

Załącznik 1 do stanowiska środowiska radiologicznego w sprawie projektu ustawy o KSO

PRZYKŁADY ZASTOSOWANIA RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ W ONKOLOGII WG AKTUALNYCH WYTYCZNYCH:

Rak wątrobowokomórkowy: w Niemczech ok 70% pacjentów jest leczonych za pomocą ablacji lub chemoembolizacji. Wg obowiązujących wytycznych BCLC (także zaleceń polskich oraz NCCN) termoablacja (jako metoda radykalna) jest metodą z wyboru w leczeniu HCC <2cm, nieresekcyjnych HCC 2-3 cm i do 3 guzków <3cm. Chemoembolizacja jest jedyną (!) metodą stosowaną w stadium B choroby (guzy > 3 cm lub liczba >3). Tylko 10-15% pacjentów może być leczonych operacyjnie, a znacznie większa część kwalifikuje się do leczenia za pomocą radiologii interwencyjnej.

Rak jelita grubego, leczenie przerzutów do wątroby i płuc: wg NCCN (NCCN Colon Cancer v 2.2021, str. MS-24) ablacja pod kontrolą badań obrazowych była historycznie stosowana u pacjentów nieresekcyjnych, ale obecnie jest także wskazana u pacjentów z małymi przerzutami jeśli możliwe jest zniszczenie wszystkich widocznych zmian. SBRT (radioterapia stereotaktyczna) jest dopuszczalną opcją u pacjentów, którzy nie mogą być poddani resekcji lub ablacji. U części pacjentów, u których np. pojawiły się przeciwwskazania do leczenia systemowego lub nie mają już innych opcji terapii można stosować metody dotętnicze (embolizacyjne) np. TACE, HAIC czy radioembolizacja.

Przerzuty w jednym z płatów wątroby: u pacjentów nieresekcyjnych z powodu zbyt małej objętości wątroby, która ma pozostać po resekcji (ryzyko poresekcyjnej niewydolności wątroby) embolizacja gałęzi żyły wrotnej pozwala na przerost zdrowej części wątroby (tej, która pozostanie po resekcji) i ostatecznie wykonanie zabiegu operacyjnego u 80% pacjentów (pierwotnie nieresekcyjnych!).

Rak płuca (NCCN Non-Small Cell Lung Cancer v. 4.2021, str. NSCL-D): ablacja jest jedną z opcji leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca <3cm. Dotyczy to głównie pacjentów wysokiego ryzyka operacyjnego, u których dodatkowe obciążenia uniemożliwiają wykonanie resekcji. Ablacja jest też metodą skuteczną w leczeniu wznowy raka płuca po operacji lub radioterapii.

Mięsaki (leczenie przerzutów) (NCCN Soft Tissue Sarcoma v. 1.2021): ablacja jest jedną z opcji (obok terapii systemowej, resekcji, SBRT i zabiegów embolizacyjnych leczenia pacjentów z niewielką liczbą przerzutów w jednym narządzie (głównie w płucach) oraz jako leczenie paliatywne w chorobie rozsianej.

Guzy desmoidalne (NCCN Soft Tissue Sarcoma v. 1.2021)): ablacja jest jedną z metod leczenia guzów ściany jamy brzusznej, kończyn głowy, szyi i klatki piersiowej. Metody leczenia dobiera się zależnie od indywidualnej sytuacji danego pacjenta.

Rak nerki (NCCN Kidney Cancer v. 2.2022): ablacja jest opcją leczenia (obok nefrektomii oszczędzającej i aktywnej obserwacji) raka nerki < 3cm. Może być stosowana w guzach > 3cm w wybranych przypadkach. W praktyce w Polsce większość pacjentów, którzy ze względu na stan ogólny nie mogą być leczeni operacyjnie nie ma żadnych opcji leczenia. Ablacja jest też jedną z opcji leczenia przerzutów raka nerki do płuc. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej — (Wysocki et al. 2020): Ablacja termiczna stanowi alternatywę dla częściowej

nefrektomii u starszych i/lub obciążonych (np. upośledzona czynność nerek) chorych z pojedynczymi guzami nerek umiejscowionymi w części korowej T1a.

Guzy neuroendokrynne i guzy nadnerczy (NCCN Neuroendocrine and Adrenal Tumors v. 3.2021): termoablacja może być stosowana w leczeniu guzów neuroendokrynnych płuc jeśli operacja jest przeciwwskazana. Przerzuty do nadnerczy – ablacja jest jedną z zalecanych metod leczenia choroby miejscowo zaawansowanej, ale nieoperacyjnej oraz choroby oligometastatycznej. Ablacja i embolizacja mogą być też stosowane w celu zmniejszenia objawów wywoływanych przez guzy hormonalnie czynne.

Przerzuty do kości (leczenie paliatywne): ablacja jest jedną z metod leczenia bólu i jest wymieniona obok radioterapii, wertebroplastyki i blokad nerwowych. (NCCN Adult Cancer Pain v. 1.2021, str. PAIN-K i M). Dzięki łączeniu ablacji z cementoplastyką można zapobiegać złamaniom i istotnie poprawiać jakość życia pacjentów z przerzutami do kości.

Czerniak (przerzuty): resekcja, ablacja, chemoembolizacja i radioembolizacja są wymienione jako metody leczenia przerzutów czerniaka siatkówki do wątroby (NCCN Melanoma: Uveal v.2.2021)

Guzy uciskające żyły (np. główną górną czy dolną): stentowanie tych żył pozwala na ustąpienie objawów u 90% pacjentów i zabieg ten jest włączony do zaleceń NCCN dotyczących raka płuca (NCCN Non-Small Cell Lung Cancer v. 4.2021, str. NSCL-17). Wewnątrznaczyniowa implantacja stentu jako jedyna metoda pozwala na prawie natychmiastowe ustąpienie objawów, co jest kluczowe szczególnie u pacjentów, u których ucisk jest przyczyną ciężkiego stanu np. w wyniku pojawiającego się obrzęku mózgu.

Krwawienia pooperacyjne lub krwawienia z guzów: embolizacja krwawiących naczyń uszkodzonych podczas operacji chirurgicznych lub spontanicznych krwawień bezpośrednio z guzów (pęknięcie guza, nacieki na naczynia). W zdecydowanej większości przypadków embolizacja pozwala na małoinwazyjne i szybkie leczenie takich powikłań, najczęściej w znieczuleniu miejscowym. Zabiegi nie są ograniczone obecnością zrostów po poprzednich zabiegach operacyjnych lub radioterapii.

Ropnie po operacjach nowotworów jamy brzusznej i miednicy: u ponad 95% pacjentów założenie drenów pod kontrolą tomografii komputerowej pozwala na opanowanie infekcji, zapobieżenie sepsie i wypis pacjenta bez konieczności ponownej operacji. W zaleceniach Surgical Infection Society i Infectious Diseases Society of America drenaż przezskórny jest postępowaniem z wyboru w leczeniu ropni jamy brzusznej. Znacznie ograniczony jest dostęp polskich pacjentów do tych podstawowych zabiegów.

Zagrażająca życiu żółtaczka u pacjentów z guzami wątroby, u których nie można założyć protezy za pomocą ECPW z powodu zaawansowania choroby (separacja dróg) lub wcześniejszych zespożeń chirurgicznych przewodowo-jelitowych: u większości tych pacjentów można założyć stent lub wykonać drenaż za pomocą metod radiologii interwencyjnej skutecznie zmniejszając stężenie bilirubiny.

Ból spowodowany rakiem trzustki i nie dający się opanować farmakoterapią: Neuroliza splotu trzewnego pod kontrolą tomografii komputerowej u 80% pacjentów z rakiem trzustki zmniejsza ból z 9 pkt do 2 pkt (w 10-stopniowej skali) jednocześnie znacznie ograniczając dawki opioidowych leków przeciwbólowych. Podobnie można leczyć ból wywołany guzami miednicy.

Implantacja znaczników: guzy płuc i jamy brzusznej, które są niewidoczne dla chirurga mogą być oznaczane za implantowanych znaczników pod kontrolą TK. W ten sposób można zwiększyć liczbę pacjentów, którzy mogą być skutecznie zoperowani.

Wszystkie nowotwory płuca, śródpiersia, wątroby, trzustki, nerki, nadnercza, przestrzeni zaotrzewnowej, struktur głębokich szyi, piersi, kości: biopsje gruboigłowe pod kontrolą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w 90% pozwalają na postawienie ostatecznego rozpoznania bez wykonywania operacji diagnostycznej.