

Co warto wiedzieć o raku jajnika?

Poradnik dla pacjentek i ich bliskich

stworzony przez



WSTĘP

Poradnik kierujemy do wszystkich kobiet, które stanęły wobec diagnozy raka jajnika oraz do osób wspierających te kobiety. Rak jajnika jest chorobą poważną, która głęboko dotyka, nie tylko ciała kobiety, ale także jej psychiki. Dlatego pacjentki z tą chorobą wymagają szczególnej opieki.

Działania naszego stowarzyszenia rozpoczęliśmy od wsparcia pacjentek z rakiem piersi. Zdobyte w tej pracy doświadczenie pozwoliło nam rozszerzyć działalność, by objąć opieką i merytoryczną pomocą inne grupy pacjentów i pacjentek onkologicznych.

Przekazujemy czytelniczkom i czytelnikom publikację adresowaną do pacjentek z rakiem jajnika. Jej celem jest dostarczenie precyzyjnych informacji na temat diagnostyki, przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz przeprowadzenie kobiet i ich bliskich przez każdy z tych etapów.

W poradniku są podjęte najważniejsze kwestie dotyczące wpływu choroby na życie kobiety. Wiedza tu zawarta służy poszerzeniu świadomości kobiet, by te mogły w bezpieczny, odpowiedzialny i skuteczny sposób zadbać o siebie.



Elżbieta Kozik,

*prezes Stowarzyszenia
Polskie Amazonki Ruch Społeczny*

Spis treści

INFORMACJE PODSTAWOWE	4
Jajnik i jego funkcje	4
Typy raka jajnika	4
Rozpoznanie histopatologiczne	4
Stopień zaawansowania klinicznego (FIGO)	5
Wczesny rak jajnika	5
Zaawansowany rak jajnika	5
Nawrotowy rak jajnika	5
Stopień zróżnicowania histopatologicznego (Grading)	5
Czy rak jajnika można wyleczyć?	6
Czynniki rozwoju raka jajnika	6
Rozpoznanie genetyczne	7
Jestem nosicielką genu BRCA, co to oznacza dla mojej rodziny?	7
Rak jajnika w ciąży	7
Rak jajnika a płodność	7

DIAGNOSTYKA	8
Sygnaly ostrzegawcze	8
Kiedy zgłosić się do lekarza?	8
Do jakiego specjalisty się zgłosić?	8
Jakie badania przyczynią się do postawienia właściwej diagnozy?	8
Właściwy specjalista – gwarantem podjęcia odpowiedniej terapii	10
Karta DiLO	10
Jak przygotować się do wizyty?	11

LECZENIE	12
Zabieg operacyjny	12
Operacja	12
Odroczona operacja	13
Leczenie pooperacyjne	13
Chemioterapia	13
Leczenie podtrzymujące	18
Badania diagnostyczne po leczeniu	20
Leczenie nawrotu raka jajnika	20
Wznowa procesu nowotworowego	20
Chirurgiczne leczenie nawrotowego raka jajnika	21
Chemioterapia	21
Leczenie podtrzymujące	21
Hormonoterapia	22
Radioterapia	22
Leczenie kolejnych nawrotów	22
Opieka paliatywna i hospicyjna	22
Chirurgia paliatywna	23
Stomia	23

WSPARCIE LECZENIA - wskazówki dla pacjentów i ich bliskich	24
Problemy natury psychicznej	24
Lista ośrodków	28
Stowarzyszenia i organizacje pacjentów	32
Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjentek z rakiem jajnika	33

INFORMACJE PODSTAWOWE

Jajnik i jego funkcje

Jajnik to parzysty narząd zlokalizowany w pobliżu bocznej ściany miednicy mniejszej. U kobiety dojrzałej płciowo długość jajnika wynosi ok. 2,5 - 5 cm, szerokość 1,5 - 3 cm. Ze względu na różnorodność komórek, z których jest zbudowany, jajnik może pełnić ważne funkcje w organizmie kobiety:

- Wytwarza komórki jajowe, które po zapłodnieniu dają początek ciąży.
- Produkuje żeńskie hormony płciowe (androgeny, estrogeny i progestageny) odpowiedzialne za żeńskie cechy płciowe, przemianę materii i gospodarkę lipidową.

Typy raka jajnika

Rak jajnika to nowotwór wywodzący się z komórek znajdujących się wewnątrz oraz wokół jajników i jajowodów. Najnowsze badania przynoszą wiele aktualnych danych na temat rozwoju tej choroby, co zmienia podejście do profilaktyki oraz leczenia tego nowotworu. Rak jajnika jest chorobą zróżnicowaną.

Każdy nowotwór jajnika jest inny, tak samo jak inna jest chorująca na niego kobieta. Należy do niejednorodnej grupy nowotworów różniących się między sobą morfologią, genetyką, typem histopatologicznym i molekularnym.

Najczęściej występującym rodzajem tego raka jest **nabłonkowy rak jajnika** (ok. 90%). Pozostałe nowotwory jajnika to **guzy z komórek sznurów płciowych** i **podścieliska**, **guzy germinalne**, oraz **nowotwory o typie mieszanym** (ok. 10%).

Każdego roku w Polsce aż 3200-3600 osób słyszy diagnozę: „rak jajnika”. Najczęściej chorują kobiety **w wieku 65-69 lat**.

Jakie są możliwe typy raka jajnika?

- **endometrioidalny** i **surowiczny** należą do najczęstszych rozpoznań histopatologicznych (rozpoznawane są zazwyczaj w III/IV stopniu zaawansowania). Charakteryzują się szybkim wzrostem, dużą wrażliwością na chemioterapię i szybkimi nawrotami choroby.

- **jasnokomórkowy** występuje rzadko. Częściej rozpoznawany jest u kobiet poniżej 60. roku życia i we wczesnych stadiach rozwoju klinicznego zaawansowania. Głównym czynnikiem ryzyka jest endometrioza, którą stwierdza się u 50% pacjentek. Ten typ nowotworu jest oporny na związki platyny. W zaawansowanych stadiach nowotworu rokowania są niepomyślne.

- **śluzowy** należy do rzadkich typów raka jajnika. Stanowi ok. 3% nowotworów jajnika. W zaawansowanych stadiach nowotworu rokowania są niepomyślne.

- **endometrialny G1** należy do rzadkich nowotworów raka jajnika. Częściej rozpoznaje się go u kobiet do 60. roku życia i ma lepsze rokowanie od raka typu endometrialnego G2/G3.

- **surowiczny G1** to rak jajnika o niskim stopniu złośliwości (ang. low-grade). Rozpoznaje się go u mniej niż 10% pacjentek. Występuje najczęściej w grupie kobiet między 45 a 47 rokiem życia.

Charakteryzuje się wolnym wzrostem i dużą odpornością na chemioterapię, dlatego główną rolę w leczeniu tego raka odgrywa chirurgia. W przypadku tego nowotworu dużą wagę poświęca się hormonoterapii oraz leczeniu celowanemu.

Rozpoznanie histopatologiczne

Wynik histopatologiczny uzyskuje się na podstawie pobranego materiału. Patolog, dzięki zastosowaniu zaawansowanych technik mikroskopowych i laboratoryjnych, ocenia badaną próbkę.

Od wyniku tego badania uwarunkowane jest leczenie oraz wstępne rokowanie. Wynik histopatologiczny zawiera informację na temat typu i stopnia zróżnicowania nowotworu, miejsca wyjścia procesu nowotworowego (miejsce, w którym powstał nowotwór), doszczętności operacji.

Gdy ocena histopatologiczna tkanek jest trudna, patolog posiłkuje się dodatkowymi badaniami, tj. próbami immunohistochemicznymi, podczas których fragment badanej tkanki poddawany jest działaniu przeciwciał łączących się z poszczególnymi receptorami komórkowymi.

Nie wszystkie komórki zachowują się identycznie w kontakcie z zaaplikowanym związkiem – jedne reagują, inne nie. To pozwala zdiagnozować, z jakim nowotworem mamy do czynienia.

Wynik histopatologiczny może zawierać informację na temat receptorów i antygenów, co wpływa na wybór leczenia celowanego i hormonalnego.

W wynikach badań można znaleźć określenia i liczby, które je opisują („stopień zaawansowania klinicznego – FIGO”, „stopień zróżnicowania histopatologicznego – Grading”).

Są to bardzo ważne informacje o rodzaju rozpoznania histopatologicznego. Na ich podstawie opracowuje się plan leczenia.

Stopień zaawansowania klinicznego (FIGO)

Stopień zaawansowania klinicznego to informacja, która daje lekarzowi lepszy obraz choroby, co przekłada się na skuteczniejsze poradnictwo i dokładniejszy plan leczenia.

Określenie stopnia zaawansowania klinicznego dokonywane jest według klasyfikacji Międzynarodowej Federacji Ginekologii i Położnictwa (fr. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique).

Cztery stopnie zaawansowania raka jajnika:

- I. guz ograniczony do jajnika (*jednego lub obydwu*);
- II. guz zajmuje jeden lub oba jajniki i rozprzestrzenia się w miednicy;
- III. guz zajmuje jeden lub oba jajniki i rozprzestrzenia się poza miednicą mniejszą;
- IV. guz daje przerzuty odległe np. do wątroby, śledziony i płuc

● Wczesny rak jajnika

O wczesnym raku jajnika mówimy, gdy choroba jest w I lub II stopniu zaawansowania klinicznego.

● Zaawansowany rak jajnika

O zaawansowanym raku jajnika mówimy, gdy choroba jest zakwalifikowana od III lub IV stopnia zaawansowania klinicznego.

● Nawrotowy rak jajnika

Nawrót raka jajnika może nastąpić w każdym momencie i polega na pojawieniu się komórek nowotworowych w okresie, gdy pacjentka nie miała żadnych objawów choroby nowotworowej (znajdowała się w czasie remisji).

Nawrotowy rak jajnika jest chorobą nieuleczalną, lecz – dzięki zastosowaniu nowych technologii diagnostycznych oraz leków – możliwe jest zahamowanie wzrostu nowotworu i wydłużenie czasu wolnego od progresji choroby.

Raka jajnika należy traktować jako chorobę przewlekłą z okresami zaostrzeń i remisji.

Nawrót procesu nowotworowego może mieć charakter:

miejscowy – gdy komórki rakowe pojawiają się w jednej lokalizacji,

a także *odległy* – gdy komórki te są obecne w różnych miejscach w organizmie.

Grading, czyli stopień zróżnicowania histopatologicznego

To ocena złośliwości histologicznej nowotworu, czyli, czy nowotwór ma charakter przerzutowy, czy też jest mniej podatny na rozprzestrzenianie.

Ocena ta została oparta na podstawie zróżnicowania struktury oraz cech cytologicznych komórek nowotworowych.

Wyróżniamy trzy typy histopatologicznego zróżnicowania (Grading):

- **G1 – nowotwór dobrze zróżnicowany** (komórki niezróżnicowane < 5%);
- **G2 – nowotwór średnio zróżnicowany** (50% komórek niezróżnicowanych);
- **G3 – nowotwór niezróżnicowany** (komórki niezróżnicowane > 50%).

Niski stopień złośliwości oznacza, że komórki rakowe są dobrze zróżnicowane (mniej podatne na rozprzestrzenianie się oraz z tendencją do powolnego wzrostu).

Wysoki stopień złośliwości oznacza, że komórki rakowe są słabo zróżnicowane lub niezróżnicowane. Komórki rakowe o wyższym stopniu złośliwości mają tendencję do szybszego wzrostu i są bardziej podatne na rozprzestrzenianie się niż komórki rakowe o niskim stopniu złośliwości.

Czy raka jajnika można wyleczyć?

Rak jajnika może zostać wyleczony. Powodzenie leczenia zależy od czasu wykrycia oraz charakteru nowotworu. Wczesny rak jajnika (wykryty w I i II stadium choroby i ograniczony tylko do miednicy mniejszej) ma duże szanse na wyleczenie.

Bardzo ważne jest, aby leczenie było prowadzone w specjalistycznym ośrodku onkologicznym, ponieważ udowodniono, że zwiększa to szanse na wyleczenie.

Ocenę skuteczności leczenia określa się na podstawie okresu **pięciu lat od zakończenia leczenia**.

Po zakończeniu leczenia nie można mówić o stuprocentowym wyleczeniu. Pacjentka wymaga ścisłej kontroli (zebrania dokładnego wywiadu lekarskiego, badania ginekologicznego, zastosowania badań obrazowych, określenia stężenia markerów nowotworowych).

W momencie wznowy (nawrotu) traktujemy raka jajnika jako chorobę nieuleczalną. Postęp medycyny sprawił, że – dzięki zastosowaniu nowych technologii diagnostycznych oraz leków – możliwe jest zahamowanie wzrostu nowotworu i wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby. Raka jajnika możemy traktować wtedy jako chorobę przewlekłą z okresami zaostrzeń i remisji.

Czynniki rozwoju raka jajnika

Główną przyczyną wystąpienia raka jajnika są predyspozycje genetyczne. Większość tych nowotworów (ok. 15%) dotyczy mutacji w genach BRCA1 i BRCA2 (BRCA1/2).

Białka kodowane przez te geny są odpowiedzialne za regulację procesów komórkowych oraz biorą udział w naprawie DNA.

Wyróżnia się dwa rodzaje mutacji:

- **somatyczne** (obecne tylko w komórce nowotworowej – nie są dziedziczne, powstają spontanicznie pod wpływem czynników zewnętrznych),
- **germinalne** (należą do mutacji dziedzicznych, warunkują predyspozycje do rozwoju choroby nowotworowej). Mutacje germinalne mogą być przekazywane zarówno przez matkę, jak i przez ojca.

Geny BRCA 1 i BRCA 2 biorą udział w kodowaniu białek, odpowiedzialnych za naprawę uszkodzonych nici DNA.

Jednym z rodzajów naprawy nici DNA jest zjawisko **rekombinacji homologicznej** (*Homologous recombination repair, HRR*). Rekombinacja homologiczna, jest procesem polegającym na wymianie podobnych lub identycznych części chromosomów. W przypadku braku naprawy materiału genetycznego, błędy i uszkodzenia się nawarstwiają, co może skutkować transformacją komórki zdrowej w komórkę nowotworową.

Zaburzenia (deficyty) rekombinacji homologicznej (*Homologous recombination deficiency, HRD*) dotyczą w większości genów BRCA1 i/lub BRCA2, a w 6-27% dotyczą innych niż BRCA genów np. (RAD 51D, ATM, NBN, PALB2). Obecność mutacji oznacza możliwość zastosowania leczenia celowanego, czyli takiego, które będzie skuteczne właśnie przy wystąpieniu mutacji.

W trakcie zabiegu operacyjnego, u pacjentek leczonych na raka jajnika, zleca się **analizę molekularną**. Pobrana tkanka nowotworowa pozwala na wykrycie somatycznych i germinalnych mutacji w genach BRCA1/2.

Kompleksowa diagnostyka molekularna analizuje pełną sekwencję kodujących genów BRCA1/2 (z wykorzystaniem **techniki sekwencjonowania kolejnej generacji NGS**). Dzięki temu wykrywano jest pełne spektrum mutacji, również bardzo rzadkich – niebadanych testami przesiewowymi.

Innym czynnikiem genetycznym mogącym być przyczyną powstania raka jajnika jest mutacja genów naprawy DNA hMSH2 i hMLH1 (występują w **Zespole Lyncha**).

Każda kobieta, która zachoruje na raka jajnika, wymaga konsultacji genetycznej w poradni genetycznej.

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka jajnika:

- wiek (> 65);
- wystąpienie mutacji w genach BRCA1/BRCA2 – także u członków rodziny; (ta mutacja może być dziedziczna – występowanie w rodzinie raka jajnika lub raka piersi);
- niekarmienie piersią;
- wczesna pierwsza miesiączka lub późna menopauza;
- otyłość.

Czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania na raka jajnika:

- wielorództwo;
- karmienie piersią;
- profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów;
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych.

Rozpoznanie genetyczne

Rozpoznanie genetyczne wykonuje się pod kątem sprawdzenia obecności mutacji w genie BRCA. Ważne jest, by informacja o przeprowadzeniu badania na wykrycie mutacji w genach BRCA1 i/lub BRCA2 była uwzględniona już na etapie wykonania badania histopatologicznego.

W tym momencie potrzebna będzie pisemna zgoda na badanie genetyczne. Obecność mutacji w genie BRCA może wpłynąć na wybór leczenia pooperacyjnego.

Analizę molekularną powinno się zlecić w trakcie zabiegu operacyjnego. Jeśli tak się nie stanie, można to badanie wykonać po operacji, niezależnie od ustalonego leczenia. Przeprowadza się je wówczas na wypożyczonym archiwalnym materiale histopatologicznym (w postaci **blozka parafinowego**). Pracownie histopatologiczne mają obowiązek przechowywać taki materiał przez 30 lat.

Jeżeli materiał tkankowy jest nieosiągalny lub **niedostępny**, możliwe jest przeprowadzenie badania z krwi, śliny lub wymazu z jamy ustnej. W takim przypadku nie wykryjemy mutacji somatycznych obecnych tylko w tkance nowotworowej.

Jeśli rozpoznano u kobiety którąś z mutacji, warto poprosić lekarza o skierowanie do poradni genetycznej. Pod opieką takiej poradni powinni znaleźć się także bliscy osoby zdiagnozowanej.

Jestem nosicielką genu BRCA, co to oznacza dla mojej rodziny?

Jeśli rozpoznano u kobiety mutację germinálną – jej rodzice oraz jej dzieci mogą być nosicielami tej mutacji. Co za tym idzie, istnieje u nich większe ryzyko zachorowania na raka: jajnika, piersi, gruczołu krokowego, trzustki.

Prawdopodobieństwo nosicielstwa tej samej mutacji u krewnych pierwszego stopnia (np. u dzieci, rodziców) wynosi około 50%. Bardzo ważne jest zbadanie najbliższej rodziny pod kątem obecności mutacji w genach BRCA1 i/lub BRCA2.

Wczesne zidentyfikowanie nosicielstwa tej mutacji daje możliwość zastosowania właściwej profilaktyki – objęcie osoby będącej nosicielem mutacji nadzorem onkologicznym, który pozwala na redukcję ryzyka zachorowania na raka.

Dlatego, nosicielka dziedzicznej mutacji oraz jej rodzina, powinni być objęci opieką poradni genetycznej.

Rak jajnika w ciąży

Badania wykazują, że podczas ciąży 1-3% guzów przydatków (jajników i jajowodów) to zmiany złośliwe, ale w 80% są one nowotworami we wczesnych stadiach zaawansowania. Większość guzów jajnika jest rozpoznawanych w trakcie badania ultrasonograficznego w pierwszym trymestrze ciąży.

Zabieg operacyjny wykonuje się w drugim trymestrze ciąży (w przypadku guzów podejrzanych onkologicznie – wykazujących potrzebę pogłębionej diagnostyki). W zależności od rozpoznania histopatologicznego oraz zaawansowania ciąży, podejmuje się decyzję co do zakresu zabiegu operacyjnego i rodzaju chemioterapii.

Rak jajnika a płodność

Do zachowania płodności, w trakcie zdiagnozowania raka jajnika kwalifikują się pacjentki poniżej 40 r.ż., gdy stopień zaawansowania raka to IA i I C1 G1/G2 (guz ograniczony do jednego jajnika, bez zmian na powierzchni torebki guza, bez komórek rakowych w płynie w jamie otrzewnowej oraz guz ograniczony do jednego jajnika ze śródoperacyjnym uszkodzeniem ciągłości torebki guza) a typ histologiczny jest inny niż jasnokomórkowy.

Dyskusyjne jest postępowanie oszczędzające w przypadku guzów I A G3, I C2 G1 (guz ograniczony do jednego jajnika, bez zmian na powierzchni torebki guza, bez komórek rakowych w płynie w jamie otrzewnowej oraz guz ograniczony do jednego jajnika z naruszoną ciągłością torebki przed operacją lub obecnością guza na powierzchni jajnika) oraz gdy stwierdzono jasnokomórkowy typ histologiczny.

Zastosowanie chemioterapii jako leczenia uzupełniającego jest uzależnione od typu histologicznego nowotworu, stopnia zaawansowania według FIGO oraz stopnia zróżnicowania histopatologicznego (Grading). Chemioterapii pooperacyjnej nie wymagają pacjentki w stopniu zaawansowania IA G1/G2.

Guzy przydatków występują u dzieci i młodych dorosłych. W takich przypadkach warto rozważyć zastosowanie metod zachowania płodności (mrożenie niezaplodnionych **oocytów - komórka dająca początek komórce jajowej**, hamowanie funkcji jajników, mrożenie i transplantacja tkanki jajnikowej, transpozycja jajników, mrożenie zarodków).

Rodzaj terapii zależy od: wieku osoby chorej, rozpoznania histopatologicznego, zakresu zabiegu operacyjnego oraz woli pacjentki.

Sygnaly ostrzegawcze

O raku jajnika często mówi się, że rozwija się podstępnie i nie daje wyraźnych objawów. Warto wiedzieć, że objawy pojawiają się, ale są mało charakterystyczne.

Tak dzieje się nie tylko na wczesnym etapie, ale nawet wtedy, gdy nowotwór jest w zaawansowanym stadium.

Objawy, które mogą wskazywać na obecność nowotworu są związane, przede wszystkim, z przewodem pokarmowym. Ból brzucha nie musi oznaczać raka. Ale, jeśli się powtarza, warto skonsultować się z ginekologiem.

Rak jajnika jest dość późno wykrywany. Wiele kobiet w momencie diagnozy dowiaduje się, że nowotwór jest w zaawansowanym stadium. Dlaczego?

Wiele objawów (ból brzucha, wzdęcia, zaparcia, uczucie sytości, niestrawność, zaburzenia oddawania moczu, parcie na pęcherz moczowy, powiększenie obwodu brzucha, uczucie zmęczenia) jest lekceważonych lub niewłaściwie diagnozowanych.

Rzadko, z takimi dolegliwościami, kobieta zwraca się do ginekologa lub onkologa.

Najczęstsze, niespecyficzne symptomy raka jajnika:

- ból brzucha,
- wzdęcia,
- zaparcia,
- uczucie sytości,
- niestrawność,
- zaburzenia oddawania moczu,
- parcie na pęcherz moczowy,
- powiększenie obwodu brzucha,
- uczucie zmęczenia.

Kiedy zgłosić się do lekarza?

Jeśli kobieta często odczuwa dyskomfort po jedzeniu, uczucie powiększenia obwodu brzucha; ma wzdęcia po jedzeniu, zaparcia i niepokojące objawy ze strony układu moczowego – istnieje prawdopodobieństwo obecności choroby jajnika.

Oznacza to, że należy udać się do ginekologa. Te objawy mogą (nie muszą) być oznakami istnienia nowotworu.

Ponieważ rak jajnika nie daje specyficznych objawów, należy pamiętać o regularnych badaniach ginekologicznych.

Jeśli kobieta odczuwa objawy, które mogą być związane z rakiem jajnika, należy wykonać niezbędne badania, które pozwolą wykluczyć chorobę lub rozpocząć właściwe leczenie.

Z uwagi na niespecyficzne objawy związane z przewodem pokarmowym, warto korzystać z diagnozy prowadzonej u lekarzy różnych specjalizacji (np. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, internisty, gastrologa, urologa).

Należy pamiętać, aby w trakcie tych wizyt zwrócić uwagę na potrzebę wykonania badań także pod kątem wykluczenia raka jajnika (ginekolog, ginekolog-onkolog).

Do jakiego specjalisty się zgłosić?

Jeśli pojawiają się niepokojące objawy lub podejrzenie raka jajnika, w pierwszej kolejności należy skonsultować się z ginekologiem lub ginekologiem-onkologiem. Skierowanie nie jest tu wymagane.

Jakie badania przyczynią się

do postawienia właściwej diagnozy?

Do postawienia właściwej diagnozy potrzebne są:

- **Badanie ginekologiczne oraz ogólnolekarskie**
Podczas wizyty pacjentka jest badana przez pochwę oraz przez odbyt.
To pozwala ocenić wielkość guza, jego ruchomość, konsystencję oraz ewentualny naciek na inne narządy.

Można spotkać się z opinią, że badanie jest niedelikatne i nieprzyjemne.

Takie odczucia mogą być związane z potencjalnym zaawansowaniem choroby.

Częścią wizyty u ginekologa będzie również badanie palpacyjne i opukowe jamy brzusznej i klatki piersiowej (pod kątem nadmiernego gromadzenia się płynu w jamie otrzewnowej i opłucnowej), obwodowych węzłów chłonnych (okolice szyjnej, nadobojczykowej, pachowej i pachwinowej) oraz piersi.

- **Badanie ultrasonograficzne**

Jest to badanie nieinwazyjne, bezbolesne i nie wymaga specjalnego przygotowania. Umożliwia ocenę narządów miednicy mniejszej (w tym przydatków i macicy), narządów mięsnych (wątroby i śledziony) pod kątem ewentualnych przerzutów, oraz obecność płynu w jamie brzusznej i opłucnej.

Guzy przydatków ocenia się najczęściej według prostych reguł ultrasonograficznych IOTA (Międzynarodowa Grupa Analizy Guzów Jajnika). Na podstawie obecności cech łagodnych i złośliwych w badaniu ultrasonograficznym, guzy klasyfikuje się jako złośliwe, łagodne i niejednoznaczne.

- **Markery nowotworowe**

Badanie to wykonuje się z krwi. Nie wymaga specjalnego przygotowania.

Jednym z najczęstszych markerów zleczanych w trakcie diagnostyki raka jajnika jest antygen Ca 125, choć nie jest to marker służący do jednoznacznego rozpoznania raka.

Antygen ten jest obecny w innych tkankach i krwiobiegach a jego stężenie może być podwyższone w stanach zapalnych jajowodu, mięśniakach, miesiączce, ciąży czy połogu.

Dlaczego zleca się to badanie? Stężenie markera wykorzystywane jest w trakcie leczenia do oceny skuteczności zastosowanej terapii, dlatego stężenie Ca 125 powinno być oznaczone przed rozpoczęciem leczenia.

Do innych markerów przydatnych w trakcie diagnostyki nowotworów jajnika można zaliczyć HE4, AFP, HCG, LDH, CEA, Ca 19-9.

Żadne z wymienionych badań nie jest badaniem przesiewowym, ponieważ – w przypadku raka jajnika – takich się nie prowadzi.

Są to badania prowadzące do rozpoznania, ale nie są one w 100% swoiste dla tej choroby (markery występują też w innych nowotworach, a ich występowanie nie zawsze oznacza obecność nowotworu jajnika).

Jeśli wynik jednego z w.w. markerów jest podwyższony, należy zgłosić się do ginekologa-onkologa, który podejmie decyzję o dalszym postępowaniu.

Badania pogłębione:

- **Tomografia komputerowa (TK)**

Zaawansowane badanie diagnostyczne polegające na wykonaniu kilku tysięcy zdjęć określonego narządu/narządów przez nowoczesny aparat rentgenowski. Zdjęcia robione pod różnymi kątami i płaszczyznami są przez komputer łączone w obraz trójwymiarowy.

Badanie to wykonuje się w pracowni tomografii komputerowej na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.

Tomografia komputerowa pozwala wykryć możliwe nieprawidłowości, określić dokładne umiejscowienie choroby i monitorować skuteczność leczenia.

Badanie to wykonuje się z kontrastem lub bez niego. Kontrast jest związkami chemicznymi, który pozwala na wykonanie dokładnych zdjęć narządów wewnętrznych.

Środki kontrastowe są wprowadzane do organizmu dożylnie, doustnie lub doodbytniczo.

Mimo, iż związki te należą do substancji bezpiecznych, mogą wywołać reakcje alergiczne. O ich podaniu decyduje lekarz po analizie ankiety, którą wypełnia pacjentka.

- **Rezonans magnetyczny (MR)**

Zaawansowane badanie obrazowe polegające na generowaniu fal magnetycznych przez cząsteczki wody pod wpływem fal radiowych.

Sygnal jest wychwytywany i przetwarzany komputerowo na trójwymiarowy obraz.

Badanie przeprowadza się w pracowni rezonansu magnetycznego. Jest bezpieczne i bardzo dokładne. Pozwala wykryć możliwe nieprawidłowości, określić umiejscowienie choroby i monitorować skuteczność leczenia.

Rezonans magnetyczny można poszerzyć wykonując kontrast, który (poprzez gromadzenie się w komórkach organizmu i zmianę ich właściwości elektromagnetycznych) pozwala na uzyskanie dokładniejszego obrazu.

Przed badaniem pacjentka uzupełnia wywiad medyczny, w którym wskazuje leki, których nie toleruje (po których występowały u niej objawy alergiczne), oraz na obecność metalowych elementów w tkankach np. klipsów naczyniowych po operacjach laparoskopowych, elektrostymulatora serca, implantów wewnątrzusznych.

- **Kolonoskopia**

Podczas tego badania lekarz dokładnie ogląda błonę śluzową całego jelita grubego, wyklucza lub potwierdza nacieki ściany jelita grubego i pobiera wycinek do dalszej diagnostyki.

Badanie nie jest bezbolesne, dlatego wykonuje się je w znieczuleniu miejscowym lub pod narkozą.

W trakcie badania lekarz może zdecydować o pobraniu wycinka do badania histopatologicznego.

- **Gastroskopia**

Podczas badania lekarz dokładnie ocenia przełyk, żołądek, znaczną część dwunastnicy, wyklucza lub potwierdza nacieki ściany górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek, dwunastnica).

Ważne, by, przed wyborem terapii, ocenić stan górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Większość tego rodzaju badań jest wykonywana w znieczuleniu miejscowym, ale możliwe jest zastosowanie znieczulenia ogólnego.

• Cystoskopia

Podczas badania lekarz ocenia błonę śluzową pęcherza moczowego i cewki moczowej.

Badanie jest wykonywane w znieczuleniu: miejscowym (końcówka cystoskopu jest smarowana żelem z lidokainą), ogólnym, zewnątrzoponowym/podpajęczynówkowym.

W trakcie badania lekarz może zdecydować o konieczności pobrania wycinków.

Właściwy specjalista – gwarantem podjęcia odpowiedniej terapii

Rak jajnika jest chorobą wymagającą kompleksowego leczenia, którym zajmują się specjaliści ginekologii onkologicznej.

Aby dobrze leczyć raka jajnika potrzebni są:

- lekarze (z dużym doświadczeniem i aktualizowaną wiedzą),
- narzędzia (do diagnostyki i leczenia),
- infrastruktura (łatwy dostęp do innych specjalistów niż onkolog).

Osoby trafiające do szpitali położniczo-ginekologicznych, są często pod opieką lekarzy, którzy zajmują się wieloma dziedzinami medycyny: położnictwem, ginekologią, endokrynologią ginekologiczną.

Należy pamiętać o tym, że ginekologia onkologiczna jest oddzielną specjalnością, która szybko się rozwija.

Aby być na bieżąco; trzeba zdobywać informacje, śledzić zmiany i wdrażać je do praktyki klinicznej.

Leczenie musi być oparte na precyzyjnej diagnozie – nie tylko histopatologicznej, ale także genetycznej.

Obecnie wykorzystywane są różne metody, które pozwalają dokładnie określić z jakim rodzajem choroby mamy do czynienia.

Na podstawie dobrze przygotowanego rozpoznania można działać w zakresie terapii.

Terapia raka jajnika składa się z kilku elementów (leczenie skojarzone):

- terapii celowanej
- hormonoterapii

Łączenie tych metod leczenia jest bardzo istotne. Terapeutyczne ośrodki kompleksowe (te, które mają możliwość stosowania tych wszystkich metod) dają większą szansę na skuteczne oraz krótkie leczenie.

Bardzo ważne jest, by wybierać doświadczonych ośrodków, które mogą diagnozować, leczyć i rehabilitować.

W tym poradniku znajdziesz listę ośrodków, które wykonują minimum 20 operacji rocznie (jest to kryterium, które zostało uznane przez polskich ekspertów za tzw. „niezbędne minimum”, by uznać ośrodek za sprawdzony i godny polecenia).

Karta DiLO

Jest to jedno z rozwiązań, tak zwanej, szybkiej ścieżki onkologicznej (karta diagnostyki i leczenia onkologicznego).

Karta pełni rolę skierowania.

Wprowadzono ją wraz z pakietem onkologicznym – przepisami, których celem jest poprawa diagnostyki i usprawnienie leczenia raka w Polsce.

Dzięki karcie czas oczekiwania na leczenie jest krótszy (około 2 tygodnie).

Z szybkiej terapii onkologicznej mogą korzystać pacjenci, którzy są w trakcie leczenia onkologicznego oraz ci, u których jest podejrzenie raka lub stwierdzono nowotwór złośliwy.

Osoba, która posiada kartę DiLO ma prawo do szybszej diagnostyki onkologicznej i leczenia przeciwnowotworowego.

Chory z zieloną kartą DiLO jest przyjęty na wizytę i wysłany na badania szybciej niż osoba, która jej nie posiada.

Przyjmuje się, że od wpisania pacjenta na listę oczekujących na konsultację u specjalisty do postawienia diagnozy **nie może minąć więcej niż 7 tygodni.**

Czas na wykonanie wstępnej diagnostyki onkologicznej **nie powinien przekroczyć 28 dni.**

Czas na wykonanie pogłębionej diagnostyki onkologicznej **nie powinien przekroczyć 21 dni.**

Decyzję o potrzebie diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej podejmuje specjalista.

Diagnostyka wstępna służy potwierdzeniu lub wykluczeniu nowotworu oraz postawieniu diagnozy.

Celem diagnostyki pogłębionej jest określenie typu wykrytego nowotworu, stopnia jego zaawansowania oraz liczby i miejsc ewentualnych przerzutów.

Jak przygotować się do wizyty?

Aby wizyta przebiegła sprawnie, ważne jest odpowiednie przygotowanie:

- Ułożona w porządku chronologicznym dostępna dokumentacja.
- Warto mieć przy sobie wszystkie wyniki badań, nawet te, które wydają się niepotrzebne. Lekarz decyduje, czy brać pod uwagę informacje w nich zawarte. Do dokumentacji należą: wypisy ze szpitala, badania laboratoryjne i obrazowe, konsultacje innych lekarzy specjalistów oraz grupa krwi.
- Można założyć segregator, w którym będą zbierane wyniki i informacje.
- Dokumentację najlepiej jest umieszczać w oznaczonych koszulkach.
- Ważne, by przypomnieć sobie dotychczasowy przebieg choroby: kiedy zaczęły się objawy, co jest powodem zgłoszenia się do specjalisty, choroby onkologiczne występujące w rodzinie.
- Niezbędne są informacje na temat innych chorób, przebytych zabiegów operacyjnych oraz przyjmowanych leków (stosowane dawki).
- Pacjentka jest przygotowana, jeśli współpracuje z lekarzem (mówi o swoich problemach, zapisuje pytania).

Lista przykładowych pytań do lekarza:

1. Na co choruję?
2. Czy można już teraz powiedzieć jakie będzie zastosowane leczenie?
3. Czy będę odczuwać ból? Czy będę normalnie funkcjonować?
4. Jak się przygotować do kolejnej wizyty? Czy mogę z kimś przyjść?
5. Czy będę miała operację? Kiedy mam się zgłosić do szpitala?
6. Kiedy otrzymam pooperacyjne wyniki badań określające rodzaj nowotworu?
7. Czy na podstawie tych wyników, zostanie opracowany schemat dalszego leczenia?
8. Jak będzie wyglądać zastosowane u mnie leczenie i na czym ono polega? Jakie leki otrzymam?
9. Czy w trakcie leczenia mogę pracować, uprawiać sport, podróżować, prowadzić aktywne życie seksualne?
10. Jakich skutków ubocznych leczenia mogę się spodziewać? Jakie są sposoby łagodzenia tych skutków ubocznych?
11. Z kim mogę się kontaktować, kiedy będę mieć jakieś wątpliwości lub pogorszenie stanu zdrowia?
12. Jakie badania kontrolne będą wykonywane w trakcie leczenia i jak często?
13. Jak powinna wyglądać moja rehabilitacja?
14. Jak się odżywiać w trakcie terapii? Czy można pić dodatkowo zioła, brać witaminy albo inne środki?
(Suplementy diety i preparaty wspomagające leczenie mogą być przyjmowane wyłącznie po konsultacji z lekarzem prowadzącym i za jego zgodą).
15. Czy istnieje niebezpieczeństwo nawrotu? Co wtedy należy zrobić?
16. Czy istnieje potrzeba robienia genetycznych/profilaktycznych badań wśród członków mojej rodziny, krewnych?
17. Co robić, gdy pojawią się chwile zwątpienia, obniżony nastrój?

Zabieg operacyjny

Zabieg operacyjny odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu raka jajnika. Szczególnie ten wykonany jako pierwszy, ponieważ wtedy zostaje: potwierdzone rozpoznanie, określony stopień zaawansowania, doszczętność usuniętych tkanek nowotworowych, wykonane maksymalne usunięcie zmian nowotworowych.

Dlatego tak ważne jest, aby tę pierwszą operację wykonać w ośrodku, który ma doświadczenie w takich zabiegach. To od kobiety zależy, do jakiego ośrodka się zgłosi. W Polsce nie obowiązuje rejonizacja.

Warto swój wybór miejsca wykonania zabiegu operacyjnego oprzeć nie tylko na lokalizacji (odległość od miejsca zamieszkania), ale również na danych statystycznych (ilość operacji wykonywanych w danym ośrodku).

Operacja raka jajnika jest bardzo wymagającym zabiegiem. Pierwszy zabieg operacyjny jest kluczowy i powinien prowadzić do osiągnięcia oczekiwanego rezultatu.

Dobry ośrodek to taki, który ma doświadczenie w operowaniu raka jajnika oraz zapewnia dostęp do kompleksowego leczenia.

Czasami, aby uzyskać jak najlepsze wyniki leczenia, lekarz może zmienić kolejność stosowanych terapii – najpierw zalecając chemioterapię.

Dlatego w ośrodku, który się wybiera, powinien być dostęp do leczenia chirurgicznego, chemioterapeutycznego, radioterapeutycznego, rehabilitacji oraz wsparcia psychologicznego.

Należy pamiętać, że można skorzystać z tzw. drugiej opinii i zapisać się na konsultację do drugiego ośrodka onkologicznego. Nie potrzeba wówczas skierowania do lekarza onkologa.

Operacja

Zabieg operacyjny raka jajnika jest procedurą wymagającą. Od zespołu operacyjnego oczekuje się doświadczenia oraz umiejętności wszechstronnego poruszania się w polu chirurgicznym.

Zakres zabiegu często wykracza poza granice miednicy mniejszej. To znaczy, że lekarz prowadzący operację może szukać ewentualnych przerzutów także na jelitach.

Leczenie chirurgiczne raka jajnika stanowi najważniejszą część terapii.

Klasyczne procedury zabiegu chirurgicznego wymagają:

- otwarcia jamy brzusznej w linii podłużnej pośrodkowej;
- pobrania do badania cytologicznego wolnego płynu lub popłuczyn z jamy otrzewnej (w przypadku jego braku pobrania wymazów z miednicy mniejszej, rynien okrężniczych i spod przepony);
- dokładnej oceny otrzewnej i trzewi jamy brzusznej, biopsji i/lub usunięcia każdej podejrzanej zmiany. W przypadku ich braku – pobrania licznych wycinków z otrzewnej miednicy mniejszej, rynien przyokrężniczych, kopol przepony;
- usunięcia macicy z przydatkami lub jednostronnego usunięcia przydatków u kobiet planujących dzieci;
- wycięcia sieci większej;
- usunięcia węzłów chłonnych miedniczych i okołoaortalnych do wysokości żyły nerkowej lewej.

Aby usunąć wszystkie widoczne zmiany nowotworowe może być konieczne rozszerzenie zabiegu:

- resekcja jelitowa,
- wycięcie guzków przerzutowych z przepony i pozostałych powierzchni otrzewnej,
- splenektomia (wycięcie śledziony),
- częściowe usunięcie wątroby, śledziony, trzustki,
- usunięcie pęcherzyka żółciowego,
- resekcje moczowodów i pęcherza moczowego.

Pierwsza operacja powinna dążyć do maksymalnego usunięcia zmian chorobowych.

Zakończony zabieg operacyjny, lekarz operujący określa jako:

- **cytoredukcję całkowitą** – po zabiegu brak jest widocznych resztek choroby
- **cytoredukcję optymalną** – po zabiegu pozostawiono resztki < 1 cm
- **cytoredukcję nieoptymalną** – po zabiegu pozostawiono resztki ≥ 1 cm.

Ta ocena ma znaczenie w dalszym przebiegu leczenia. Przed operacją należy podpisać zgodę na przeprowadzenie diagnostyki molekularnej. To pozwoli na pobranie odpowiednich materiałów do analizy.

Jeśli choroba została zdiagnozowana we wczesnych stopniach zaawansowania klinicznego, lekarz prowadzący może rozważyć laparoskopię.

Istotne jest jednak, aby laparoscopia została wykonana przez doświadczony zespół.

Odroczona operacja

Jeśli choroba albo stan zdrowia nie pozwalają na wykonanie zabiegu chirurgicznego, alternatywą jest chemioterapia neoadjuwantowa, której celem jest zmniejszenie masy nowotworowej oraz zwiększenie prawdopodobieństwa wykonania odroczonego zabiegu chirurgicznego.

Kwalifikacja do chemioterapii neoadjuwantowej odbywa się na podstawie oceny zaawansowania choroby nowotworowej dokonanej podczas *laparotomii* lub *laparoskopii* - wówczas pobiera się jedynie wycinek z tkanki nowotworowej do oceny histopatologicznej i genetycznej.

Kwalifikacja możliwa jest też na podstawie badania obrazowego – tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, opisanego przez doświadczonych radiologów, a następnie wykonanie biopsji gruboigłowej (*Tru-Cut*) podejrzanych tkanek.

Laparotomia

to zabieg operacyjny otwierający jamę brzuszną, który ma na celu diagnostykę.

Laparoscopia

jest metodą mało inwazyjną, przydatną w ocenie zaawansowania choroby nowotworowej. Wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym, po konsultacji anestezjologicznej. Zabieg polega na wytworzeniu odmy otrzewnowej i wprowadzeniu kamery oraz narzędzi (troakarów), przy pomocy których lekarz wykonuje zabieg operacyjny.

Podczas zabiegu laparoskopowego, lekarz ocenia zaawansowanie procesu nowotworowego, kwalifikuje do operacji lub wyklucza możliwość przeprowadzenia takiego zabiegu.

Tej oceny dokonuje się przy pomocy skali Fagotti. Ocenia się naciek: w okolicy sieci większej, otrzewnej jamy brzusznej i miednicy mniejszej, otrzewnej kopuły przepony, korzenia krezki jelita, żołądka, jelit, torebki śledziony i wątroby. Naciek zostaje sklasyfikowany w punktacji 0-2.

Wynik powyżej 8 punktów dyskwalifikuje chorą do przeprowadzenia zabiegu cytoredukcyjnego.

Biopsję gruboigłową Tru-Cut wykonuje się przy użyciu igieł, które wnikają do podejrzanej tkanki, a osłonka igły ścina badany materiał. Dzięki temu uzyskuje się wałeczki tkankowe, które podlegają ocenie histopatologicznej i genetycznej.

Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego wskazującego na raka jajnika, pacjentka jest kwalifikowana do leczenia neoadjuwantowego (chemioterapii neoadjuwantowej), które ma za zadanie zmniejszenie masy nowotworowej i daje możliwość optymalnej cytoredukcji.

W takim przypadku zabieg operacyjny wykonuje się po 3-4 kursach chemioterapii.

Leczenie pooperacyjne

Chemioterapia

Chemioterapia zalicza się do agresywnych metod leczenia, ponieważ, oprócz pozytywnych efektów terapii (stan remisji), mamy do czynienia z wieloma skutkami ubocznymi.

Chemioterapia raka jajnika jest częścią leczenia skojarzonego (leczenie więcej niż jedną metodą) i odgrywa ważną rolę w leczeniu uzupełniającym po pierwotnej cytoredukcji, terapii neoadjuwantowej oraz leczeniu paliatywnym.

Działania niepożądane pojawiają się czasem bezpośrednio po podaniu leków cytostatycznych, powtarzają po każdym kursie i utrzymują przez wiele lat.

Skuteczność i bezpieczeństwo leczenia chemioterapeutycznego zależy od właściwego stosowania leków przeciwnowotworowych, od sposobów zapobiegania powikłaniom polekowym oraz od metod zwalczania skutków ubocznych.

Złotym standardem u kobiet rozpoczynających chemioterapię jest schemat składający się z paklitakselu (dawka 175 mg/m² we wlewie 3-godzinny) w skojarzeniu z karboplatiną (dawka wg AUC 5-6 we wlewie 30-minutowym - 6 kursów co 3 tygodnie).

nazwa leku	najczęstsze działania niepożądane
Paklitaksel	neutropenia, utrata włosów, zapalenie śluzówek jamy ustnej, nudności, wymioty, biegunka, porrzywka, zaczerwienienie twarzy, bradykardia, polineuropatia obwodowa
Karboplatyna	trombocytopenia, niedokrwistość, nudności, wymioty, biegunka, utrata włosów, obwodowa polineuropatia, hipomagnezemia
Cisplatyna	nudności, wymioty, biegunka, niedokrwistość, utrata włosów, polineuropatia obwodowa, zaburzenia smaku i słuchu
Pegylowana doksorubicyna	zmiany skórne rąk i stóp oraz paznokci, utrata owłosienia, zapalenie jamy ustnej, neutropenia, małopłytkowość
Gemcytabina	nudności, wymioty, duszności, świąd skóry, podwyższone wartości enzymów wątrobowych
Topotekan	nudności, wymioty, utrata włosów, biegunka, neutropenia, niedokrwistość, przewlekłe zmęczenie

Po każdym kursie chemioterapii lekarz przeprowadza wywiad z pacjentką oraz sprawdza badania laboratoryjne (pod kątem możliwych działań niepożądanych).

Jeżeli objawy toksyczności uniemożliwiają podanie kolejnego kursu chemioterapii, cykl zostaje odroczone.

Ważne jest, aby pacjentka poinformowała lekarza o wszystkich obniżających jakość życia działaniach niepożądanych (włącznie z obniżeniem nastroju!).

Ocena skuteczności leczenia chemioterapią

Po około 3-4 tygodniach od zakończenia leczenia, u każdej pacjentki następuje podsumowanie wyników dotychczasowego leczenia.

Standardem oceny są: badanie lekarskie podmiotowe (wywiad lekarski), badanie przedmiotowe (badanie fizykalne), USG przezpochwowe, stężenie markerów nowotworowych, tomografia komputerowa/rezonans magnetyczny (klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej).

Ocenę odpowiedzi na leczenie w badaniach obrazowych wykonuje się wg kryteriów RECIST: kompletna remisja (CR), częściowa remisja (PR), stabilizacja choroby (SD), progresja choroby (PR).

HEMATOLOGICZNE POWIKŁANIA CHEMIOTERAPII

Neutropenia i gorączka neutropeniczna

Stan, w którym dochodzi do znacznego obniżenia we krwi ilości neutrofilów (jedna z populacji białych krwinek).

Neutropenia oznacza obniżenie liczby granulocytów obojętnochłonnych $<1000/\mu\text{l}$ (mikrolitr). To jedno z głównych powikłań chemioterapii.

Na skutek uszkodzenia szpiku kostnego dochodzi do zaburzenia w wytwarzaniu granulocytów obojętnochłonnych (występuje najczęściej po 7-14 dniach od rozpoczęcia chemioterapii).

Neutropenia ogranicza wielkość dawek cytostatyków, opóźnia poszczególne kursy chemioterapii, wydłuża czas leczenia, podnosi ryzyko powikłań (gorączka neutropeniczna) i infekcji zagrażających życiu.

Ryzyko wystąpienia nasilonej neutropenii lub gorączki neutropenicznej u pacjentek rozpoczynających nową linię chemioterapii to przebyta chemioterapia, nieprawidłowe funkcjonowanie, zmniejszona liczba krwinek białych (przed rozpoczęciem leczenia), jednoczesne podawanie leków immunosupresyjnych.

Postępowanie zapobiegające neutropenii:

- opóźnienie lub zmniejszenie dawki cytostatyku,
- profilaktyczne stosowanie krwiotwórczych lub szpikowych czynników wzrostu (*filgrastym*, *pegfilgrastym*).

Jeśli w trakcie neutropenii wystąpi infekcja, lekarz może zdecydować o podaniu antybiotyków, leków przeciugrzybiczych, innych leków specjalistycznych.

Niedokrwistość

Najczęściej występujący objaw uboczny towarzyszący chorobie nowotworowej.

Może pojawić się w wyniku choroby nowotworowej raka jajnika lub na skutek leczenia.

Nasilenie niedokrwistości zależy od wielu czynników:

- stopnia zaawansowania nowotworu,
- intensywności i schematu zastosowanej chemioterapii,
- uprzednio zastosowanej chemioterapii lub radioterapii,
- chorób współistniejących,
- wieku pacjentki.

Do objawów niedokrwistości należą:

- osłabienie i łatwa męczliwość,
- upośledzenie i koncentracja uwagi,
- bóle i zawroty głowy.

Niedokrwistość ma wpływ na odroczenie kolejnego kursu chemioterapii oraz na zmniejszenie dawki cytostatyków.

Leczenie niedokrwistości polega na:

- uzupełnianiu niedoborów pokarmowych (żelaza, witaminy B12, kwasu foliowego),
- przetaczaniu koncentratu krwinek czerwonych,
- stosowaniu leków krwiotwórczych,
- podawaniu czynników wzrostu – erytropoetyny.

Małopłytkowość

U chorych leczonych z powodu raka jajnika przy pomocy chemioterapii małopłytkowość może wynikać ze zmniejszonego wytwarzania płytek krwi, zwiększonego ich usuwania oraz nieprawidłowego ich rozmieszczenia.

Może być przyczyną wybroczyn, podskórnych wylewów, powierzchniowych krwawień z dziąseł, krwawienia z nosa i dróg rodnych.

Leczenie małopłytkowości jest uzależnione od jej przyczyn i objawów klinicznych.

Neurotoksyczność

Jest to druga co do częstości (po powikłaniach hematologicznych) niepożądana reakcja chemioterapii.

Wśród objawów neurotoksyczności wyróżnia się:

- **obwodową polineuropatię** (uszkodzenie wielu nerwów czuciowych i ruchowych – uogólnione wieloogniskowe uszkodzenie neuronu obwodowego),
- **osłabienie motoryczne,**
- **bóle kostno-mięśniowe.**

Stopień nasilenia neurotoksyczności jest uzależniony od rodzaju chemioterapeutyku, dawki pojedynczej i kumulacyjnej, czasu trwania leczenia, wieku pacjentki (> 40 r.), chorób współistniejących (np. cukrzyca).

Spośród leków cytostatycznych stosowanych w chemioterapii raka jajnika najwyższą neurotoksycznością charakteryzuje się:

- *cisplatyna* (stwierdzane u 15-85 % pacjentów),
- *taxol* (10 – 20 %),
- *karboplatyna,*
- *cyklofosfamid,*
- *gemcytabina.*

Pierwsze objawy polineuropatii są zgłaszane najczęściej po 1-3 cyklach chemioterapii. Mogą się utrzymywać kilka miesięcy lub kilka lat (od zakończenia leczenia).

Leczenie powikłań neurotoksycznych ma charakter ograniczony. Dużą rolę odgrywa monitorowanie toksyczności. Gdy pojawiają się duże działania niepożądane, konieczne jest zmniejszenie dawki cytostatyków lub rezygnacja z ich dalszego podawania.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE CHEMIOTERAPII NA PRZEWÓD POKARMOWY:

Nudności i wymioty

Należą do najbardziej uciążliwych objawów i występują u 70-80 % pacjentek otrzymujących chemioterapię.

Wymioty wpływają na jakość życia, pogarszają stan ogólny pacjentki, przyczyniają się do zaburzeń metabolicznych, nadmiernej utraty składników odżywczych, jadłowstrętu. Mogą wpłynąć na zmniejszenie dawek chemioterapii, a nawet na wycofanie się z leczenia przeciwnowotworowego.

W zapobieganiu wymiotom wywołanym przez chemioterapię stosuje się leki z wielu grup przeciwwymiotnych.

W przypadku wystąpienia nudności i wymiotów należy:

- jeść i pić powoli (małymi łykami),
- jeść pokarmy o temperaturze pokojowej,
- unikać obfitych i drażniących zapachem posiłków.

Stan zapalny błon śluzowych

Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i przewodu pokarmowego jest jednym z powikłań chemioterapii. Stopień toksyczności zależy od rodzaju, drogi podania i dawek zastosowanego leczenia.

Na wystąpienie stanu zapalnego jamy ustnej ma wpływ wiek oraz stanu zdrowia pacjentki. Zmiany w jamie ustnej (pieczenie, zaczerwienienie, obrzęk, naloty włóknikowe, owrzodzenie) mogą pojawić się 3-10 dni od podania chemioterapeutyku i zazwyczaj ustępują samoistnie (1-2 tygodnie po zakończeniu leczenia).

Konsekwencją uszkodzenia błon śluzowych są:

- utrudnienie w przyjmowaniu pokarmów drogą doustną,
- trudności w mówieniu,
- zaburzenia smaku,
- obniżenie jakości życia,
- zaburzenia wodno-elektrolitowe i kaloryczne,
- zakażenia (grzybicze, bakteryjne, wirusowe).

Aby zminimalizować skutki uboczne chemioterapii warto rozważyć redukcję dawki leku i wydłużenie przerw między kolejnymi kursami chemioterapii.

W przypadku wystąpienia zapalenia jamy ustnej należy:

- dbać o higienę jamy ustnej,
- unikać przebywania z osobami z infekcją górnych dróg oddechowych,
- powstrzymać się od picia alkoholu i palenia tytoniu,
- przyjmować leki przeciwgrzybicze i przeciwzapalne.

Biegunka

Na etiologię biegunek u chorych z chorobą nowotworową składają się:

- działania uboczne chemioterapii, uszkodzające błonę śluzową,
- stany zapalne,
- infekcje oraz stosowane antybiotyki.

Do pozostałych czynników nasilających dolegliwości można zaliczyć:

- umiejscowienie nowotworu,
- przyczyny związane z leczeniem operacyjnym,
- współistnienie chorób,
- stosowanie nieodpowiedniej diety.

Toksyczne oddziaływanie chemioterapii na szybko dzielące się komórki nabłonka pokarmowego powoduje niszczenie kosmków jelitowych (wypustek, które pokrywają całą wewnętrzną powierzchnię błony śluzowej jelita cienkiego).

Biegunka pojawia się najczęściej po 1-4 dniach od rozpoczęcia kursu chemioterapii. Bezpośrednim powikłaniem biegunek jest nieprawidłowy poziom elektrolitów.

Przedłużająca się biegunka (o ciężkim przebiegu) może doprowadzić do odwodnienia, utraty wagi, niewydolności nerek, krwawienia z przewodu pokarmowego, powikłań zakrzepowo-zatorowych. Dodatkowo, biegunka przyczynia się do obniżonej jakości życia oraz zaburzeń snu i poziomu odżywienia organizmu.

Postępowanie polega na uzupełnianiu niedoborów wodno-elektrolitowych i modyfikacji diety – unikanie alkoholu, kofeiny, soków owocowych, pokarmów: mlecznych, ostrych, z dużą zawartością tłuszczu.

Leczenie biegunki, w zależności od jej nasilenia, może odbywać się w ambulatorium lub szpitalu.

Zaparcia

Do głównych przyczyn zaparć u chorych leczonych z powodu raka jajnika należą:

- zastosowanie chemioterapii,
- przyjmowanie niektórych leków przeciwwymiotnych i przeciwbólowych,
- niewłaściwa dieta,
- niedostateczne spożycie płynów.

Pacjentki najczęściej zgłaszają takie dolegliwości:

- ból brzucha,
- uczucie niepełnego wypróżnienia,
- trudności w wydaleniu stolca,
- niechęć do przyjmowania pokarmów,
- nudności i wymioty,
- pojawienie się hemoroidów.

Postępowanie w przypadku zaparć obejmuje: właściwą dietę, mobilizację chorej do aktywności fizycznej, zastosowanie leków (rozkurczowych, przeczyszczających, zmiękczających masy kałowe).

Hepatotoksyczność (uszkodzenie wątroby)

Leki stosowane w chemioterapii są potencjalnie hepatotoksyczne.

Wątroba odgrywa główną rolę w przetwarzaniu chemioterapii, dlatego pacjentki wymagają monitorowania czynności tego narządu.

Do objawów uszkodzenia wątroby należą:

- złe samopoczucie,
- bóle brzucha,
- obrzęki,
- przebarwienia,
- nadwrażliwość skóry.

Ciężar niepożądanych działań chemioterapii uzależniony jest od wieku pacjentki, stanu odżywienia, obecności przerzutów w mięszu wątroby, współistnienia chorób infekcyjnych, rodzaju przebytego i aktualnego leczenia.

Wskaźnikami uszkodzenia polekowego komórek wątroby jest stężenie: bilirubiny całkowitej, kwasów żółciowych oraz aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT), asparaginowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) i gamma - glutamylotransferazy (GGTP).

Ubytek masy ciała

Powikłanie dotyczy raka jajnika jak i leczenia uzupełniającego. Jej przyczyną są niedobory pokarmowe oraz współtowarzyszące działania niepożądane ze strony układu pokarmowego.

Głównymi objawami nadmiernego ubytku masy ciała jest zmęczenie, zaburzenia metaboliczne, nieprawidłowe wartości elektrolitów, niedokrwistość. Właściwe postępowanie w takich przypadkach to prawidłowa dieta (m.in. uzupełnienie niedoborów elektrolitów).

REAKCJE ALERGICZNE

Reakcje alergiczne na chemioterapię są trudne do przewidzenia.

Objawy pojawiają się na początku leczenia. Najczęściej są to:

- zmiany skórne (zaczerwienienie, świąd, pokrzywka),
- dreszcze,
- gorączka,
- ból głowy i/lub klatki piersiowej,
- ból brzucha,
- spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego,
- kaszel,
- kichanie,
- duszności.

Ilość objawów uczuleniowych zwiększa się wraz liczbą stosowanych kursów i linii chemioterapii.

Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji alergicznych (przed podaniem kolejnego kursu chemioterapii) pacjentkom zaleca się tzw. *premedykację* (środki najczęściej z grupy sterydów i leków osłonowych na przewód pokarmowy).

Postępowanie w reakcji alergicznej to przerwanie wlewu chemioterapii i podanie odpowiednich leków.

Utrata włosów

Wyłysienie należy do najczęstszych dermatologicznych działań niepożądanych chemioterapii. Obejmuje okolicę owłosioną głowy (w tym brwi i rzęsy), okolicę łonową

i dołów pachowych, a niekiedy całe ciało. Stopień nasilenia łysienia zależy od rodzaju i dawki chemioterapeutyku, schematu leczenia i częstości powtarzania kursów. Zaczyna się 2-4 tygodnie po rozpoczęciu leczenia. Około 1-2 miesięcy po zakończeniu chemioterapii włosy odrastają (niekiedy o zmienionym kolorze i strukturze).

Świąd skóry

Wiąże się z poczuciem dyskomfortu połączonym z przymusem drapania się lub pocierania.

Może być objawem choroby, odpowiedzią organizmu na zastosowane leczenie lub reakcją na ekspozycję na czynnik zewnętrzny powodujący reakcję uczuleniową. Aby zmniejszyć objawy świądu skóry stosuje się leki przeciwalergiczne.

Wysypka

Zmiany skórne w postaci grudek, rumienia, plam pojawiają się najczęściej w okolicy twarzy, szyi, ramion i tułowia.

Aby zmniejszyć objawy świądu stosuje się leki przeciwalergiczne.

ZABURZENIA SŁUCHU

Cisplatyna to udokumentowany lek cytostatyczny powodujący upośledzenie słuchu.

Powoduje on szумы uszne oraz przejściowe lub trwałe upośledzenie słuchu.

USZKODZENIE NARZĄDU WZROKU

Lekami stosowanymi w chemioterapii raka jajnika, które uszkadzają narząd wzroku są, m.in.:

- *Cisplatyna*,
- *Cyklofosfamid*,
- *Paklitaksel*.

Te cytostatyki powodują uszkodzenie siatkówki, spojówek i rogówki oraz wywołują zapalenie nerwu wzrokowego.

To może spowodować zmniejszenie ostrości widzenia, niedowidzenie lub ślepotę korową.

Do objawów klinicznych towarzyszących dysfunkcji narządu wzroku można zaliczyć:

- łzawienie,
- niewyraźne widzenie,
- bóle gałki ocznej,
- światłowstręt.

UPOŚLEDZENIE FUNKCJI NEREK

Leczenie cytostatyczne może przyczynić się do upośledzenia pracy, a także do rozwoju przewlekłej niewydolności nerek. Toksyczność chemioterapii ujawnia się

w trakcie leczenia przeciwnowotworowego oraz wiele lat po jej zakończeniu.

Do leków przeciwnowotworowych stosowanych w leczeniu raka jajnika charakteryzujących się najwyższą neurotoksycznością zaliczamy:

- *Cisplatynę*,
- *Karboplatynę*,
- *Gemcytabinę*,
- *Cyklofosfamid*.

Wśród czynników ryzyka nasilających działania niepożądane chemioterapii wymienia się:

- wiek pacjentki,
- palenie papierosów,
- jednoczesne podawanie innych środków upośledzających funkcję nerek.

POWIKŁANIA KARDIOLOGICZNE

Sercowo-naczyniowe powikłania chemioterapii mogą pojawiać się w trakcie lub w krótkim czasie od zakończenia jej podawania. Mogą też mieć charakter przewlekły.

Powikłania kardiologiczne to:

- zmiany w wartościach ciśnienia tętniczego,
- zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego i/lub osierdzia,
- choroby niedokrwienne serca i/lub osierdzia,
- niewydolność mięśnia sercowego.

Częstotliwość występowania powikłań kardiologicznych zależy od rodzaju, całkowitej dawki zastosowanego i schematu podawania leku.

Do czynników ryzyka zwiększających liczbę incydentów powikłań po chemioterapii należą:

- wiek,
- współistniejąca choroba układu sercowo-naczyniowego,
- cukrzyca,
- choroby wątroby,
- niewydolność nerek,
- przyjmowana wcześniej chemioterapia.

Wśród leków onkologicznych stosowanych w chemioterapii raka jajnika (o znanym działaniu kardiotoxycznym) można wyróżnić: *Paklitaksel*, *Cisplatynę*, *Karboplatynę*, *Cyklofosfamid*.

W przypadku podejrzenia powikłań kardiologicznych lekarz może zlecić EKG, echo serca i badania krwi.

Kardiotoxyczność może przyczynić się do pogorszenia jakości życia i wymusić modyfikację leczenia chemioterapeutycznego.

ZABURZENIA GOSPODARKI ELEKTROLITOWEJ

Zarówno nadmiar jak i niedobór elektrolitów może spowodować pogorszenie funkcjonowania organizmu.

Do najczęściej kontrolowanych stężeń elektrolitów w surowicy (przed zaplanowanym podaniem kursu chemioterapii) należą poziomy sodu i potasu.

ZESPÓŁ MĘCZLIWOŚCI ORAZ ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH

Istotną kwestią dotyczącą leczenia przeciwnowotworowego jest występowanie objawu zmęczenia, który może utrzymywać się jeszcze kilka lat po zakończeniu leczenia.

Wśród objawów towarzyszących ogólnemu osłabieniu wymienia się:

- osłabioną koncentrację lub uwagę,
- obniżoną motywację lub zainteresowanie wykonywaniem codziennych czynności,
- zaburzenia pamięci i snu,
- niechęć do wysiłku fizycznego i umysłowego,
- obniżenie nastroju.

Występowanie tych objawów zależy od:

- stanu zaawansowania nowotworu,
- zastosowanego leczenia przeciwnowotworowego,
- zaburzeń emocjonalnych,
- niedokrwistości,
- niedoborów żywieniowych,
- chorób towarzyszących.

Zaburzenia funkcji poznawczych spowodowanych chemioterapią określa się w literaturze jako *chemo-brain* lub *chemo-fog* (tzw. *mgła umysłowa* po chemioterapii).

Taki stan występuje z częstością 17-75 %, ma charakter przejściowy.

Do objawów mgły umysłowej należą zaburzenia dotyczące:

- pamięci,
- czasu reakcji,
- płynności mowy,
- zdolności do wykonywania złożonych czynności,
- koncentracji,
- pamięci wzrokowej lub werbalnej.

Objawy u większości pacjentek mają charakter przejściowy. Występują najczęściej u kobiet powyżej 65 r.ż. oraz u pacjentek otrzymujących uzupełniającą chemioterapię.

Leczenie podtrzymujące

Leczenie podtrzymujące jest wprowadzane przez lekarza w określonym momencie, by wzmocnić efekt działania chemioterapii.

Polega na podaniu terapii, która działa bezpośrednio na komórkę nowotworową (z określoną zmianą genetyczną).

Terapia celowana

Pozwala na zablokowanie kluczowego mechanizmu powodującego rozwój choroby. Wśród dostępnych leków można wyróżnić leki ukierunkowane molekularnie o działaniu antyangiogennym.

Powodują one zahamowanie tworzenia nowych naczyń krwionośnych oraz zmniejszenie istniejącego unaczynienia w obrębie guza. Dzięki temu proces progresji choroby oraz tworzenia przerzutów odległych ulega spowolnieniu. Lekiem z tej grupy jest Bewacyzumab.

Bewacyzumab jest podawany razem z chemioterapią (wraz z taxolem i karboplatyną) u pacjentek w III i IV stopniu zaawansowania, po niekompletnej cytoredukcji.

Lek stosuje się w dawce 7,5 mg na kilogram masy ciała. Dołącza się go standardowo do leczenia chemioterapeutycznego, a następnie kontynuuje w monoterapii (co 3 tygodnie, łącznie do 18 podań) lub do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lek może wydłużyć życie pacjentki lub przedłużyć czas do nawrotu.

Kryteria kwalifikujące do leczenia:

- rozpoznanie histopatologiczne wskazujące na raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej,
- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po zabiegu operacyjnym >1cm,
- niestosowanie wcześniejszej chemioterapii (z powodu raka jajnika), z wyjątkiem chemioterapii neoadjuwantowej,
- dobry stan ogólny pacjentki,
- wiek powyżej 18 roku życia,
- prawidłowe wyniki badania: morfologia krwi (płytki krwi, neutrofile, hemoglobina), układ krzepnięcia (APTT, PT/INR), czynności nerek (kreatyniny), wątroby (bilirubina całkowita, transaminazy),
- wykluczenie ciąży,
- brak innych przeciwwskazań do leczenia paklitaksellem i karboplatyną,
- brak przeciwwskazań do leczenia bewacyzumabem.

Badania zlecane przed wdrożeniem bevacizumabu:

- morfologia krwi z rozmazem;
- oznaczenie w surowicy stężenia:
 - a) mocznika
 - b) kreatyniny
 - c) bilirubiny
- oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),
- oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);
- oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);
- oznaczenie stężenia CA125;
- badanie ogólne moczu;
- próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;
- tomografia komputerowa klatki piersiowej (ew. RTG klatki piersiowej), jamy brzusznej, miednicy mniejszej;
- tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (w przypadku wskazań klinicznych) w celu obrazowania przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego;
- elektrokardiogram (EKG);
- pomiar ciśnienia tętniczego;
- inne badania w zależności od wskazań lekarskich.

Do najczęstszych działań niepożądanych w trakcie stosowania bevacizumabu należą:

- nadciśnienie tętnicze,
- zmęczenie,
- osłabienie,
- biegunka
- ból brzucha*

*Wg nowych wytycznych Ministerstwa Zdrowia, od 01.11.2022 bevacizumab stosuje się w skojarzeniu z olaparibem u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) w stopniu zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej.

Leczenie bevacizumabem rozpoczyna się nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii w dawce 15 mg/kg masy ciała dożylnie, co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie.

Leczenie olaparybem w maksymalnej dawce dobowej 600 mg rozpoczyna się nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bevacizumabem.

Leki z grupy inhibitorów PARP

W leczeniu podtrzymującym bardzo ważną rolę odgrywają inhibitory PARP. W Polsce w leczeniu raka jajnika zarejestrowano *olaparib* oraz *niraparib*.

Działanie inhibitorów PARP polega na blokowaniu mechanizmów reperacyjnych (*enzymu PARP – polimerazy poli-ADP-rybozy*) komórki nowotworowej uszkodzonej w wyniku chemioterapii.

Dzięki temu w komórce nowotworowej następuje kumulacja uszkodzeń materiału genetycznego i nie jest ona w stanie się zregenerować.

Inhibitory PARP znalazły swoje zastosowanie u pacjentek po pierwszej i drugiej linii chemioterapii, niezależnie od statusu mutacji BRCA1/2.

Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć do 12 tygodni od zakończenia chemioterapii opartej na związkach platyny.

Geny BRCA1/2 odpowiadają za syntezę białek odpowiadających za naprawę uszkodzonego DNA.

Wyróżnia się dwa typy mutacji:

- **somatyczne** (powstają spontanicznie i nazywane są niedziedzicznymi)
- **germinalne** (dziedziczne).

Materiał tkanki guza pobrany w trakcie zabiegu operacyjnego jest przekazywany do badania histopatologicznego i genetycznego (w celu wykrycia mutacji BRCA1/2 patogennej lub prawdopodobnie patogennej).

Kryteria kwalifikacji do leczenia podtrzymującego u pacjentek z pierwotnie rozpoznany rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej u pacjentek z obecnością mutacji patogennej lub prawdopodobnie patogennej, somatycznej lub germinalnej, w genach BRCA1/2 (olaparibem lub niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD) (niraparybem):

- rozpoznanie histopatologiczne wskazujące na raka jajnika w stopniu III/IV wg FIGO o stopniu zróżnicowania histopatologicznego G2/G3, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;
- stopień zaawansowania III wg FIGO, u pacjentek z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach BRCA1/2 bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu);
- stopień zaawansowania III wg FIGO, po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu);
- stopień zaawansowania III/IV wg FIGO, u pacjentek z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach BRCA1/2 (w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu) po chemioterapii neoadjuwantowej;
- stopień zaawansowania IV wg FIGO (w przypadku olaparybu u pacjentek z mutacją BRCA albo niraparybu dla wszystkich pacjentek zarówno z mutacją jak i bez mutacji);

- w skojarzeniu: olaparyb z bewacyzumabem u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);
- całkowita lub częściowa (wg kryteriów radiologicznych - RECIST 1.1) odpowiedź na chemioterapię I linii, u pacjentek leczonych wg schematu opartego na pochodnych platyny;
- dobry stan ogólny;
- wiek powyżej 18 roku życia;
- wykluczenie ciąży;
- odpowiedni poziom wartości laboratoryjnych.

Badania zlecane przed wdrożeniem olaparibu/niraparibu:

- morfologia krwi z rozmazem;
- oznaczenie w surowicy stężenia: mocznika, kreatyniny, bilirubiny;
- oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),
- próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacji).

Do najczęstszych działań niepożądanych w trakcie stosowania olaparibu/niraparibu należą:

- nudności,
- zmęczenie,
- wymioty,
- biegunki,
- ból brzucha.

Badania diagnostyczne po leczeniu

Po zakończonym leczeniu pacjentka zostaje skierowana do poradni ginekologii onkologicznej, w której odbywa regularne wizyty, w trakcie których zgłasza wszystkie niepokojące objawy:

- (- powiększenie obwodu i bóle brzucha,
- zmęczenie,
- zaparcia,
- nudności).

Lekarz, jeśli jest taka potrzeba, zleca dodatkowe badania (**laboratoryjne, obrazowe**).

Po zakończeniu chemioterapii I linii przeprowadza się badanie lekarskie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz badanie przedmiotowe (badanie fizykalne):

- w pierwszych 2 latach - co 3 miesiące,
- w 3. roku – co 4 miesiące,
- w 4. i 5. roku – co 6 miesięcy.

Leczenie nawrotu raka jajnika

Wznowa procesu nowotworowego

U części kobiet z rakiem jajnika, pomimo wdrożonego leczenia, dochodzi do wznowy choroby.

Ważne jest, by pamiętać, że nie musi dojść do nawrotu i że jest on zaliczany do kolejnego etapu leczenia.

Kiedy leczenie wkracza w etap nawrotu, w organizmie ponownie pojawiają się komórki rakowe.

Nawrót procesu nowotworowego może mieć charakter miejscowy – kiedy komórki rakowe pojawiają się w jednej lokalizacji, a także odległy – gdy te komórki występują w różnych miejscach w organizmie.

Nawrót choroby często daje takie same lub podobne objawy, jak na początku rozpoznania.

Dlatego niezwykle istotne jest, aby zwracać uwagę na swoje dolegliwości.

W momencie pojawienia się wznowy, raka jajnika traktujemy jako chorobę przewlekłą oraz nieuleczalną.

Ważne, aby zrozumieć, że choroba nieuleczalna może oznaczać wiele lat życia z chorobą (dlatego nazywana jest przewlekłą).

Całkowite wyleczenie w momencie wznowy jest niemożliwe, ale możliwe jest uzyskanie wielomiesięcznych okresów wolnych od objawów choroby.

Nawrót raka jajnika oznacza wejście w etap choroby przewlekłej z okresami zaostrzeń objawów oraz ich ustępowania.

Jeśli podejrzenie nawrotu zostanie potwierdzone, rozpoczyna się kolejny etap leczenia.

Leczenie wznowy jest uzależnione od wielkości, lokalizacji i rozległości nowotworu oraz rodzaju leczenia pierwotnego.

Wśród metod leczenia wznowy raka jajnika bierze się pod uwagę:

- leczenie chirurgiczne,
- chemioterapię,
- hormonoterapię,
- radioterapię
- leczenie celowane
- a także różne kombinacje tych metod.

Decyzja dotycząca postępowania podejmowana jest indywidualnie i dostosowana do pacjentki.

Chirurgiczne leczenie nawrotowego raka jajnika

Kwalifikacja do ponownego zabiegu operacyjnego wymaga spełnienia określonych warunków.

Tylko te pacjentki, u których jest możliwe całkowite wycięcie zmiany nawrotowej, osiągają korzyść z leczenia chirurgicznego.

Czynniki decydujące o wyborze leczenia chirurgicznego to:

- **charakter wznowy,**
- **czas bez progresji choroby** (przynajmniej 6 miesięcy),
- **dobry stan ogólny pacjentki,**
- **brak resztek nowotworowych po pierwotnej cytoredukcji,**
- **brak wodobrzusza** (w trakcie rozpoznania nawrotu).

W przypadku zagrożenia życia (niedrożność jelit, krwawienie z dróg rodnych) wykonuje się zabiegi operacyjne w trybie pilnym – w ramach chirurgii paliatywnej wyłonienie stomii, zespolenie omijające.

Chemioterapia

U pacjentek, które nie zostaną zakwalifikowane do leczenia operacyjnego, należy rozważyć chemioterapię.

Wybór rodzaju chemioterapii zależy od czasu, który upłynął od zakończenia I linii chemioterapii do nawrotu; od działań niepożądanych, które miały miejsce w trakcie I linii leczenia systemowego oraz od stanu ogólnego pacjentki.

Wyróżnia się cztery grupy pacjentek (zależność od czasu, który minął od zakończenia I linii chemioterapii do nawrotu):

- **platynowrażliwe** – nawrót nastąpił powyżej 12 miesięcy od zakończenia I linii chemioterapii
- **częściowo wrażliwe na platynę** – nawrót nastąpił 6-12 miesięcy od zakończenia I linii chemioterapii
- **oporne na platynę** – nawrót nastąpił w okresie do 6 miesięcy od zakończenia I linii chemioterapii
- **niewrażliwe na leczenie platyną** – progresja choroby nastąpiła w trakcie leczenia I linii chemioterapii lub w czasie 4 tygodni od jej zakończenia

Po przeanalizowaniu historii choroby, lekarz może zdecydować o wdrożeniu kolejnej linii chemioterapii.

Ze względu na platynowrażliwość oraz częściową wrażliwość na platynę, wprowadza się program lekowy oparty na pochodnych platyny (*karboplatyna, cisplatyna*).

Pozostałe leki stosowane w II linii chemioterapii, u pacjentek platynowrażliwych i platynoopornych to:

- paclitaxel,
- liposomalna doksorubicyna,
- gemcytabina,
- topotekan.

Leki stosowane w II linii chemioterapii i ich możliwe działania niepożądane:

nazwa leku	najczęstsze działania niepożądane
Pegylowana doksorubicyna	zmiany skórne rąk i stóp, zmiany płytek paznokci, utrata owłosienia, zapalenie jamy ustnej, neutropenia, małopłytkowość
Gemcytabina	nudności, wymioty, duszności, świąd skóry, podwyższone wartości enzymów wątrobowych
Topotekan	nudności, wymioty, utrata włosów, biegunka, neutropenia, niedokrwistość, przewlekłe zmęczenie

Leczenie podtrzymujące

W leczeniu podtrzymującym bardzo ważną rolę odgrywają inhibitory PARP.

Działanie inhibitorów PARP polega na blokowaniu mechanizmów reperyacyjnych (enzymu PARP – polimerazy poli-ADP-rybozy) komórki nowotworowej uszkodzonej w wyniku chemioterapii.

Dzięki temu w komórce nowotworowej następuje kumulacja uszkodzeń materiału genetycznego i nie jest ona w stanie się zregenerować.

Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć do 12 tygodni od zakończenia chemioterapii.

Kryteria kwalifikacji do leczenia podtrzymującego olaparibem u pacjentek z nawrotowym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej u pacjentek z obecnością mutacji patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej, somatycznej lub germinalnej, w genach BRCA1/2.

1. Rozpoznanie histopatologiczne wskazujące na raka jajnika o stopniu zróżnicowania histopatologicznego G2/G3, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej.
2. Platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).

3. Wcześniejsze leczenie, przynajmniej dwóch linii chemioterapii, oparte na pochodnych platyny.
4. Całkowita lub częściowa wg kryteriów radiologicznych - RECIST 1.1, odpowiedź na leczenie po ostatniej linii leczenia z udziałem pochodnych platyny.
5. Dobry stan ogólny.
6. Wiek powyżej 18 roku życia.
7. Wykluczenie ciąży.
8. Odpowiedni poziom badań laboratoryjnych.

Możliwe jest zastosowanie niraparybu u wszystkich pacjentek bez względu na obecność/brak mutacji.

Hormonoterapia

Hormonoterapia w leczeniu wspomagającym ma na celu spowolnienie rozwoju nowotworu i poprawę jakości życia.

Komórki rakowe wrażliwe na hormony posiadają receptory hormonalne.

Leki stosowane w hormonoterapii modulują przekazywanie sygnału poprzez oddziaływanie z receptorami hormonów płciowych i zmniejszają aktywność hormonalną danej tkanki.

Leki hormonalne, które znalazły zastosowanie w leczeniu raka jajnika to:

- selektywne modulatory receptora estrogenowego – *tamoxifen*,
- inhibitory aromatazy – *letrozol*,
- analogi gonadoliberyny – *goserelina*.

Radioterapia

Radioterapia ma ograniczone zastosowanie w raku jajnika (ze względu na umiarkowaną promieniowrażliwość oraz rozsiew wewnątrztrzewnowy).

Metoda ta znalazła zastosowanie w leczeniu izolowanych nawrotów w miednicy mniejszej, po wcześniejszym zabiegu operacyjnym i chemioterapii oraz w leczeniu paliatywnym (kiedy zostały wyczerpane inne możliwości terapii, a lokalizacja przerzutów stanowi zagrożenie życia – np. przerzuty do mózgu, zespół żyły głównej górnej).

Leczenie kolejnych nawrotów

Nawrotowy rak jajnika jest chorobą przewlekłą. Nawrót choroby potwierdzony w badaniach obrazowych (zmiany widoczne w TK lub MR) i laboratoryjnych (wzrost markerów

nowotworowych, w tym Ca 125 i HE4) przyczynia się do wdrożenia kolejnych metod terapeutycznych.

Na wybór ścieżki leczniczej ma wpływ:

- stan ogólny pacjentki,
- pozostające działania niepożądane (w postaci objawów klinicznych i nieprawidłowych badań laboratoryjnych po poprzednich liniach leczenia),
- lokalizacja wznowy.

Wśród metod leczenia można wyróżnić

- chirurgię paliatywną,
- chemioterapię,
- hormonoterapię,
- radioterapię,
- immunoterapię
- terapię celowaną.

Dzięki nowym terapiom (immunoterapia i terapia celowana) możliwe jest uzyskanie wieloletnich okresów wolnych od objawów choroby.

Ginekologzy-onkologzy stosują wiele metod leczenia. Nawet przy występowaniu kolejnych nawrotów można normalnie funkcjonować i żyć z chorobą wiele lat.

Okresy zaostrzeń objawów choroby będą przeplatać się z okresami ich ustępowania. Należy być pod stałą opieką lekarza.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Do opieki hospicyjno-paliatywnej kwalifikowane są pacjentki, które, ze względu na postęp choroby i swój stan ogólny, nie kwalifikują się do dalszego leczenia przyczynowego.

Opieka sprawowana jest tu przez interdyscyplinarny zespół obejmujący, poza lekarzem i pielęgniarką, także fizjoterapeutę, psychologa, pracownika socjalnego i wolontariusza.

Opieka paliatywna ma za zadanie:

- pielęgnację chorej,
- profilaktykę i leczenie objawów wynikających z postępu choroby (utrata masy ciała, niedożywienie, dolegliwości bólowe, niedrożność jelit, zaburzenia oddawania moczu),
- poprawę jakości życia,
- wsparcie pacjentki i jej rodziny.

W Polsce, w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej, funkcjonują poradnie opieki paliatywnej, hospicja domowe, hospicja lub oddziały medycyny paliatywnej w szpitalach.

Do opieki w ramach ambulatorium medycyny paliatywnej kwalifikuje się pacjentki w stabilnym stanie ogólnym, które są w stanie zgłaszać się na systematyczne wizyty kontrolne (**nie częściej niż 1 raz w tygodniu**).

W momencie pogorszenia stanu ogólnego, kiedy wizyty lekarskie i pielęgniarskie powinny być częstsze, pacjentki są kierowane do hospicjum domowego.

W ramach hospicjum domowego pacjentka może liczyć na:

- wizyty domowe lekarskie i pielęgniarskie;
- przepisywanie i przedłużanie leków;
- zlecenie badań laboratoryjnych;
- wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego;
- leczenie przeciwbólowe;
- opiekę psychologiczną pacjentki oraz jej rodziny.

Minimalna ilość wizyt przewidzianych w ramach opieki hospicjum domowego to 2x w miesiącu (w przypadku lekarza) i 2x w tygodniu (w przypadku pielęgniarki).

Gdy stan chorej się pogorszy i nie będzie możliwa opieka w ramach hospicjum domowego, pacjentka może zostać skierowana na oddział opieki paliatywnej (na okres do 10 dni) lub do hospicjum stacjonarnego (opieka całodobowa).

Skierowanie do placówek opieki paliatywno-hospicyjnej wystawia lekarz rodzinny, onkolog kliniczny lub ginekolog-onkolog (przy wypisie ze szpitala lub w trakcie wizyty ambulatoryjnej - po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i po zbadaniu pacjentki).

Chirurgia paliatywna

W przypadku zagrożenia życia (w wyniku niedrożności jelit, krwawienia z dróg rodnych) wykonuje się zabiegi operacyjne w trybie pilnym, w ramach chirurgii paliatywnej (np. wyłonienie stomii, zespolenie omijające).

Stomia

Stomia (przetoka) jelitowa jest połączeniem światła przewodu pokarmowego ze skórą. Na każdym etapie operacyjnego leczenia raka jajnika, chirurg może podjąć decyzję o jej wytworzeniu.

Jednym z głównych celów operacji raka jajnika, jest całkowite wycięcie lub pozostawienie jak najmniejszej choroby resztkowej.

W zakresie przewodu pokarmowego do najczęstszych odcinków zajętych przez nowotwór jest odcinek esicy,

odbytnicy oraz jelito kręte i wstępnica, ponieważ w aspekcie anatomicznym, znajdują się w okolicy narządu rodnego. Stomia jelitowa może być także elementem operacji ratunkowej w trakcie np., niedrożności jelitowej czy też w trakcie trudno leczących się przetok np. odbytniczo-pochwowej, odbytniczo-pęcherzowej.

Przed każdym zabiegiem operacyjnym, pacjentka zostanie poproszona o wyrażenie zgody na wytworzenie stomii jelitowej.

Lekarz postara się w trakcie rozmowy udzielić szczegółowych informacji w oparciu o indywidualną sytuację, zaś pacjentka nie powinna się bać zapytać o wyjaśnienie najbardziej nurtujących kwestii.

Przed zabiegiem operacyjnym pielęgniarka oznaczy flamastrem na skórze miejsce, gdzie może być wytworzona potencjalna stomia.

Wśród stomii jelitowych, ze względu na miejsce jej wytworzenia, można wyróżnić:

- stomię odprowadzającą – stanowi zastępczą drogę do odprowadzenia kału
- stomia kałowa w obrębie jelita grubego – kolostomia
- stomia kałowa w obrębie jelita cienkiego – ileostomia, jejunostomia
- stomia odżywcza – stanowi drogą do wprowadzenia substancji odżywczych do światła przewodu pokarmowego, w wyniku niemożności samodzielnego odżywiania
- gastrostomia

Ze względu na przedział czasowy utrzymania stomii wyróżniamy:

- stomię czasową – jej wytworzenie ma stworzyć lepsze warunki do zagojenia zespolenia na innym odcinku jelita grubego
- stomię definitywną – np. w przypadku objęcia przez proces nowotworowy odbytnicy

Z uwagi na konsystencję kału, po wytworzeniu kolostomii pacjentka może się spodziewać, zbitych, sformowanych stolców, w odróżnieniu od wodnistych, rzadkich po wytworzeniu ileostomii. Stolec będzie wypływał do specjalnych worków naklejanych szczelnie na skórę w okolicy stomii.

Pielęgniarka stomijna z pewnością udzieli wszystkich informacji na temat opieki nad stomią, wymiany worków stomijnych, czy zapotrzebowania na produkty stomijne.

Pierwszy sprzęt stomijny wypisuje zawsze chirurg, w momencie wyjścia ze szpitala

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/odzywianie-osob-ze-stomia>.

Problemy natury psychicznej

W trakcie leczenia onkologicznego bardzo ważne jest zadbanie o psychikę, bo to od niej zależy, ile pacjentka ma energii i w jaki sposób przechodzi przez proces leczenia.

Zadbanie o dobrostan psychiczny jest jednym z priorytetów. Troska o zdrowie psychiczne dotyczy także osób, które towarzyszą chorej w procesie zdrowienia.

Kiedy pacjentka nie radzi sobie w życiu codziennym, a każda zwykła czynność sprawia jej kłopot (chce tylko leżeć, bo wszystko przestało mieć sens), konieczna jest pomoc specjalisty (na przykład psychoonkologa, psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, interwenta lub coacha kryzysowego). Taki stan świadczy o tym, że osoba chora przeżywa kryzys psychiczny, z którego bardzo trudno jest wyjść samemu.

W szpitalach onkologicznych jest możliwość skorzystania z wizyty u psychoonkologa. Można skorzystać z takiej pomocy odpłatnie.

Wiele fundacji i stowarzyszeń prowadzi bezpłatną pomoc psychologiczną (np. *Rak'nRoll* czy *Onkocafe*). Kryzys psychiczny może zamienić się w depresję i wtedy konieczne jest zastosowanie leczenia farmakologicznego.

Warto skorzystać z pomocy, by uniknąć pojawienia się objawów depresji.

Czy można poprawić swoje samopoczucie psychiczne?

W trakcie leczenia można bardzo dużo dla siebie zrobić – prowadząc odpowiedni tryb życia, pielęgnując odporność psychiczną, rozwijając wspierające sposoby myślenia oraz kształtując umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami.

Samopoczucie psychiczne zmienia się i jego stan zależy od wielu czynników (w dużym stopniu od naszego nastawienia, czyli od tego, jak myślimy o sobie i o tym, co się nam przytrafia). Ludzką mocą jest umiejętność kontroli swojego stanu. Człowiek potrafi nauczyć się pracować ze swoim nastawieniem, lepiej radzić sobie z trudnymi myślami oraz emocjami.

Więcej na ten temat: www.ruchspoleczny.org.pl (zakładka – wsparcie psychologiczne).

Co zrobić, gdy samopoczucie się pogarsza?

Jeśli samopoczucie się pogarsza, warto skorzystać z pomocy specjalisty i powiedzieć o tym swojemu lekarzowi. Jeśli pojawia się kryzys psychiczny lub depresja – potrzebna jest pomoc psychologa, psychoonkologa, terapeuty lub coacha kryzysowego, psychiatry.

Depresja to poważna choroba, ale można ją wyleczyć. Nie znika sama. Szybka interwencja daje możliwość szybszego powrotu do zdrowia.

Jak owoić strach?

Takie emocje informują nas że coś, co jest dla nas ważne – jest zagrożone. To może być zdrowie, życie (własne lub bliskich). Są ważnym sygnałem mówiącym o odczuwaniu niezgody na to, co się dzieje. Mogą być wynikiem odczuwania poczucia winy - żałowania jakiś decyzji.

Takie emocje pojawiają się w życiu każdego z nas. Są naturalne. Ważne jest, by je zaakceptować jako swoje. Informują nas o czymś ważnym, prowokują do konkretnych działań.

Zrozumienie siebie, swoich emocji, swoich potrzeb wymaga czasu. Emocje mijają, taka ich natura. Dobrze jest wiedzieć, co można zrobić, by ten proces przyspieszyć. Lęk i strach powstają w naszej głowie i nie wydarzają się w rzeczywistości.

Dzięki ćwiczeniom oddechowym i aktywności fizycznej można łatwo wyciszyć lęk/strach. Warto dotrzeć do jego źródła.

Aby zrozumieć skąd bierze się lęk/strach, warto zrobić przestrzeń i znaleźć czas na bycie z tą emocją i usłyszenie odpowiedzi na pytanie: Czego mi brak?

Strach osłabia nas psychicznie. Gdy się pojawia, dobre jest działanie (zrobienie czegoś dobrego dla siebie lub dla kogoś).

Leczenie psychiatryczne

Leczenie psychiatryczne bywa zalecane przez psychologów czy innych specjalistów od zdrowia psychicznego, ponieważ duży stres potrafi zaburzyć funkcjonowanie naszego umysłu i nagle wszystko robi się trudne.

Rozmowy i wsparcie psychiczne pomagają wtedy, kiedy mamy dostęp do wszystkich swoich zasobów umysłowych.

Silny stres blokuje nam doświadczenie do tych zasobów, pojawiają się problemy z pamięcią, logicznym myśleniem, podejmowaniem decyzji, z wstawaniem łóżka, wykonywaniem codziennych obowiązków.

Pojawia się apatia, smutek i wszystko wydaje się być bez sensu.

Gdy pacjent jest w takim stanie, doświadczony specjalista od zdrowia psychicznego kieruje go do psychiatry.

Nowoczesne leki pomagają przywrócić dostęp do zasobów umysłowych, odgonić wszechogarniający smutek i odzyskać panowanie nad własnym życiem.

Zaakceptować chorobę?

Akceptacja to przyjęcie do wiadomości tego, jaką jestem osobą i co się w moim życiu wydarza.

Jeśli coś akceptujemy – jesteśmy świadomi, że to jest teraz w moim życiu.

Zaczynamy dostrzegać swoją moc, która nas uzdalnia do zrobienia czegoś z tym, co jest. Jeśli chory nie akceptuje choroby – uznaje ją za nieistniejącą.

W jaki sposób może wówczas się leczyć? Dostaje leki, ale jego mózg nie wspiera go w zdrowieniu.

Pozytywne nastawienie to wynik akceptacji tego, co się dzieje oraz zdolność do odczuwania nadziei, że leczenie pomoże. To jest również forma wzmacniania wiary w siebie.

Leczenie to nie tylko leki i zabiegi, ale także, w dużej mierze, nastawienie i wszystko, co pozwala oswoić chorobę. To naturalne, że budzi się wtedy wiele emocji i rodzi wiele pytań. Oswojenie się z sytuacją (na przykład z chorobą) ma wielką moc i duże znaczenie w leczeniu i zdrowieniu oraz w zmianie jakości życia.

Kiedy adaptujemy się do nowej sytuacji, czyli się z nią oswajamy, dajemy sobie możliwość odczuwania mniejszego stresu (np. regularne badania to oswojanie się ze stresem wynikającym z czekania na wynik).

Zagubienie – czy to normalne?

Tak, to jest normalna reakcja naszego organizmu na coś, co jest dla nas bardzo trudne.

Ważne jest, by w takim stanie lepiej zadbać o siebie pod każdym względem i poszukać wsparcia wśród bliskich osób lub u specjalisty.

Jak odzyskać spokój?

Spokój przychodzi, gdy przestajemy walczyć ze sobą. Nie musimy i nie możemy mieć kontroli nad wszystkim.

Warto zrozumieć, że na wiele spraw i sytuacji nie mamy wpływu. Wtedy łatwiej jest przestać się tym martwić. Dużo lepiej jest skupić swoją uwagę i myśli na tym, co naprawdę od nas zależy. To jedyna droga do odzyskania spokoju.

Warto skupić się na własnym ciele i aktywności ruchowej. To jest bardzo pomocne w odzyskiwaniu spokoju – świadomość własnego ciała i dobre zmęczenie aktywnością fizyczną (np. długi spacer, bieg, jazda na rowerze, taniec, pływanie).

Poprawę nastroju przynosi skupienie się na tym, co daje radość oraz zaangażowanie się w realizację własnych marzeń.

Rak jajnika a kobiecość

Rak jajnika dotyka bardzo intymnej sfery życia. Ważne jest, by pamiętać, że brak narządów rodnych nie zmienia faktu, że jest się kobietą. Ważne jest, by czuć się ze sobą dobrze.

Wiele pacjentek z rakiem jajnika często dzieli się tym, jak istotne jest dbanie o swoją kobiecość (założenie sukienki czy zrobienie makijażu). Najlepiej robić to, co jest w zgodzie z tym, co się czuje.

Informacja dla rodzin – jak wspierać w chorobie, smutku, trudnej sytuacji?

Każdy z nas może dać wsparcie innej osobie. Ważna jest chęć udzielenia pomocy oraz umiejętność słuchania osoby potrzebującej.

W pomaganiu osobie chorej mogą pomóc pytania:

- Co teraz mogę dla ciebie zrobić?
- Czego potrzebujesz ode mnie?
- Czego teraz potrzebujesz, żeby poczuć się lepiej?

Czasem mamy dobre chęci, ale nie znamy konkretnych potrzeb drugiej osoby. Nie będziemy wtedy mogli skutecznie pomóc.

Wszystkie decyzje podejmuje osoba chora i one wynikają z jej potrzeb lub możliwości. Nie wolno forsować swoich rozwiązań w sposobie leczenia czy codziennego funkcjonowania.

Osobę chorą należy traktować tak, jak przed chorobą. Rozmowa jest podstawą wspierania.

Jeśli chora potrzebuje pomocy i nie słyszy pytań o swoje potrzeby, warto, by je komuś zakomunikowała. Czasem to wystarczy, żeby dostać to, czego w danej chwili potrzeba.

W udzielaniu pomocy ważna jest wiedza dotycząca choroby, na którą cierpi bliska osoba. Czas choroby jest wymagający nie tylko dla osoby chorej, ale również dla jej otoczenia.

Rozmowy o śmierci

Warto rozmawiać o śmierci, by zmniejszyć strach przed nią. Rozmowa pomaga nam się oswoić z trudnymi tematami i często przynosi ulgę.

Śmierć to ważny element życia. Można o niej pomyśleć jak o zakończeniu czegoś, co było dobre i wartościowe.

Warto nie tylko rozmawiać, ale też czynić przygotowania, spisać testament (poczuć, że ważne sprawy są wypowiedziane).

Trzeba zadbać o to, by każdy dzień życia, który pozostał, był piękny, godny i pełen naturalności. Można myśleć o śmierci jak o końcu życia, jak o pewnym etapie lub jak o celebracji życia, które przemija i zostawia po sobie miłość, życzliwość, wdzięczność i radość wspólnie spędzonych chwil.

Istotne jest zastanowienie nad tym, czego się chce i potrzebuje oraz zadbanie o spełnienie tych potrzeb. W obliczu choroby myśli o śmierci są naturalne.

Trzeba jednak działać i robić wszystko, aby leczenie przebiegało efektywnie. Ważna jest jakość życia, możliwość normalnego funkcjonowania i cieszenie się każdą chwilą.

Anna ze Stowarzyszenia SANITAS:

Po operacji nie mogłam się odnaleźć. Długo do siebie dochodziłam fizycznie i psychicznie. Miałam wahania nastroju. Czułam smutek, załamanie, poczucie braku własnej wartości.

Szłam na spacer z dala od ludzi, siadałam na trawce przy rzece i płakałam. Tak - to był planowany, kontrolowany, lecz oczyszczający płacz. Choć wtedy śmiałam się z tego płaczu, on mi bardzo pomógł.

Do kliniki wracałam regularnie na kontrole. Za każdym razem emocje wracały, jakby to się wydarzyło tydzień temu. Odczuwałam wszystko na nowo. Do tego dochodził stres związany z oczekiwaniem na wyniki. Zapach, który czułam wchodząc na oddział, powodował natychmiastowe mdłości. Powoli dochodziłam do formy fizycznej.

Przeżycie choroby, jaką jest rak jajnika sprawiło, że ani ja, ani moje życie już nigdy nie będzie takie samo. Zaakceptowanie choroby było długim procesem. Oswojenie jej spowodowało nieodwracalne zmiany na wielu płaszczyznach mojego życia i dokonało licznych przemian we mnie. Urodziłam się ponownie a przeszłe sprawy uległy przewartościowaniu. Zmieniło się całkowicie moje postrzeganie świata: otoczenia, nawyków, ludzi. Poczulałam się tak, jakby życie przed chorobą nie istniało. Rak pomógł mi zrozumieć, że nic nie trwa wiecznie i niczego nie otrzymaliśmy na własność. Może to zabrzmiało banalnie, ale dopiero teraz żyję pełnią życia, postrzegam świat po nowemu, odbieram wszystko na „innych falach”. Zwracam uwagę na to, czego wcześniej nie zauważałam.

Polecam ten poradnik wszystkim kobietom, które potrzebują merytorycznego wsparcia, skutecznych metod rehabilitacji i pewnego towarzysza na drodze do oswojenia się z chorobą – rakiem jajnika.

Małgorzata ze Stowarzyszenia Eurydyki:

Gdy usłyszałam diagnozę, miałam 44 lata. Choć od tego dnia minęło kilka lat, dobrze pamiętam mieszankę tamtych uczuć i emocji: strach, niedowierzanie, panika.

Doświadczyłam bezradności – „zapadnięcia się”. Wtedy na pierwszy plan wyłoniło się najważniejsze. To była moja rodzina. Zdałam sobie sprawę, że mam dla kogo żyć. Skupiłam się właśnie na tym, aby przetrwać trudny czas choroby. Podczas leczenia bywało trudno, ale dałam radę.

Dziś zauważam wiele pozytywnych stron mojej choroby. Aby je zobaczyć, potrzebowałam czasu i umiejętności spojrzenia na siebie z innej perspektywy. Kluczowe jest, aby działać krok po kroku, zadanie po zadaniu, wtedy proces leczenia jest mniej przytłaczający.

Katarzyna ze Stowarzyszenia Eurydyki:

O nowotworze jajnika dowiedziałam po zrobieniu USG jamy brzusznej. Na początku byłam przerażona – tyle się słyszy o nowotworach. „Nie ja!” – powtarzałam. „Mnie to nie dotyczy, mam dopiero 40 lat”.

Cały świat stanął do góry nogami: przeszłam operację, przyjmowałam chemioterapię.

Teraz jestem pod opieką wspaniałych lekarzy i pielęgniarek. Na zawsze zachowam w sercu słowa wypowiedziane do mnie przez jednego z lekarzy: „Dopóki walczysz, jesteś zwycięzcą!”

Walczę, bo muszę żyć. Mam małe dziecko, które bardzo kocham, a ono mnie potrzebuje.

Wyniki są dobre. Oby tak dalej!

Jestem wolontariuszką w Stowarzyszeniu Eurydyki. Tam czuję, że nie jestem sama. Tu nie brakuje pozytywnej energii, którą obdarzamy siebie nawzajem oraz nowe pacjentki.

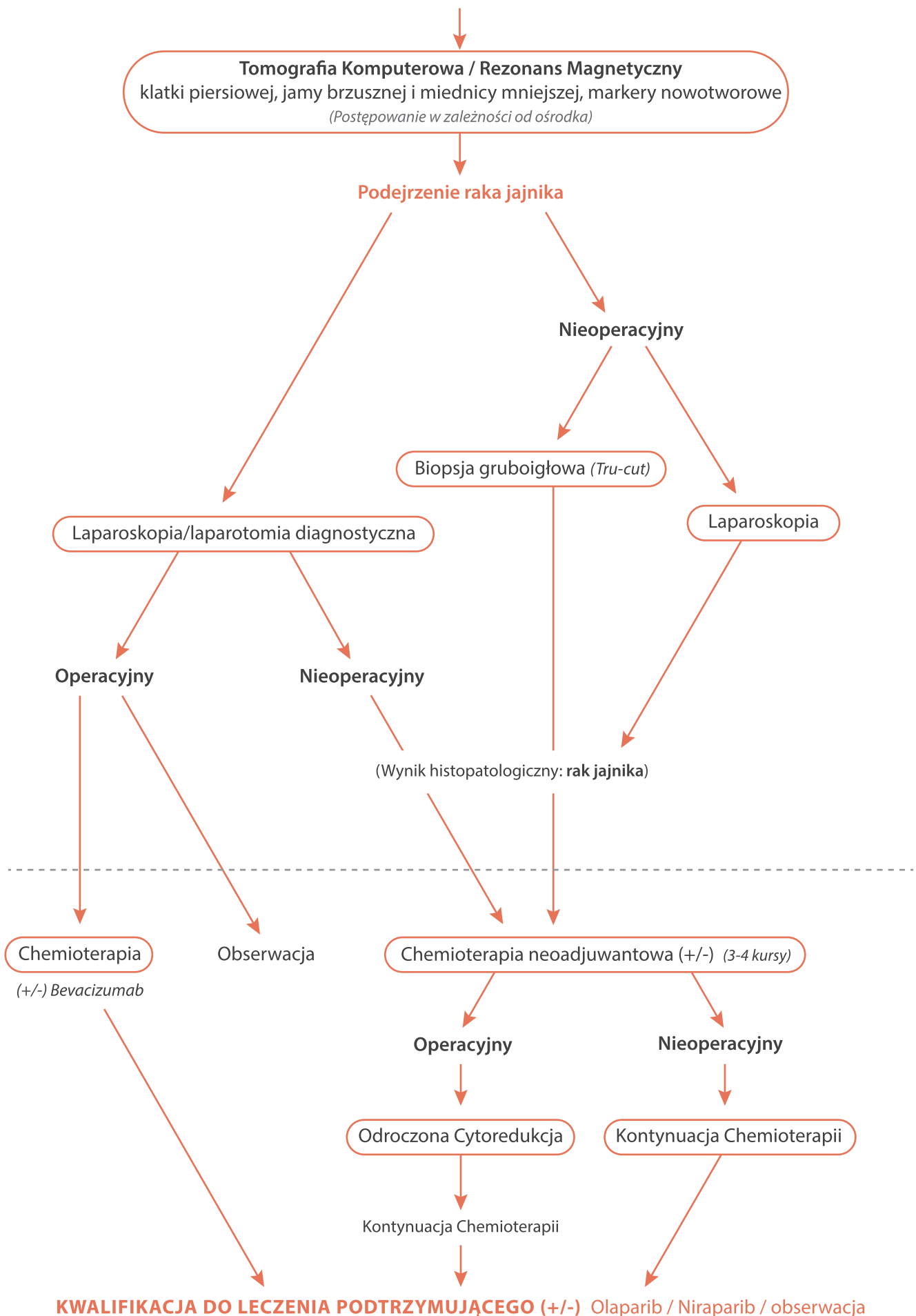
Więcej historii innych kobiet znajdziesz w książce wydanej przez stowarzyszenie Niebieski Motyl pt.: „Jak motyl. Odczarować mity”.

Książkę możesz pobrać ze strony stowarzyszenia: www.niebieskimotyl.pl



ŚCIEŻKA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA PACJENTEK Z RAKIEM JAJNIKA

PODEJRZANY GUZ PRZYDATKÓW W USG, ROZSIANY PROCES NOWOTWOROWY



LISTA OŚRODKÓW

Poniżej lista polecanych przez nas ośrodków. Szczegółowe kryteria ich wyboru znajdziesz na stronie:
<https://centrumkryzysowe.org.pl/rak-jajnika/gdzie-rozpoznać-leczenie/>

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Plac Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław

numer telefonu do rejestracji: 71 36 89 571, 71 36 89 270, 71 36 89 572

numer telefonu do sekretariatu oddziału nowotworów onkologicznych: 71 368 94 07



WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

ul. Świętego Józefa 53-59, 97-100 Toruń

numer telefonu do rejestracji: 56 679 33 87

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 56 679 32 22, 56 679 32 18

pielęgniarka koordynująca na oddziale: 56 679 32 25

Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

ul. dr Izabeli Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz

numer telefonu do rejestracji: 52 374 31 10

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 52 374 33 94

koordynatorka na oddziale: 52 374 33 95

WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

numer telefonu do rejestracji: 81 718 21 21

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 81 724 42 68

e-mail do sekretariatu oddziału: oddzial.ginekologii@spsk4.lublin.pl

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

ul. Staszica 14 a, 20-081 Lublin

numer telefonu do rejestracji: 81 534 97 39

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 81 532 78 47

e-mail do sekretariatu oddziału: ginekologia@usk1.pl

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

ul. Doktora Kazimierza Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin

numer telefonu do rejestracji: 81 454 15 00, 81 454 15 01, 81 454 15 02

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 81 454 11 99

WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.

ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra

numer telefonu do rejestracji: 533 322 316, 537 258 920

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 68 329 64 58

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź

numer telefonu do rejestracji: 42 200 62 62

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 42 271 11 31, 42 271 11 61, 42 271 11 64

koordynator opieki onkologicznej: 42 271 17 23, 42 271 18 94

Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera w Łodzi

ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź

numer telefonu do rejestracji: 42 676 17 74 wew. 297

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii operacyjnej i zachowawczej: 42 677 50 91

e-mail do sekretariatu: sekretariat.ginekologia@jonscher.pl



Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii i chirurgii ginekologicznej: 42 689 55 12

e-mail do sekretariatu: ginonkol@kopernik.lodz.pl

koordynatorzy onkologiczni: 42 689 57 32

Specjalistyczny Szpital Onkologiczny Nu-Med Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 35, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

numer telefonu do rejestracji: 44 786 81 00 lub 44 786 81 01

koordynator opieki onkologicznej: 515 491 232, 790 223 981

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie

ul. Jakubowskiego 2, Budynek H, piętro 4, 30-688 Kraków

numer telefonu do rejestracji: 12 400 10 00

numer telefonu do sekretariatu oddziału klinicznego ginekologii onkologicznej: 12 400 27 00

e-mail do sekretariatu: ginekologia@su.krakow.pl

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków

numer telefonu do rejestracji: 12 306 70 71 lub centrala 12 634 80 00

numer telefonu do sekretariatu kliniki ginekologii onkologicznej: 12 634 82 50

e-mail do sekretariatu: kontakt@onkologia.krakow.pl

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków

numer telefonu do rejestracji: 12 646 83 79, 12 646 84 12

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 12 646 86 86

e-mail do sekretariatu: ogp-sekretariat@rydygierkrakow.pl

WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

numer telefonu do rejestracji: 22 546 20 00

numer telefonu do sekretariatu kliniki ginekologii onkologicznej: 22 546 22 68, 22 546 32 14

e-mail do sekretariatu: sekretariatgin@pib-nio.pl

Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

numer telefonu do rejestracji: 261 816 338

numer telefonu do sekretariatu kliniki ginekologii onkologicznej: 261 817 530

koordynator ginekologia onkologiczna: 261 817 292

LUX MED Onkologia Sp. z o.o.

ul. Św. Wincentego 103, 03-291 Warszawa

numer telefonu do rejestracji: 22 430 87 00 wew. 4

e-mail do izby przyjęć: rej.w.onkologia@luxmed.pl

Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej

ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa

numer telefonu do rejestracji: 22 596 63 01, 22 596 63 02, 22 596 63 03

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 22 596 62 41

koordynatorka pakietu onkologicznego: 22 596 65 45

Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o.

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

numer telefonu do rejestracji: 22 766 15 00 wew. 1

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

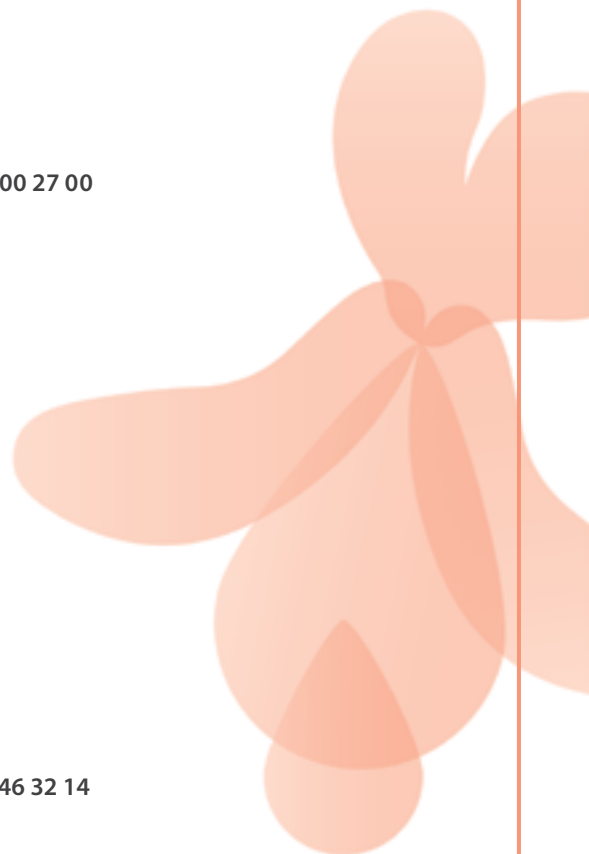
ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa

numer telefonu do rejestracji: 22 451 26 00

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 22 450 22 28

koordynatorka na oddziale: 22 450 23 96

e-mail: poradniaprzySzpitalna@szpitalmadalinskiego.pl



WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego

ul. Katowicka 66a, 45-061 Opole

numer telefonu do rejestracji: 77 441 60 04, 77 441 60 05

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 77 441 60 87

e-mail do sekretariatu: ginekologiaonkologiczna@onkologia.opole.pl

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów

numer telefonu do rejestracji: 17 866 64 00, 17 866 64 08

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 17 866 64 11

e-mail do oddziału: onkologia@szpital.rzeszow.pl

WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

Uniwersyteckie Centrum Onkologii

ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok

numer telefonu: 85 831 80 24

e-mail do sekretariatu: ginekol@umb.edu.pl

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok

numer telefonu do rejestracji: 85 664 68 88

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 85 664 67 25

e-mail do sekretariatu: ginekologia@onkologia.bialystok.pl

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk

numer telefonu do rejestracji: 58 584 40 56

numer telefonu do sekretariatu kliniki ginekologii onkologicznej: 58 584 50/60

koordynator: 58 584 40 79, 537 446 391

e-mail do sekretariatu: ginekologia@uck.gda.pl

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia

numer telefonu do rejestracji: 2 24 800 800, 58 72 60 913, 58 726 05 01

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 58 726 02 96

e-mail do sekretariatu: ginekologonkolog@szpitalepomorskie.eu

COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. Wojewódzkie Centrum Onkologii

ul. Zwycięstwa 31-32, 80-219 Gdańsk

numer telefonu do poradni (rejestracja): 58 772 39 50

e-mail: rejestracja.wco@copernicus.gda.pl

rejestracja i zabiegi: **Szpital św. Wojciecha** al. Jana Pawła II 50, 80-462 Gdańsk

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii: 58 768 45 42

e-mail do sekretariatu: sekretariat.polgin.zaspa@copernicus.gda.pl

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

ul. Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom 2

numer telefonu do rejestracji: 32 786 15 36

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii: 32 786 15 40

e-mail do sekretariatu: sekretariat@szpital2.bytom.pl

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ul. Medyków 14, 40-752 Katowice

numer telefonu do rejestracji: 32 789 48 21

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 32 789 47 31

Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach

ul. Ks. Leopolda Markiefki 87, 40-211 Katowice

numer telefonu do rejestracji: 32 357 62 10 *(izba przyjęć)*

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 32 357 62 69

e-mail do sekretariatu: szpital@bonifratrzy.katowice.pl



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny

ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa

numer telefonu do rejestracji: 34 367 30 05

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 34 367 35 72

e-mail: rejestracja@szpitalparkitka.com.pl

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

numer telefonu do rejestracji: 32 277 61 90

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 32 277 61 57

e-mail do sekretariatu: sekretariat@szpitalzabrze.pl

Szpital w Knurowie Sp. z o.o.

ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów

numer telefonu do rejestracji: 32 331 92 64

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 32 331 93 30

e-mail do sekretariatu: sekretariat@szpitalknurow.pl

Beskidzkie Centrum Onkologii Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

ul. Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała

numer telefonu do rejestracji: 33 827 25 27

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 33 827 25 00 wew. 611

e-mail do sekretariatu: sekretariat.chirurgia@onkologia.bielsko.pl

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach

ul. Stefana Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

numer telefonu do rejestracji: 41 367 42 08

numer telefonu do sekretariatu kliniki ginekologii: 41 367 43 58

e-mail do sekretariatu: scoinfo@onkol.kielce.pl

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn

numer telefonu do rejestracji: 89 544 42 00

numer telefonu do sekretariatu oddziału klinicznego ginekologii onkologicznej: 89 670 91 36

koordynator ds. DILO: 661 662 995

e-mail do sekretariatu: szpital@wss.olsztyn.pl

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Polna 33, 60-535 Poznań

numer telefonu do rejestracji: 61 841 95 59

numer telefon do sekretariatu oddziału onkologicznego: 61 841 93 30

e-mail do sekretariatu: oonk@gpsk.ump.edu.pl

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

numer telefonu do rejestracji: 61 885 05 57, 61 885 05 74

numer telefonu do sekretariatu oddziału ginekologii onkologicznej: 61 885 09 70

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

ul. Augustyna Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań

numer telefonu do rejestracji: 61 669 82 22

numer telefonu do sekretariatu oddziału klinicznego ginekologii onkologicznej: 61 854 90 14

e-mail do sekretariatu: szpital@spsk2.pl

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin

numer telefonu do rejestracji: 91 466 13 58, 91 483 86 32

numer telefonu do sekretariatu oddziału klinicznego ginekologii onkologicznej: 91 483 86 32

e-mail do sekretariatu: ginekologia@spsk2-szczecin.pl



Polskie Amazonki – Ruch Społeczny

to stowarzyszenie wywodzące się z Amazonek – organizacji działającej na rzecz kobiet dotkniętych rakiem piersi. Od 2009 roku tworzy ruch społeczny skupiający pacjentów onkologicznych (kobiety i mężczyzn), i tych, dla których ważna jest polska onkologia.

Polskie Amazonki – Ruch Społeczny to platforma szerokiego dialogu i współpracy, której celem jest wywarcie pozytywnego wpływu na standard diagnostyki, leczenia i rehabilitacji wszystkich rodzajów nowotworów.

Polskie Amazonki Ruch Społeczny
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy
Adres korespondencyjny:
ul. Wiejska 12A,
00-490 Warszawa
tel. 601 755 301
www.ruchspoleczny.org.pl



Stowarzyszenie Eurydyki

zostało założone w 2014 roku. Działa na rzecz kobiet chorujących na nowotwory. Zrzesza osoby wspierające kobiety, które są przed, w trakcie lub po leczeniu onkologicznym. Stowarzyszenie realizuje działania mające na celu popularyzację badań profilaktycznych.

W trosce o zdrowie i poprawę jakości leczenia kobiet chorujących na nowotwory BRCA-zależne, tworzymy (wspólnie z innymi organizacjami działającymi w Polsce) „Koalicję dla życia” (#KoalicjaDlaŻycia). Należymy do Europejskiej Sieci Grup Wspierających Osoby z Nowotworami Ginekologicznymi (ENGAGE).

www.eurydyki.pl
[fb/Eurydyki](https://fb.com/Eurydyki)
e-mail: kontakt@eurydyki.pl



Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi Sanitas jest ogólnopolską organizacją, której główną ideą jest edukacja w zakresie szeroko pojętej profilaktyki nowotworowej oraz udzielanie wsparcia osobom będącym w trakcie lub po chorobie nowotworowej oraz rodzinom tych osób.

www.sanitas.sanok.pl
e-mail: sanitas@onet.eu
tel: 888 654 925



Stowarzyszenie Niebieski Motyl

www.niebieskimotyl.pl/kontakt/

Analiza molekularna – laboratoryjna analiza polegająca na badaniu kwasów nukleinowych (w szczególności kwasu deoksyrybonukleinowego – DNA) pozyskanych od pacjentów w celu uzyskania określonych informacji klinicznych.

Bloczek parafinowy – zabezpieczony fragment ludzkich tkanek pobrany do badań histopatologicznych.

Badanie palpacyjne – metoda diagnostyki medycznej, która polega na takim dotykaniu palcami, aby wyczuć rozmiar, kształt, twardość lub położenie określonej struktury anatomicznej.

Biopsja gruboigłowa (Tru-Cut) – badanie polegające na pobraniu tkanki, która trafia do badania histopatologicznego. Wykonuje się je, aby wykryć ewentualne zmiany nowotworowe i określić stan zaawansowania choroby. Pacjent do badania jest miejscowo znieczulany.

Cytoredukcja – leczenie operacyjne ukierunkowane na zmniejszenie masy nowotworu.

Laparoskopia – technika operacyjna polegająca na użyciu specjalnej aparatury, umożliwiającej wniknięcie do jamy brzusznej pacjenta (przez niewielkie otwory) i przeprowadzenie odpowiednich zabiegów.

Laparotomia – operacyjne otwarcie jamy brzusznej, polegające na przecięciu skóry, mięśni oraz otrzewnej, umożliwiające eksplorację wnętrza jamy brzusznej.

Morfologia – podstawowe badanie krwi - morfologia to jedno badanie, choć złożone. Pozwala na oznaczanie markera nowotworowego CA 125, którego stężenie rośnie we krwi chorych.

Niediagnostyczny – materiał tkankowy nienadający się do badania genetycznego.

Oocyty – komórki dające początek komórce jajowej.

Postępowanie oszczędzające – alternatywna droga postępowania medycznego (praktykowana zazwyczaj u młodych kobiet) stosowana (we wczesnym stopniu zaawansowania raka jajnika), by zachować zdolność prokreacji.

Rozsiew wewnątrzotrzewnowy – rozrost nowotworu, który odbywa się drogą cyrkulacji płynu otrzewnowego. Należy spodziewać się przerzutów w miejscach zastoju płynu oraz w miejscach gdzie płyn jest resorbowany.

Techniki sekwencjonowania kolejnej generacji NGS (next-generation sequencing) – badanie umożliwiające przejście od analizy niewielkich fragmentów genu tradycyjnymi metodami, do zastosowania technik umożliwiających uzyskanie pełnej sekwencji wielu genów, a nawet całego genomu.

Typ histopatologiczny – dane dotyczące rodzaju nowotworu oraz jego stopnia złośliwości, uzyskane po badaniu mikroskopowym pobranego materiału.

Typ molekularny – wynik diagnostyki molekularnej polegającej na analizie kwasów nukleinowych (sekwencji DNA i RNA).

Zespół Lyncha – dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). U osoby z zespołem Lyncha istnieje większe (w stosunku do populacji ogólnej) ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy oraz jajnika.

Zielona karta DiLO – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego umożliwiająca przyspieszoną terapię onkologiczną. Przeznaczona jest dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzają nowotwór złośliwy oraz chorym w trakcie leczenia onkologicznego.

Wydawca poradnika:



2024

Polskie Amazonki Ruch Społeczny

biuro: ul. Wiejska 12a
00-490 Warszawa
Tel. 601 755 301

siedziba: Narodowy Instytut Onkologii - PIB
ul. Roentgena 5,
Warszawa 02-781

www.ruchspoleczny.org.pl

Opracowanie merytoryczne: Dr Katarzyna Jalinik

Redakcja: Agnieszka Wójcik

Opracowanie graficzne: Asia Tatarska

dowiedz się więcej na: www.centrumkryzysowe.org.pl



CENTRUM KRYZYSOWE
POMAGAMY PORADZIĆ SOBIE Z RAKIEM

Partnerzy:

Eurydyki



Poradnik wydany dzięki wsparciu :

GSK



KRS 0000346788

Przekaż 1,5% na



CENTRUM KRYZYSOWE
POMAGAMY PORADZIĆ SOBIE Z RAKIEM