

Można skutecznie leczyć pacjentów z rakiem kolczystokomórkowym skóry



Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Piotrem Rutkowskim,
kierownikiem Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków
Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

„Gabinet Prywatny”: Jaka jest statystyka zachorowań na raka kolczystokomórkowego skóry w Polsce?

Prof. Piotr Rutkowski: Nowotwory złośliwe skóry to najczęstsze nowotwory u ludzi z białym kolorem skóry. Według oficjalnych danych na raka skóry zapada ok. 14 tys. osób rocznie, ale jest to duże niedoszacowanie. Na nowotwory skóry choruje nawet ok. 40-50 tys. osób rocznie, z czego ok. 15-20% przypadków to właśnie rak kolczystokomórkowy skóry. Możemy to przeliczyć na podstawie danych z krajów, gdzie prowadzi się rejestry patologiczne, np. z Czech czy niektórych krajów Europy Zachodniej. W Polsce niestety nowotwory skóry są traktowane jak nowotwory drugiej kategorii, i nie są odpowiednio rejestrowane. W większości nie prowadzą do śmierci, tylko wiążą się z bardzo dużą chorobowością, czyli kilka tysięcy osób rocznie ma wykonywane zabiegi wycięcia albo stosuje się u nich inne metody leczenia powierzchniowego. Możemy powiedzieć, że ok. 4-5 tys. osób choruje rocznie na raka kolczystokomórkowego skóry. Umiera około 100-200 osób.

GP: Kto jest najbardziej narażony na rozwój raka kolczystokomórkowego skóry?

P.R.: Rak kolczystokomórkowy (SCC) to nowotwór złośliwy wywodzący się z komórek nabłonka płaskiego, zaliczany do niebarwnikowych

nowotworów skóry. Przyczyną jego rozwoju jest nieprawidłowe namnażanie się keratynocytów. Promieniowanie UV jest podstawowym czynnikiem ryzyka rozwoju raka kolczystokomórkowego skóry. Najbardziej narażone na zachorowanie na ten typ nowotworu są przede wszystkim osoby w wieku podeszłym i takie, które były przewlekłe narażone na promieniowanie UV. Na przykład rolnicy, sadownicy, ogrodnicy, pracownicy budowlani wykonujący swoją pracę latami na otwartym terenie, w słońcu. Kolejna grupa to działkowcy, których pasją są prace na świeżym powietrzu. Warto wspomnieć także o marynarzach. Jednym z moich pacjentów był trener golfa, to rzadki zawód, ale też związany z przebywaniem na powietrzu.

Mechanizm powstawania raka kolczystokomórkowego skóry jest trochę inny niż mechanizm powstawania czerniaka. Czerniak powstaje w wyniku krótkiej, nagej ekspozycji na słońce. Na przykład oparzenia, szczególnie w dzieciństwie, w solarium, powodują uszkodzenie skóry. Natomiast długie, powtarzalne ekspozycje na słońce powodują powstanie raka kolczystokomórkowego skóry. Najczęściej zmiany powstają w tych miejscach, które są bardziej narażone na promieniowanie UV – na głowie, szyi (ok. 80%), ok. 20% zmian występuje na kończynach i tułowiu.

Do grup ryzyka należą również osoby z chorobami skóry, u których stosowano w ramach foto-

terapii lampy UV, na przykład chorzy na łuszczycę. Kolejną grupę stanowią osoby z chorobami związanymi z niedoborami odporności (HIV, ale też przewlekłe białaczki), po transplantacji.

GP: Zmiany na skórze można szybko zauważyć, czy zatem pacjenci zgłaszają się do lekarza odpowiednio wcześniej?

P.R.: Nowotwory skóry same z siebie są łatwe do wykrycia, ponieważ znajdują się na skórze, można je zauważyć także podczas zwykłego badania lekarskiego. Lekarz rodzinny powinien pytać w trakcie wizyty o zmiany na skórze. Jeśli ocenia, że coś takiego się pojawiło i zmiana może mieć charakter nowotworowy, to pacjenta należy skierować do dermatologa, onkologa lub chirurga. Wykonanie dodatkowego badania dermatoskopowego pomaga diagnozować zmiany. Generalnie jeśli chory ma zmianę na skórze, która się nie goi, jest owrzodzona, czerwona, ma postać ranki, strupka czy guzka, który się poszerza, a nie znika, może to już świadczyć o raku skóry.

Rak kolczystokomórkowy skóry rzadko jest nowotworem barwnikowym, nie powstaje z dnia na dzień, tylko rozwija się przez długi czas. Mimo to przychodzą do mnie pacjenci z guzem 10-15-centymetrowym, który już nacieka głębsze tkanki. Tymczasem czerniak czy rak kolczystokomórkowy skóry wykryty wcześniej jest prawie w 100% wyleczalny.

GP: Jak wygląda ścieżka onkologiczna pacjenta, u którego stwierdzono raka kolczystokomórkowego skóry?

P.R.: Większość raków skóry diagnozuje się histopatologicznie. Wykonuje się biopsję wycinającą lub wycinek, jeśli zmiana jest większa. Z reguły można usunąć zmianę i to może być koniec leczenia u dużej części pacjentów z nowotworami o mniejszej agresywności, u osób bez immunosupresji, bez innych obciążających czynników. Jednak u części chorych rak kolczystokomórkowy może powodować przerzuty do węzłów chłon-

nych. Dlatego trzeba ocenić regionalne węzły chłonne, niekiedy trzeba zbadać klatkę piersiową i inne narządy. Jeśli stwierdzimy przerzuty do węzłów chłonnych, to następuje kolejny etap leczenia związany z usunięciem węzłów chłonnych i również z kwalifikacją do radioterapii uzupełniającej. Przerzuty do narządów wewnętrznych stanowią największy problem. Pacjenci z przerzutowym lub miejscowo zaawansowanym rakiem kolczystokomórkowym skóry, u których nie można zastosować leczenia chirurgicznego, dotąd nie mieli skutecznego leczenia.

Teraz to się zmieniło, bo okazało się, że to narażenie na promieniowanie UV jest związane z czymś, co my nazywamy wysokim obciążeniem mutacyjnym, czyli w komórkach nowotworu skóry jest dużo zmian genetycznych związanych właśnie z uszkodzeniem przez promieniowanie UV. Podstawowym leczeniem jest tu immunoterapia, która nie działa bezpośrednio na nowotwór, a na komórki układu odpornościowego, tak by zwalczać komórki nowotworowe. Dlaczego taki nowotwór skóry jest na to podatny? Ponieważ jeśli ma dużo uszkodzeń genetycznych, to w stosunkowo dużym stopniu różni się od komórek gospodarza. Dlatego układ immunologiczny może je rozpoznać i zacząć działać przeciw tym obcym komórkom. Niestety, nowotwór często powoduje immunosupresję, czyli to, że układ odpornościowy jest mniej aktywny. Jeżeli odblokujemy układ immunologiczny, to wtedy działa on bardzo aktywnie i w ok. 50% chorzy mają długą remisję choroby, otrzymują leki i mogą dalej żyć. To jest ogromny postęp, bo immunoterapia – jeśli zadziała, to działa już długotrwale. Co ważne, może też być stosowana u osób w wieku podeszłym, u których leczenie np. za pomocą chemioterapii może być o wiele trudniejsze.

W Polsce do leczenia raka kolczystokomórkowego jest zarejestrowany cemiplimab. To przeciwciało monoklonalne będące w pełni ludzką immunoglobuliną klasy G4 (IgG4). Niestety lek ten nie jest jeszcze u nas refundowany standardowo, tylko dostępny w ramach procedury ratunkowe-

go dostępu do technologii lekowej, która wymaga czasu, dodatkowych pieniędzy, a ich już zaczyna brakować w ośrodkach onkologicznych. Dlatego też część chorych nie ma dostępu do immunoterapii. W innych krajach UE immunoterapia jest w dużej części refundowana.

GP: Zawsze warto przypominać pacjentom o profilaktyce.

P.R.: Najważniejsza jest profilaktyka i wczesne wykrywanie. Rak kolczystokomórkowy skóry wcześniej wykryty to prosty do wyleczenia nowotwór. A jeśli chodzi o profilaktykę, to trzeba odpowiednio przygotować się i dobrze zabezpieczyć przed słońcem. Nie chodzi oczywiście o to, by nie przebywać na świeżym powietrzu, ale należy robić to mądrze. W przypadku ochrony przed nowotworem skóry najważniejsze sposoby postępowania to unikanie słońca w godzinach maksymalnego nasłonecznienia, czyli w godzinach 11-16, noszenie czapki czy kapelusza na głowie, odpowiednie ubranie i posmarowanie skóry preparatem z filtrem 30 czy 50. Trzeba też pamiętać o powtarzaniu aplikacji preparatu, zwłaszcza na twarzy, szyi i uszach. Miejsca szczególnie narażone na rozwój raka kolczystokomórkowego to rejon głowy i szyi, odmiennie od czerniaka. A właśnie te części ciała są najbardziej wystawione na działanie promieniowania UV.

Rozmawiała **Alicja Paciorek-Kolbus**