, laringe), cancerul esofagian, hepatic, de colon, de sân.

Există mai multe mecanisme prin care alcoolul își exercită acest potențial prin care favorizează apariția și dezvoltarea unor tumori maligne:

- metabolizarea lui în acetaldehidă - compus chimic cancerigen;
- creșterea producției unor hormoni (estradiol, testosteron, insulină) implicate în geneza unor tumori;

- distrugerea celulelor hepatice cu apariția cirozei și a cancerului hepatic;

- sensibilizarea mucoaselor organismului la acțiunea substanțelor cancerigene din fumul de țigară;

- scăderea concentrației sanguine a acidului folic și a metaboliților lui.

Nu există cantități de alcool care să fie lipsite de efecte negative (indiferent de cât de mici sunt!!) și cu cât acestea sunt mai mari și pe o perioadă mai lungă de timp, cu atât riscul apariției unei tumori maligne crește.

Asocierea fumatului și a lipsei de activitate fizică (sedentarismul) la consumul de alcool duce la escaladarea acestui risc.

De asemenea evoluția bolii și răspunsul la terapiile oncologice specifice sunt influențate negativ de consumul de alcool.

Expunerea la soare

Deși este bine să vă petreceți cât mai mult timp în aer liber evitați expunerea prelungită la soare.

Purtați haine ușoare din bumbac și folosiți creme de protecție solară.

Dacă sunteți în curs de iradiere sau chimioterapie este mai înțelept să renunțați la plajă fie ea la munte sau la mare pentru a preveni exacerbarea unor reacții adverse.

Evitați saloanele de bronzare; riscul apariției unor cancere ale pielii crește proporțional cu numărul expunerilor. Cu cât pielea e mai deschisă la culoare, cu atât riscul e mai mare.

Noțiuni de genetică și cancere familiale



NOȚIUNI DE GENETICĂ ȘI CANCERE FAMILIALE

- Majoritatea oamenilor au cazuri de cancer în familie.
- Este acest lucru important?

Cancerul nu este considerat o boală care se moștenește, deoarece aproximativ 90% din cazuri apar la persoane fără istoric de tumori maligne în familie. Totuși există dovezi că posibilitatea unei persoane de a dezvolta un cancer poate fi influențată de moștenirea unor anumite modificări genetice. Aceste alterări genetice tind să crească susceptibilitatea unui individ de a dezvolta o boală malignă.

- 10% din cancer are o componentă genetică.
- Acest determinism explică frecvența cazurilor de cancer în unele familii.

Cum putem identifica cancerul familial, moștenit?

Acestea au câteva caracteristici:

- Cancer care apar în câteva generații succesive.
- Există 3 sau mai mulți indivizi cu cancer în aceeași generație.
- Cancer care debutează înainte de 50 de ani.
- Mai multe tumori maligne primitive la același individ.

Există mai multe tipuri de cancer cu determinism genetic

1. Sindromul de cancer de sân și de ovar ereditar. Cauze:

- Mutații ale genelor BRCA1 sau BRCA2.
- Incidența: 1 din 800 femei cu largi variații în funcție de etnie.

- La femeile cu o mutație a uneia din cele 2 gene există un risc de 50-85% pentru a dezvolta un cancer de sân și de 10-40% pentru un cancer de ovar.

- **5% din tumorile maligne ale sânului se datorează unor modificări genetice moștenite.**

2. Cancerul non-polipos colo-rectal ereditar (Sindromul Lynch)

- Mutații ale genelor MLH1, MSH2 și MSH 6.
- Incidența în populația generală: 1 la 3000.
- Riscul pentru cancerul de colon: 80%, endometrial 60%, hepatobiliar și de intestin subțire 30%.

3. Polipoza adenomatoasă familială (FAP)

- Mutații la nivelul genei APC.
- Incidență în populația generală: 3 la 100.000.
- Riscul de a dezvolta un cancer de colon: 100%!!!
- Pentru indivizii cu această afecțiune ereditară (FAP) - se recomandă colectomia profilactică!

4. Sindromul Peutz-Jeghers

Incidența în populația generală 1 la 250.000

- Gena STK-1 – transmisie autosomal dominantă.
- Riscul pentru cancer: 95%.
- Tumori maligne multiple (sân, colon, rect, pancreas).

5. Melanomul familial

- Mutații la nivelul genelor CDK4, CDKN2A și CMM ce sunt responsabile pentru 8-12% din cazurile de melanom.
- Risc pentru un al 2-lea cancer, în special la nivelul pancreasului.

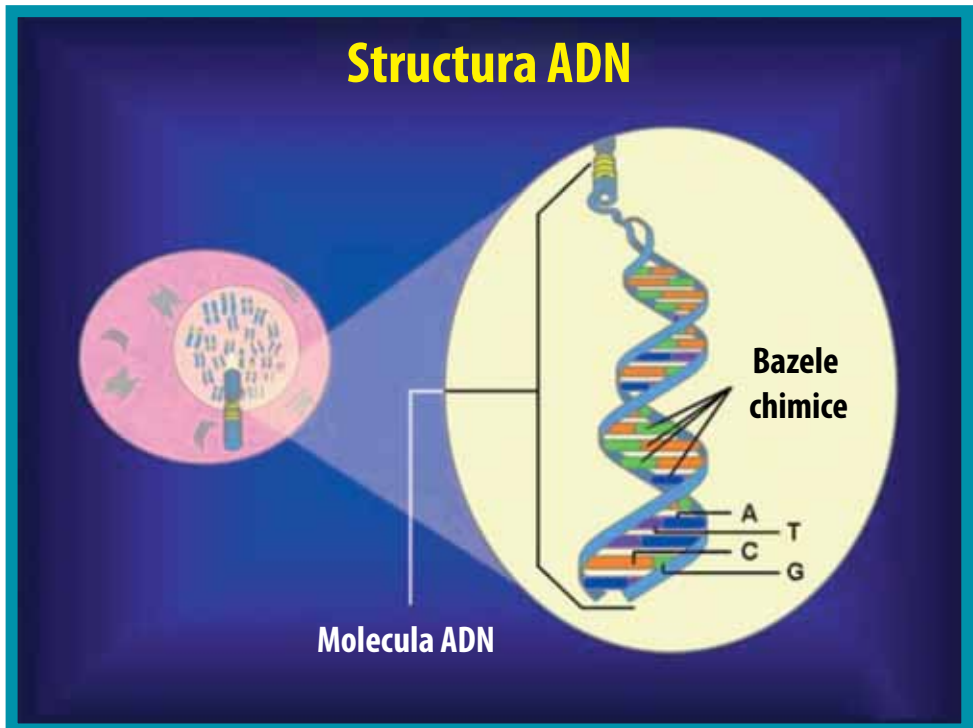
6. Neoplazia endocrină multiplă (MEN) tipul 1 și 2

- Mutații la nivelul genelor RET (MEN tip 2) și MEN 1 (MEN tip 1).
- Incidența 1 la 40.000.

Sindromul se caracterizează prin apariția de tumori paratiroidiene, tiroidiene medulare, feocromocitom, tumori pancreatice.

7. Sindromul Li-Fraumeni

- Mutații ale genei supresoare ce codifică proteina p 53 (transmitere autosomal dominantă).
- Incidența 1 la 2000.
- Risc foarte crescut de cancer > 90%.
- Tumori diverse-osteosarcoame, sarcoame de țesuturi moi, tumori cerebrale și de sân.



- Genele pot fi alterate în diverse moduri. Cea mai simplă mutație implică schimbarea unei singure baze purinice sau pirimidinice, ca o eroare „tipografică“. În alte cazuri, una sau mai multe baze pot fi adăugate sau șterse. Alteori, largi segmente de ADN, pot fi accidental repetate, șterse sau mutate.

- **Oncogenele** reprezintă acele gene a căror **PREZENȚĂ** contribuie la apariția unui cancer prin capacitatea pe care o au de a genera în celule, semnale de creștere și diviziune, aberante.

Genele tumorale - supresoare reprezintă un grup de gene a căror **ABSENȚĂ** poate conduce la apariția unui cancer.

Absența sau disfuncționalitatea lor indusă de diverse mutații genetice au drept consecință privarea celulelor de mecanismele normale de reglare a creșterii și diviziunii ajungându-se în final la proliferări aberante și apariția de tumori maligne.

În mod plastic genele supresoare au fost comparate cu o pedală de frână, iar oncogenele cu o pedală de accelerație!

Proteina p53

O genă tumoral-supresoare particulară o reprezintă cea care codifică proteina p53 responsabilă de așa numita „sinucidere celulară”, sau „moarte celulară programată” sau „apoptoză”. În celulele care au suferit o alterare genetică (inclusiv una inductoare de cancer), proteina p53 acționează inițial ca o „pedală de frână”, oprind creșterea și diviziunea acestei celule. Dacă modificările nu pot fi reparate, această proteină p53, inițiază apoptoza.

- Un al 3-lea grup de gene implicate în carcinogeneză este reprezentat de **Genele Reparatoare ale AND-ului**. Acestea codifică sinteza celulară de proteine a căror funcție e aceea de a corecta erorile ce apar anterior diviziunii celulare în perioada de duplicare a AND-ului. Mutații

ale acestor gene pot conduce de asemenea la proliferări celulare aberante și cancer. De exemplu persoanele cu o afecțiune genetică numită „xeroderma pigmentosum” moștenesc un defect al acestor gene reparatoare și ca urmare nu pot repara corespunzător alterările AND, ce apar în mod normal în celulele pielii expuse la soare, putând duce în final la apariția de cancere de piele multiple. De asemenea, defecte ale genelor reparatoare sunt incriminate în etiologia unor cancere familiale ale colonului.

Alterări genice complexe

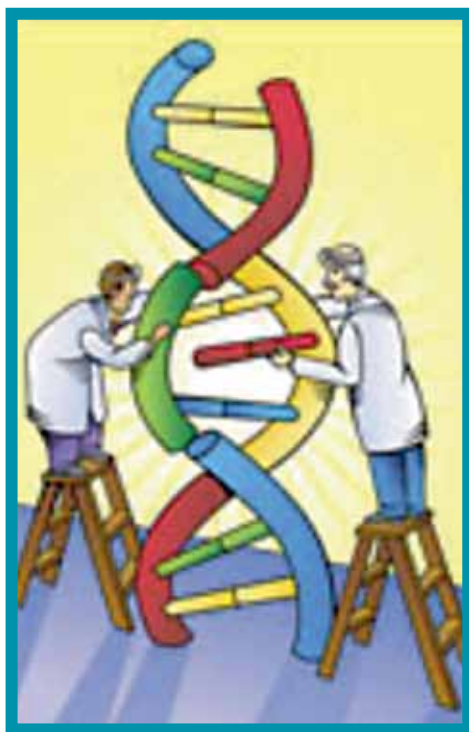
- În mod frecvent în apariția unui cancer sunt implicate alterări ce interesează toate cele 3 grupe de gene amintite în diferite combinații și proporții. Astfel, un cancer poate începe cu un defect al genelor supresoare ce duce la proliferare celulară excesivă. În cursul proliferării excesive există tendința apariției de mutații ale genelor reparatoare. În timp, aceste transformări putând induce activarea oncogenelor și în final apariția tumorii maligne.

- În afara modificărilor celulare determinate genetic, celulele maligne odată formate induc și o serie de transformări ale mediului în care se dezvoltă, (prin intermediul citokinelor și proteazelor), transformări ce favorizează metastazarea la distanță pe diferite căi.

Cum protejăm descendenții?

Prin terapii ale viitorului: manipulările genetice!

Până când aceste lucruri vor fi posibile trebuie să apelăm la consultul genetic.



Scopurile consultului genetic

- Calcularea riscului de cancer.
- Furnizarea de informații corecte, demitizante!
- Propunerea măsurilor de profilaxie și de screening activ pentru un diagnostic precoce al cancerului, la persoanele cu risc genetic.
- Reducerea anxietății.

Cum identificăm riscul genetic

• Există teste de laborator care pot determina dacă o persoană este purtătoare a unor modificări genice care cresc riscul de apariție a unui cancer. De exemplu femeile ce moștenesc genele modificate BRCA1 sau BRCA2 au un risc ridicat de a dezvolta un cancer de sân. De aceea pentru femeile cu istoric familial de cancer al sânelui, testele de determinare a prezenței acestor 2 gene sunt foarte importante pentru aprecierea riscului și chiar luarea unor decizii de prevenție. Deoarece informațiile obținute în urma consultului genetic sunt complexe și foarte dificil de interpretat, decizia efectuării lor trebuie să fie voluntară, iar măsurile de prevenție propuse trebuie să fie elaborate în echipă (genetician, oncolog, chirurg, statistician, psiholog), decizia finală aparținând individului testat.

Geneticianul clinician se confruntă cu 2 provocări majore!

- Trebuie să obțină un istoric familial amănunțit și apoi să calculeze și să stratifice potențialele riscuri pentru subiectul cercetat.

Grupele de risc genetic sunt:

Risc scăzut

- Aproximativ egal cu cel al populației generale.
- Nu e necesar un extra screening.
- Suport emoțional - la nevoie.

Risc moderat

- Risc estimat genetic, ca fiind mai mare decât cel al populației generale.
- Extra screening - recomandat.
- Teste genetice (+-).
- Evitarea celorlalți factori de risc.

Risc mare

- Risc estimat mare pentru dezvoltarea unui cancer.
- Extra screening - recomandat.
- Teste genetice - absolut necesare.
- Măsuri profilactice - inclusiv chirurgicale.

Managementul grupelor de risc

- Risc scăzut - Măsuri de Medicină Primară.
- Risc moderat - Măsuri de Specialitate: Oncologie.
- Risc mare - Genetică clinică și terapii de prevenție.

Măsuri de prevenție și diagnostic precoce specifice în funcție de riscul ereditar pentru anumite tipuri de cancer**Cancer de sân**

- Autoexaminare.
- Ex. clinic oncologic.
- Mamografii.
- Examen ecografic precoce la descendentele cu risc mare.
- CA15-3, CA27-29.
- Mastectomie bilaterală profilactică în cazurile cu risc genetic mare.

Cancerul de colon

- Al 3-lea principal tip de cancer la bărbați și femei.
- Test pentru hemoragii oculte în materiale fecale - anual.

- Tușeu rectal - anual.
- Colonoscopie - anual.
- Colectomie totală profilactică la descendenții cu risc mare calculat genetic.

Cancer de prostată

- Tușeu rectal, PSA.

Cancer de ovar

Examen ginecologic.

Ecografie transvaginala + CA125.

Anexectomie bilaterală la descendentele cu risc genetic mare.

Melanom malign

- Autoexaminare.
 - Consult dermatologic periodic-examen dermatoscopic al nevilor pigmentari.
 - Excizia precoce a nevilor displazici.
- (A nu se uita reducerea expunerii la soare - de la măsurile generale de prevenție).

Consilierea psihologică



CONSILIEREA PSIHOLICĂ

Diagnosticarea unei afecțiuni maligne, evoluția bolii și multitudinea de investigații și tratamente pe care le parcurge un pacient oncologic reprezintă tot atâtea surse de stres emoțional și afectiv. De aceea chiar dacă sunteți o persoană cu resurse psihice puternice și cu o susținere morală constantă a familiei și prietenilor, nu ezitați să discutați cu psihologii dedicați activităților cu pacienții oncologici. Aceștia vă pot oferi alte perspective asupra „întâmplării maligne”, pentru a vă conționa mai bine toate trăirile legate de boală și a vă ajuta să trăiți confortabil psihic.

Boala malignă cu toate aspectele ei trebuie să reprezinte doar un episod în existența dumneavoastră, nu centrul unor preocupări obsesive.

Împreună cu tratamentele specifice ale cancerului, o abordare psihică optimistă, încrezătoare și rațională vă va spori șansele de curabilitate și de asemenea va determina o creștere a calității vieții pentru acei pacienți la care acest lucru nu este realist (datorită diagnosticării tardive sau a evoluției nefavorabile sub tratament).

ANXIETATEA

Este normal ca o persoană să se simtă anxioasă atunci când se confruntă cu o situație nouă sau stresantă. Cu toții avem îngrijorări în viața noastră de zi cu zi. Oamenii ar putea simți anxietatea ca stare de nervozitate, tensiune, panică, teamă sau sentimentul că ceva îngrozitor

urmează să se întâmple. Anxietatea este o reacție normală iar intensitatea ei poate fi redusă.

Sfaturi:

- Acceptați ideea că apariția anxietății pe perioada tratamentului este normală.

- Încercați să realizați care sunt factorii care accentuează anxietatea. De exemplu dacă vă este teamă de o anumită procedură sau investigație întrebați-vă ce vă sperie cu adevărat la această procedură sau investigație. Apoi întrebați-vă ce puteți face pentru ca această procedură să nu va mai sperie atât de tare.

- Dacă sunteți îngrijorați de faptul că aveți o stare de disconfort sau dureri, cereți informații personalului medical despre cum puteți diminua intensitatea acestor dureri.

- Activitățile care vă fac plăcere pot diminua mult anxietatea prin relaxare. Relaxarea este un comportament care poate contracara anxietatea.

DEPRESIA

Confruntarea cu o astfel de boală care poate amenința viața, determină o avalanșă de sentimente și emoții. Atunci când această avalanșă se prelungește, apar sentimente ca disperarea, lipsa de speranță, tristețea. Majoritatea pacienților trăiesc aceste sentimente la un moment dat pe parcursul evoluției bolii. Simptomele depresiei pot include pierderea poftei de mâncare, schimbarea obiceiurilor legate de somn sau insomnie, lipsa de energie și scăderea capacității de concentrare. Medicamentele pe bază de steroizi pot de asemenea induce depresie.

Sfaturi:

- Vorbiți despre gândurile dumneavoastră cu cineva în care aveți încredere și este un bun ascultător.

- Vorbiți cu alți pacienți despre gândurile și sentimentele dumneavoastră, în cadrul grupurilor de suport.
- Folosiți resursele spirituale.
- Apelați la diferitele forme de consiliere psihologică, psihoterapie individuală sau grupuri de suport.

OBOSEALA

Oboseala este des întâlnită la pacienții cu cancer. Oboseala este însoțită de sentimentul de slăbiciune (că nu pot face nimic!) și de pierderea interesului pentru activitățile zilnice. Este un sentiment copleșitor de pierdere a energiei, care poate afecta toate aspectele vieții personale.

Există mai multe cauze ale oboșelii dintre care enumerăm: tratamentul intensiv de specialitate (chimioterapie și radioterapie), diverse alte medicamente, anemia, modificarea programului normal de odihnă și somn, stresul emoțional. Spre deosebire de oboseala obișnuită, oboseala care apare în cancer nu este legată de activitățile fizice și nu se rezolvă în urma unui somn bun de noapte.

Sfaturi:

- Stabiliți un program zilnic de odihnă și somn.
- Ascultați o muzică relaxantă la radio sau TV.
- Odihniți-vă între activități.
- Planificați-vă activitățile atunci când sunteți odihnit.
- Fiți realiști și stabiliți programul zilnic în funcție de prioritățile dumneavoastră și de recomandările medicului curant.

ALTERAREA IMAGINII DE SINE

Tratamentul poate aduce modificări asupra corpului și vieții dumneavoastră, aceasta afectând totodată și respectul de sine. Aceste transformări pot include pierderea în greutate sau îngrășarea, cicatrici chirurgicale, diferite reacții la tratament ale pielii, un oarecare edem al feței, alopecia

(pierderea părului). Din fericire majoritatea acestor reacții au un caracter temporar, ele dispărând treptat o dată cu încheierea tratamentului.

Primul pas pe care îl puteți face în restabilirea imaginii de sine este să vă direcționați energia și gândurile în direcția a ceea ce puteți întreprinde pentru dumneavoastră (să îmbunătățiți această imagine). O atenție mai mare în îngrijirea pielii, dietă, exerciții fizice și o atitudine pozitivă sunt cele mai sănătoase căi de a vă recăpăta încrederea în sine.

Sfaturi:

- Exprimați-vă sentimentele în legătură cu schimbările corpului dumneavoastră.

- Aveți încredere în membrii familiei, prieteni și personalul medical; cereți ajutor!

- Vorbiți cu alți oameni care au trecut sau trec prin probleme similare cu ale dumneavoastră și întrebați cum au reușit ei să facă față schimbărilor corpului.

- Faceți o listă cu părțile frumoase ale corpului dumneavoastră și vedeți ce puteți întreprinde pentru a menține o imagine de sine cât mai bună.

- Râdeți cât mai mult, s-a dovedit științific că râsul este o bună modalitate de luptă împotriva stresului;

- Gândiți-vă la alternativa perucii, dar mai gândiți-vă și la eșarfe, pălării, șepci. Dacă sunteți o persoană îndrăzneată și nonconformistă luați în considerare și posibilitatea de a ieși din casă fără ceva pe cap, chiar dacă aveți alopecie.

- Purtați haine confortabile. Purtați culori vii - chimioterapia și radioterapia dau pielii o culoare palidă, iar hainele frumos colorate, vor atenua acest aspect; aveți curajul să fiți deosebiți!

- Aveți grijă de pielea dumneavoastră, folosiți loțiunile de corp, preferabil fără parfum, fără alcool, hipoalergenice.

- Folosiți cremele de corp pentru a menține pielea hidratată, evitați apa fierbinte.

- Folosiți creme cu factor de protecție solară.

AFECTAREA MEMORIEI ȘI SCĂDEREA CAPACITĂȚII DE CONCENTRARE

- Apar destul de des ca și reacții adverse la tratament și de aceea ele vor dispărea treptat odată cu încheierea tratamentului.

Sfaturi:

- Fiți înțelegător cu dumneavoastră.
- Țineți un calendar pentru întâlniri.
- Notați întrebările pe care vreți să le puneți medicului dumneavoastră, notați și răspunsurile primite.
- Păstrați lucrurile personale în același loc.

SCHIMBĂRILE ȘI INCERTITUDINEA

Perioada tratamentului poate fi însoțită de sentimente de nesiguranță și incertitudini. Întrebări de genul „Când se vor termina toate astea?” sau „Ce voi face mai departe?” sunt absolut normale în această perioadă. Răspunsurile la aceste întrebări variază, deoarece fiecare pacient răspunde diferit la tratament, iar complicațiile sunt uneori greu de prevăzut.

Pacienții se pot adapta situației pur și simplu luând fiecare zi așa cum este ea!

Sfaturi:

- Identificați cu claritate schimbările apărute și discutați despre aceste schimbări cu familia, personalul medical și în cadrul grupurilor de suport psihologic.
- Țineți o evidență a întrebărilor și răspunsurilor într-un jurnal personal.
- Când vă faceți planuri de viitor trebuie să aveți întotdeauna și un plan de rezervă sau un plan B pentru a fi siguri că acțiunile dumneavoastră își vor atinge obiectivul.

- Vorbiți despre speranțele, temerile și dezamăgirile dumneavoastră cu cineva care vă ascultă – cineva din familie, prieten apropiat, consilier sau psihoterapeut.

- Spuneți consilierului sau terapeutului dacă vă simțiți copleșiți și simțiți că nu puteți face față schimbărilor apărute în viața de zi cu zi sau în relațiile dumneavoastră, pentru a putea beneficia de un aport profesional mai susținut.

SEXUALITATEA ȘI REPRODUCEREA

Sexualitatea este o parte importantă a sănătății și a stării de bine a individului. Sexualitatea nu presupune numai acțiunea fizică, dar și legăturile emoționale conexe.

Atât cancerul, cât și tratamentul, pot afecta sexualitatea în mai multe moduri:

- imaginea de sine: transformările fizice (în urma intervențiilor chirurgicale sau slăbirea/îngrășarea după tratament) și problemele emoționale (anxietatea, depresia, teama) pot influența în mod negativ felul în care dumneavoastră vă vedeți;

- scăderea libidoului: efectele adverse ale tratamentului (senzația de greață sau vomă) pot interfera cu dorința sexuală.

Este important de subliniat că nu toți pacienții cu această boală vor avea probleme legate de sexualitate, în timpul tratamentului de specialitate.

Sfaturi:

- nu ezitați să puneți întrebări chiar dacă aveți rețineri;

- comunicați cu partenerul dumneavoastră și păstrați o bună exprimare a sexualității dumneavoastră;

- spuneți partenerului dumneavoastră ce simțiți (nu există rău sau bine, ci doar comunicare și înțelegere);

- apelați la consiliere psihologică sau grupuri de suport.

Reproducerea

În privința reproducerii, pentru pacienții oncologici tineri, care își doresc descendenți sunt utile următoarele informații:

- sănătatea individuală trebuie să primeze asupra dorinței de procreare, fie și numai dacă ne gândim că orice copil are nevoie de părinți sănătoși și responsabili;

- e bine să așteptați o perioadă de timp de 3-5 ani (mai puțin sau mai mult în funcție de tratamentele specifice efectuate), înainte de a lua o decizie;

- consultați medicul oncolog pentru a obține informații privind riscul teratogen al medicației pe care ați primit-o;

- consultați geneticianul clinician pentru calcularea riscului de tumori maligne la copiii dumneavoastră, dacă aveți mai multe cazuri în familie (a se vedea capitolul: noțiuni de genetică și cancere familiale);

- informați medicii echipei multidisciplinare de tratament despre dorința dumneavoastră de a avea copii, înainte de începerea oricărui tratament, deoarece numai așa puteți beneficia de mijloacele moderne de recoltare și conservare a ovulelor, respectiv spermatozoizilor, pentru fertilizări ulterioare;

- nu uitați niciodată că a da viața unui copil nu este decât începutul unei călătorii, pe care trebuie să o parcurgeți într-un mod responsabil.

Studiile clinice



STUDIILE CLINICE

Ce trebuie să știți?

Studiile clinice (denumite și trialuri clinice: în limba engleză trial = încercare, cercetare, probă) sunt activități științifice la care participă pacienți, în mod voluntar, pentru a se testa noi medicamente sau noi proceduri medicale, pentru a compara diverse tipuri de terapii sau pentru a evalua siguranța administrării acestora. Aceste studii sunt necesare pentru a se putea dezvolta mereu noi terapii pentru afecțiuni atât de importante cum este cancerul.

Decizia de a participa într-un trial clinic aparține exclusiv pacientului. Pentru ca această decizie să fie luată în mod corect și spre beneficiul bolnavului, acestuia trebuie să i se explice foarte clar în ce constă respectivul studiu, care sunt potențialele beneficii sau riscuri și de asemenea care sunt opțiunile de terapie standard-uzuală, conform ghidurilor de practică în vigoare, naționale sau internaționale, în caz că nu dorește să participe la studiul propus de medic.

Consimțământul pacientului de a participa într-un studiu clinic trebuie să fie acordat în scris și după ce acesta a obținut toate informațiile necesare.

Trialurile clinice naționale sau internaționale se desfășoară după reguli și reglementări medicale și legale foarte stricte, astfel încât să se reducă la minim, eventuale reacții adverse grave sau chiar fatale.

Trebuie menționat că astfel de reacții adverse pot apare oricum și în timpul tratamentelor standard, în funcție de reactivitatea individuală a fiecărui bolnav și că acest lucru nu trebuie să constituie un motiv pentru teama sau refuzul de a participa la un studiu clinic.

De-a lungul timpului s-a dovedit că aceste trialuri, realizate cu participarea unui număr mare de pacienți, reprezintă singura cale de progres în tratamentul afecțiunilor atât de importante ca gravitate și număr de indivizi afectați, iar implementarea rezultatelor acestor studii în practica medicală curentă, salvează anual milioane de vieți în întreaga lume.

Trebuie să mai știți că trialurile clinice se grupează în mai multe faze, fiecare fază fiind concepută să răspundă unor întrebări specifice.

Aceste studii au o istorie despre care există date încă din anii 1700, dar numai de la mijlocul secolului 20, acestea au devenit utilizate pe scară planetară și au schimbat radical viziunea de abordare a unui caz clinic și anume de la experiența personală a medicului, bazată pe cazuri similare, tratate în trecut, la abordarea actuală modernă denumită, „**medicină bazată pe dovezi**”. Aceste dovezi sunt tocmai rezultatul transferului în practica medicală curentă, a rezultatelor unui impresionant număr de studii clinice al căror rol este tocmai acela de a aduce în beneficiul pacienților cele mai valoroase terapii, care apar în laboratoarele de cercetare ale oamenilor de știință.

Există 2 organisme importante ce reglementează și aprobă implementarea în practica medicală curentă a noilor terapii și anume:

În SUA – FDA (Food and Drug Administration) și în Europa – EMEA (European Medicines Agency)

Înainte ca orice nou medicament să poată fi utilizat în clinică, trebuie să treacă prin mai multe trialuri - de faza 0, I, II și III în care se evaluează atât eficiența cât și profilul de siguranță al acestuia. Aceste trialuri clinice ce se desfășoară frecvent în mai multe centre din diverse țări și în mod randomizat, stau la baza aprobării date de către FDA și EMEA, aprobări absolut necesare intrării acestor noi terapii în practica medicală din SUA, respectiv Europa.

Drumul unui nou medicament din laboratoarele de cercetare până la patul pacientului este lung și dificil, trecând prin etapa multipleror teste care permit identificarea unui produs cu potențial activ din aproape 1000 studiate! Urmează apoi testările pe culturi de celule și pe animalele de laborator. De la descoperirea unui nou medicament și până la finalizarea testărilor pe animale se scurg de obicei în jur de 6 ani – acest interval de timp constituie așa-numita perioadă pre-clinică.

Apoi începe etapa trialurilor clinice. De la inițierea acestora și până la aprobarea noului medicament pentru practica medicală curentă, mai trec aproximativ 8 ani.

De ce este nevoie de o perioadă atât de lungă?

Pentru ca cercetătorii să fie siguri că un nou medicament este și eficient și sigur, trebuie ca acesta să fie studiat în mai multe trialuri și pe un număr cât mai mare de pacienți, astfel încât rezultatele obținute să aibă semnificație statistică.

De ce este nevoie de această semnificație statistică?

Fiindcă numai așa rezultatele pozitive înregistrate la lotul de pacienți participanți la studiu, pot fi reproductibile la majoritatea bolnavilor cu aceeași afecțiune, deci pot intra în practica medicală curentă. Sunt de asemenea utile și studiile cu rezultate negative. Dacă au îndeplinit condiția semnificației statistice, ele ne arată că lipsa de răspuns la noul tratament, sau reacțiile adverse inacceptabile nu se datorează reactivității particulare a participanților la studiu, ci medicamentului studiat, care nu va primi astfel aprobarea de utilizare în practica medicală curentă.

Aprecierea beneficiului terapeutic și a siguranței utilizării unui medicament în practica oncologică se face în ani de zile de studii clinice în care participă pacienți selectați pe baza unor criterii științifice riguroase.

Cea mai mare barieră în realizarea studiilor o reprezintă numărul relativ mic de pacienți (aproximativ 1 din 20) care participă. Cel mai

frecvent, lipsa dorinței de participare sau refuzul se datorează insuficienței cunoașterii a beneficiilor individuale pe care le oferă înrolarea într-un trial clinic. De asemenea este de maximă importanță de precizat că unica modalitate de a realiza progrese în tratamentul cancerului ca și al altor maladii, o reprezintă evaluarea de noi și noi medicamente în astfel de trialuri clinice.

De ce nu este suficientă etapa pre-clinică de analiză a diverselor substanțe și apoi de testare pe animale?

Deoarece, chiar dacă un medicament se dovedește și eficient și sigur atunci când se administrează unui animal de laborator, este evident că nu pot fi extrapolate aceste rezultate și subiecților umani, fără studii specifice necesare precizării dozei optime pentru obținerea efectului terapeutic și evaluării diverselor forme de toxicitate.

Cum se desfășoară un studiu clinic?

Există mai multe reguli care se respectă în mod obligatoriu:

- Orice studiu clinic are un Protocol de Studiu, în care sunt precizate foarte clar criteriile de includere și excludere a pacienților, toate documentele medicale necesar a fi completate, precum și toate activitățile medicale pe care medicul investigator le întreprinde în timpul desfășurării studiului, astfel încât informațiile clinice și paraclinice culese de la pacienți să fie cât mai riguroase și în același timp monitorizarea strictă să minimizeze posibilele reacții adverse.

- Înainte de a participa la orice fel de studiu clinic, pacientul trebuie să semneze un consimțământ informat. I se vor aduce la cunoștință beneficiile dar și posibilele riscuri asociate medicamentului sau procedurii testate.

- Studiile clinice sunt conduse numai de investigatori experimentați și care sunt instruiți în mod special pentru astfel de activități ce depășesc practica medicală curentă.

- Toate studiile clinice se desfășoară cu pacienți care se înrolează în mod voluntar.

- Pacientul are dreptul să refuze participarea la un studiu clinic propus de medicul curant și de asemenea, chiar dacă a acceptat inițial, are dreptul de a se retrage în orice moment al desfășurării acestui studiu.

- Trialurile ce se adresează pacienților oncologici au în general în toate brațele de studiu, medicamente active, rareori placebo (substanță inactivă terapeutic) și numai la pacienții cu stadii avansate la care chiar una din opțiunile standard ar fi tratamentul simptomatic, nespecific. Acest lucru se întâmplă pentru că nu ar fi etic să oferi unui pacient un placebo, dacă acesta mai are șanse (cel puțin teoretice) de a beneficia de un tratament activ, specific oncologic.

Cum se clasifică trialurile clinice în funcție de scopul urmărit, de întrebările la care răspund?

Trialurile de fază 0

Investighează dacă și cum acționează un medicament nou; se utilizează doze mici și un număr redus de administrări la fiecare pacient și se colectează multe probe biologice inclusiv biopsii de țesuturi pentru a vedea dacă medicamentul acționează așa cum s-a anticipat, pe baza studiilor preclinice. În prezent sunt puține astfel de studii și cuprind în general un număr de pacienți mai mic de 20. Aceste studii durează doar câteva zile, efectele secundare sunt mult mai puține și mai reduse ca gravitate față de studiile de fază I, dar este posibil și ca tratamentul să fie lipsit de beneficii pentru pacient. Din acest motiv principala motivație a unui pacient pentru a participa într-un astfel de studiu este mai puțin legată de un potențial beneficiu individual ci mai mult determinată de dorința altruistă de ajuta la progresul cercetărilor medicale. Trebuie menționat că participarea într-un astfel de studiu, nu împiedică pacientul să beneficieze ulterior de participarea de exemplu la trial-uri de fază III.

Trialurile de fază I

Acestea sunt concepute să răspundă la întrebarea:

Este acest tratament (medicament, procedură) sigur?

Aceste studii includ un număr mic de pacienți (15-50) și se adresează pacienților la care nu există alternative mai bune de terapie specifică și se efectuează în centre mari, (importante) de tratament al cancerului.

Scopul principal al studiilor de faza I este stabilirea dozei celei mai mari de medicament, care poate fi administrată unui pacient în condiții de siguranță (fără reacții adverse severe). De asemenea în cadrul studiului se decide care este cea mai bună cale de administrare a noului medicament.

În studiile de fază I nu există niciodată substanțe placebo și nu sunt destinate evidențierii acțiunii anticanceroase (ca în studiile de faza 0) ci tatonării dozei de medicament ce poate fi administrată în condiții de siguranță.

Trialurile de fază II

Acestea răspund la întrebarea: Tratamentul este activ?

Dacă un medicament se dovedește a fi rezonabil de administrat (în fază I), adică lipsit de toxicități majore la o anumită doză stabilită, acesta va fi evaluat într-un studiu de fază II în privința acțiunii terapeutice.

De obicei în studiile de fază II participă între 25 și 100 de pacienți cu același tip de cancer. Toți pacienții sunt tratați cu aceeași doză de medicament și de asemenea nimeni nu primește medicație placebo. Uneori în studiile de fază II pot exista mai multe brațe, pacienții putând să primească doze diferite ale medicamentului testat. Există de asemenea posibilitatea și ca medicamentul să fie administrat pe căi diferite. Se stabilește astfel care este cea mai bună cale de a obține un raport optim toleranță-eficiență.

Studiile de faza II se pot desfășura și în spitale comunitare cu secții de oncologie sau cabinete medicale de profil, nu neapărat în centre de mare performanță.

Aceste studii urmăresc dacă medicamentul testat duce la dispariția tumorii (RC-remisiunea completă), micșorarea ei (RP-remisiunea parțială), sau staționarea ei la aceleași dimensiuni (BS-boală stabilă). De asemenea, chiar dacă tumora evoluează, crește (BS-boala progresivă) în timpul testării noului drog, e posibil de evaluat dacă în aceste condiții, medicamentul nu are cel puțin rolul de a crește calitatea vieții.

Dacă rezultatele studiului de fază II, arată că majoritatea pacienților a avut un beneficiu terapeutic (prelungirea supraviețuirii sau cel puțin creșterea calității vieții), fără reacții adverse severe, medicamentul trece în etapa studiilor de fază III.

Trialurile de fază III

Trialurile de fază III răspund la întrebarea: Este noul tratament mai bun, mai eficient decât ceea ce avem deja, ceea ce se utilizează în practică medicală curentă?

Astfel studiile de fază III investighează eficiența și tolerabilitatea noilor medicamente, comparativ cu ceea ce se consideră medicație standard în practica medicală curentă.

Spre deosebire de studiile din fazele anterioare, studiile de fază III înrolează un număr mare de pacienți, cel puțin câteva sute și se desfășoară în mai multe centre medicale dintr-o țară sau chiar din țări de pe toate continentele. Studiile se pot desfășura în diverse spitale cu secții de oncologie și cabinete de specialitate, nu numai în centre universitare de mare performanță.

Deoarece nu se cunoaște dinainte care va fi tratamentul mai bun (cel nou sau cel standard-existent deja în practica medicală), pacienții incluși în studiile de faza III sunt randomizați. (Adică includerea în grupul de studiu cu medicament nou sau vechi se face la întâmplare, fără a selecționa pacienții. Prin respectarea protocolului de studiu cele două grupuri de pacienți, chiar dacă sunt aleși întâmplător în a primi medicamentul de testat sau pe cel vechi, vor fi echilibrate ca vârstă,

preponderența sexelor, stadiile de boală etc. În acest fel se elimină posibilele influențe ale acestor caracteristici asupra rezultatelor studiului).

Studiile de fază III sunt simplu-orb atunci când pacienții nu știu în ce grup de terapie se află (cu medicamentul nou, sau cel standard), și dublu-orb, atunci când nici pacientul și nici medicul care îl tratează nu cunosc în ce grup de terapie a fost randomizat pacientul. Aceste din urmă studii oferă cele mai riguroase date științifice, deoarece elimină elementele de subiectivitate atât din partea medicului cât și a pacientului, care pot duce în final la o supra-apreciere nerealistă a medicamentului testat față de standard, sau dimpotrivă la o sub-apreciere legată frecvent de inerenta teamă de reacții adverse, de câte ori se utilizează un medicament nou.

În general în studiile de fază III, prin procesul de randomizare, orice pacient are posibilitatea de 50% de a se afla în brațul cu medicament nou. Există însă și studii în care 75% din pacienți primesc noua medicație, conform protocolului de studiu.

Trebuie să știți că dacă rezultatele interimare dovedesc în mod elocvent superioritatea fie a noului tratament, fie a celui standard, studiul se va opri, oferindu-se tuturor pacienților posibilitatea de a primi tratamentul mai eficient.

În unele studii de fază III există posibilitatea ca randomizarea să plaseze pacientul, fie în grupul ce va primi medicamentul de testat, fie în grupul care va primi placebo, dar acest lucru se întâmplă doar atunci când pacienții au tumori sau sunt în stadii de boală pentru care nu există terapie standard eficientă.

De multe ori, pentru ca un medicament nou să primească aprobarea organismelor amintite (EMEA și FDA) și să poată fi utilizat cu eficiență și bună tolerabilitate în practica medicală curentă, este nevoie ca mai multe astfel de studii de fază III să aibă aceleași rezultate pozitive, concordante cu cele anterioare.

Mai există de asemenea și *studii clinice de fază IV*.

Care este scopul lor?

Chiar atunci când un medicament a primit aprobarea (după studiile de fază III) de a fi utilizat pe scară largă, în practica medicală curentă, mai există posibilitatea să apară reacții adverse tardive, care se manifestă după perioade de timp mai lungi decât cele de urmărire, din studiile de fază III. De asemenea când medicamentul începe să fie folosit, de un număr mult mai mare de pacienți decât cel din studiile de fază III, e posibil să apară și alte reacții adverse care trebuiesc evaluate, ca și alte posibile grade de eficiență terapeutică.

Studiile de fază IV, efectuându-se numai cu medicamente deja studiate, aflate în practica de zi cu zi, presupun cele mai puține riscuri pentru pacienți.

Beneficiul pacienților care participă la astfel de studii este cel al unei monitorizări mai complexe decât în practica curentă.

Rezultatele acestor studii servesc cercetărilor viitoare de îmbunătățire a performanțelor medicamentului în cauză sau stau la baza creării altora din aceeași clasă, dar mai eficiente și mai bine tolerate.

Înainte de a participa în orice studiu clinic și de a semna consimțământul în care veți găsi explicații specifice legate de respectivul trial, este bine să puneți medicului dumneavoastră următoarele întrebări:

1. Ce fel de studiu îmi propuneți? - ce fază: 0, I, II, III, IV?
2. Care sunt beneficiile participării mele în acest studiu?
3. Dacă nu doresc să particip, care sunt alternativele de tratament standard, uzuale?
4. Cum apreciați balanța risc-beneficiu, nu în general, ci strict în cazul participării mele la acest studiu (luând în considerare particularitățile cazului meu)?
5. E posibil să primesc în cadrul studiului o medicație placebo (inactivă)?

Dacă răspunsul este da, întrebați în continuare dacă în mod cert nu există terapii standard care să mai fie eficiente în cazul dumneavoastră.

6. Participarea mea la studiu înseamnă să vin de mult mai multe ori la spital/cabinet; înseamnă mult mai multe analize decât în mod obișnuit?

7. Mai există și alte studii, în alte centre la care aş putea avea acces și care ar putea fi mai eficiente în cazul meu?

Chiar dacă informațiile acestui capitol referitoare la studiile clinice sunt mai dificil de înțeles, sperăm că cel puțin am reușit să explicăm că participarea într-un studiu clinic nu înseamnă că pacientul trebuie să se teamă că este „un fel de cobai” supus unor riscuri inutile, că uneori studiile reprezintă nu numai șansa de a primi un medicament nou, dar și posibilitatea de a primi medicația standard într-o manieră de monitorizare mai complexă.

De asemenea dacă ați avut răbdarea să parcurgeți aceste rânduri, cu siguranță v-ați dat seama că un medicament testat științific înseamnă imense fonduri utilizate în cercetarea de laborator și apoi milioane de participanți la studii care să-i dovedească în mod real eficiența și tolerabilitatea.

Sperăm că nu în ultimul rând acest capitol vă va ajuta să nu deveniți victime ale vindecătorilor de ocazie cu „ceaiuri și leacuri preparate în bucătăriile personale” și nici a vânzătorilor de iluzii de import care vând miracole în cutii frumoase colorate.

Terapii complementare și alternative



TERAPII COMPLEMENTARE ȘI ALTERNATIVE

Ce trebuie să știți

1. Ce reprezintă?

Aceste terapii reprezintă un grup de diverse sisteme medicale de îngrijire, practici și produse care nu fac parte din medicina convențională (cea practică de medici în cadrul sistemului oficial de sănătate (public sau privat) al fiecărei țări.

Există și situații în care medici sau asistente, angajați într-un sistem de sănătate convențional, practică și diverse tipuri de terapii complementare sau alternative.

Uneori, terapiile complementare sunt utilizate **împreună cu** medicina convențională.

Alteori, terapiile alternative sunt utilizate **în loc de** medicină convențională.

Medicina integrativă **combină** tratamente aparținând medicinei convenționale cu tratamente complementare sau alternative pentru care există date științifice certe de siguranță în administrare și eficiență.

2. Cât de frecvent sunt ele utilizate?

Deși în România nu există date statistice clare privind utilizatorii acestor terapii, credem că numărul lor este destul de mare, având în

vedere proliferarea după anii '90 a societăților care comercializează astfel de produse, sau cabinete care oferă diverse tipuri de proceduri neconvenționale. De asemenea, publicitatea în media, de multe ori exagerată, precum și „apetitul” crescut al unui segment de populație, în general mai puțin informată, pentru alternative la medicina convențională, face ca această situație să persiste. Dacă pentru pacienții cu afecțiuni mai puțin grave care apelează la aceste terapii, singurele riscuri la care se expun sunt **pierderea de timp și de bani**, pentru bolnavii oncologici, aceste terapii pot fi **de-a dreptul periculoase, ele întârziind de multe ori în mod fatal un diagnostic precoce și un tratament convențional, care efectuat la timp, oferă bolnavului de cancer șanse reale de curabilitate.**

Recurgerea la astfel de terapii există oriunde în lume, chiar și în țări în care oferta medicinei clasice, convenționale, este mult mai generoasă decât la noi.

Astfel în SUA, într-un studiu publicat în anul 2000 în *Journal of Clinical Oncology*, autorii arătau că 69% din 453 pacienții oncologici investigați, au utilizat cel puțin o dată de-a lungul evoluției bolii, un tip sau altul de terapie neconvențională.

3. Cum poate fi evaluată eficiența și siguranța acestor terapii neconvenționale

Pentru ca pacienții să poată apela fără riscuri majore la un anumit tip de terapie neconvențională, aceasta ar trebui, evident, să fie evaluată respectând toate rigorile impuse de studiile clinice care vă sunt prezentate la capitolul dedicat trialurilor clinice (în acest ghid).

Fără a dori să anulăm din start (fără analize științifice) și în bloc (sunt terapii foarte diferite de la diverse produse naturiste, la practici spirituale) potențialul benefic al medicinei complementare și alternative, dorim să vă avertizăm că majoritatea nu au fost evaluate științific

și statistic, în cel mai bun caz „dovezile de eficiență” fiind prezentarea unor cazuri anecdotice de ameliorări sau vindecări.

Sperăm că ați găsit în acest ghid (în special în capitolul dedicat studiilor clinice) explicația a ceea ce înseamnă **medicină bazată pe dovezi/medicină convențională**.

Chiar dacă sunteți tentat să apelați și la terapii complementare sau alternative vă sfătuim să fiți foarte precaut și reticent la reclame de orice fel și înainte de a accepta o astfel de variantă terapeutică, să vă consultați cu medicul curant și împreună să obțineți toate informațiile necesare despre respectivul tratament neconvențional.

Numai în acest fel puteți evita expunerea la riscuri inutile și compromiterea șanselor dumneavoastră de vindecare sau ameliorare printr-un tratament convențional, dovedit a fi eficient.

4. Există în prezent studii clinice care să evalueze în mod științific terapiile neconvenționale (complementare și alternative)?

Răspunsul este afirmativ și, în prezent atât în SUA cât și în Europa se desfășoară diverse studii clinice care investighează potențialul rol benefic al unor terapii neconvenționale.

Până la finalizarea acestor studii și includerea în ghidurile de practică medicală curentă a unora din aceste terapii, **nu recomandăm utilizarea lor!**

5. Dacă doriți să utilizați și un astfel de tratament neconvențional?

Având în vedere că voința pacientului este întotdeauna suverană, dacă dorința de a utiliza totuși astfel de terapii neconvenționale există,

recomandarea noastră fermă este că înainte de a lua această decizie **să vă consultați cu medicul oncolog.**

6. Care sunt întrebările pe care trebuie să le puneți oricărui furnizor de terapii alternative sau complementare?

- cum a fost studiat respectivul tratament?
- care sunt beneficiile utilizării lui?
- pentru ce fel de pacienți (cu ce afecțiuni) se utilizează medicamentul?
- de când și unde s-a mai utilizat?
- ce publicații medicale îl recomandă?
- care sunt reacțiile adverse?
- cum interacționează cu tratamentul dumneavoastră convențional, și în ce fel și pe ce număr de pacienți oncologici a fost studiată această posibilă interacțiune?

Chiar dacă răspunsurile la aceste întrebări le veți considera satisfăcătoare pentru dumneavoastră, **nu ezitați să vă adresați medicului oncolog**, pentru a lua împreună cea mai bună decizie pentru sănătatea dumneavoastră.

Îngrijiri de tip „Hospice”



ÎNGRIJIRI DE TIP „HOSPICE“

Prin „Hospice“ se înțelege un tip de îngrijiri care au drept scop creșterea calității vieții, controlul simptomelor, îmbunătățirea comunicării și în general asigurarea unui confort fizic și spiritual pacienților aflați în stadii avansate de boală. Acest concept definește grija față de un pacient, atunci când vindecarea nu mai este posibilă, iar mijloacele de terapie specifică au fost epuizate.

Pacienții care beneficiază de acest tip de îngrijiri sunt în general cei cu speranță de viață estimată a fi de șase luni sau mai puțin.

Există mai multe modalități de „Hospice“:

Aceste îngrijiri pot fi oferite la domiciliu, în spitale sau în așezăminte specializate pentru aceste tratamente paliative. Se adresează atât pacienților cu familii care se implică activ în îngrijirea lor, dar și acelor care nu beneficiază de acest suport.

Toate serviciile de tip „Hospice“ au la dispoziția pacienților: medici dedicați acestui tip de activitate, asistente, infirmiere, psihologi, clerici, asistenți sociali.

Decizia de a primi astfel de îngrijiri paliative aparține exclusiv pacientului.

Speranța de viață redusă, lipsa unor terapii specifice eficiente și voința exprimată a pacientului reprezintă criteriile de admisie într-un sistem de îngrijire „Hospice“.

Deși epuizarea tuturor mijloacelor de tratament specific și nevoia de îngrijiri paliative sunt noțiuni foarte greu de acceptat de către bolnavi și familiile lor, înțelegerea beneficiilor aduse de abordarea de tip „Hospice“, duce la menținerea unui confort de viață rezonabil cu păstrarea demnității umane, până în stadiile terminale ale bolii.

Controlul simptomelor și managementul durerii sunt elemente ce cresc confortul fizic al pacienților, iar metodele de susținere spirituală asigură pacienților un confort psihologic, ajutându-i să-și contenționeze mai bine anxietatea, depresia și să comunice mai ușor cu membrii familiei.

Pacienții primesc toate medicamentele necesare controlului simptomelor în doze și moduri de administrare individualizate în funcție de nevoi.

Indiferent dacă pacientul e îngrijit acasă sau într-o instituție medicală, membrii familiei sunt încurajați să se implice activ în procesul de îngrijire

În România există mai multe centre de tip „Hospice“ și de asemenea câteva unități medicale cu paturi destinate acestui tip de îngrijiri paliative la care pacienții pot apela în funcție de zona lor de domiciliu.

Întrebări pentru terapeuți



Care sunt întrebările pe care ar trebui să le adresați medicilor din echipa de terapie care se ocupă de îngrijirea dumneavoastră?

- 1. Care este diagnosticul meu ? Ce fel de cancer am? În ce stadiu de boală mă aflu ?
- 2. Care sunt modalitățile de tratament?
- 3. Care sunt avantajele și dezavantajele fiecăruia?
- 4. Dar reacțiile adverse?
- 5. Ce îmi recomandați?
- 6. Când veți avea informații asupra eficacității terapiei pe care mi-o recomandați?
- 7. Ce se întâmplă dacă tratamentul nu conduce la rezultatele anticipate?
- 8. Dacă doresc să întrerup tratamentul, sau doresc schimbarea lui, este posibil? În ce condiții?
- 9. Există terapii alternative, suplimente nutritive, studii clinice cu medicamente noi, care ar putea fi benefice pentru mine?
- 10. Aș putea obține o a doua opinie privind diagnosticul și opțiunile de terapie?

Chestionar



CHESTIONAR PENTRU PACIENȚI

1. În general considerați ghidul:

- Foarte util Util Oarecum util Deloc util

2. După însușirea noțiunilor prezentate în ghid, cum apreciați comunicarea cu medicii care vă tratează (oncolog, radioterapeut, chirurg)?

- Mult mai bună
 Mai bună
 Neinfluențată
 Mai dificilă

3. Ați recomanda acest ghid și altor pacienți?

- Categoriec da
 Cred că da
 Nu sunt sigur
 Nu

4. Care sunt sugestiile dumneavoastră pentru edițiile viitoare ale ghidului, referitor la:

- conținut _____
- formă de prezentare _____
- limbaj _____

5. Ce alte teme decât cele dezvoltate în capitolele ghidului considerați că ar trebui adăugate?

BIBLIOGRAFIE

De Vita, Hellman, Rosenberg, *Principles&Practice of Oncology* - Eighth Edition

www.asco.org

www.bccancer.bc.ca

www.cancer.gov

www.cancer.org

www.caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/56/5/254

www.clinicaloptions.com/oncology

www.esmo.org

www.healthcastle.com

www.nccn.com