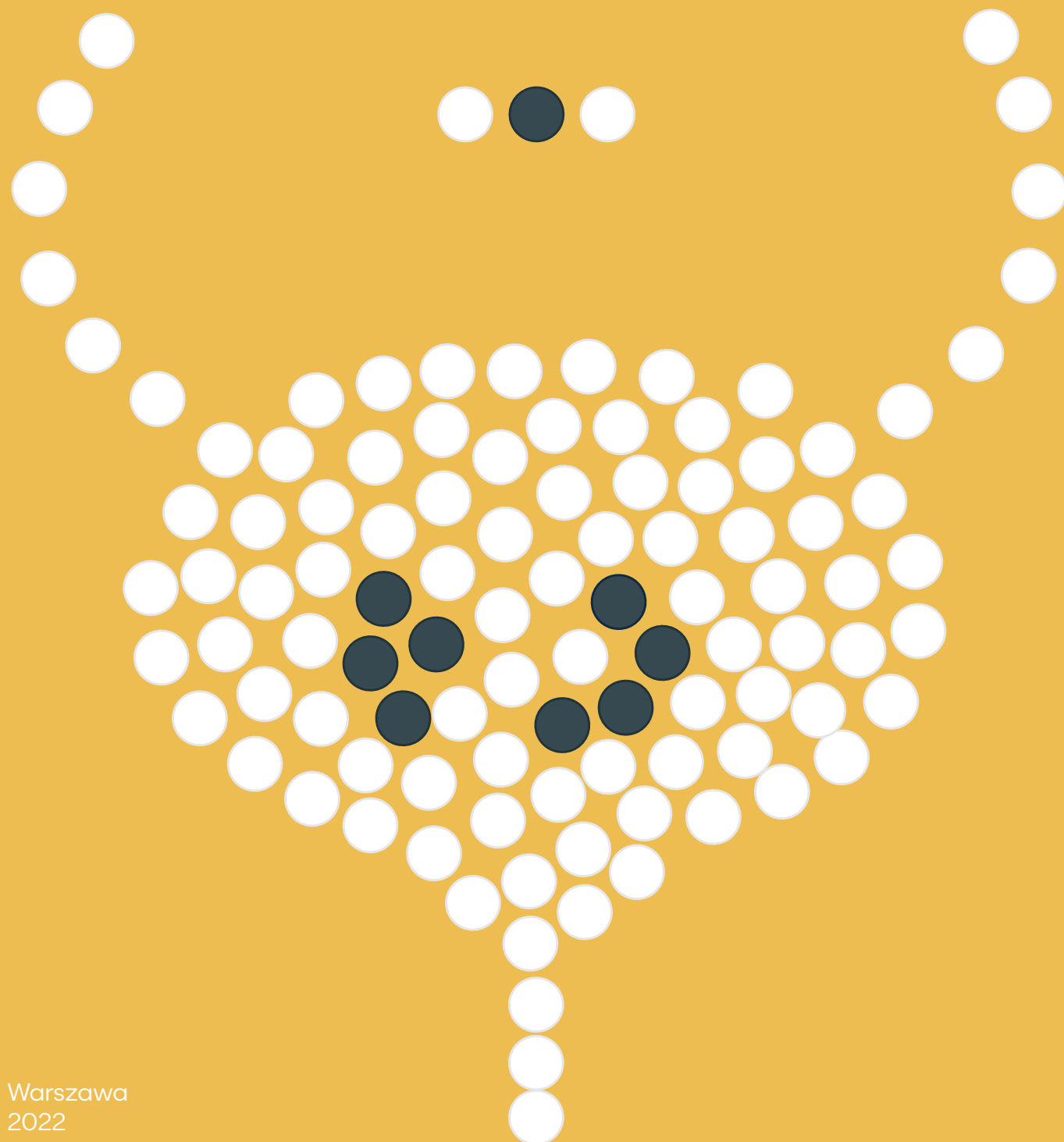


# Sytuacja pacjenta z rakiem pęcherza moczowego – aktualne wyzwania

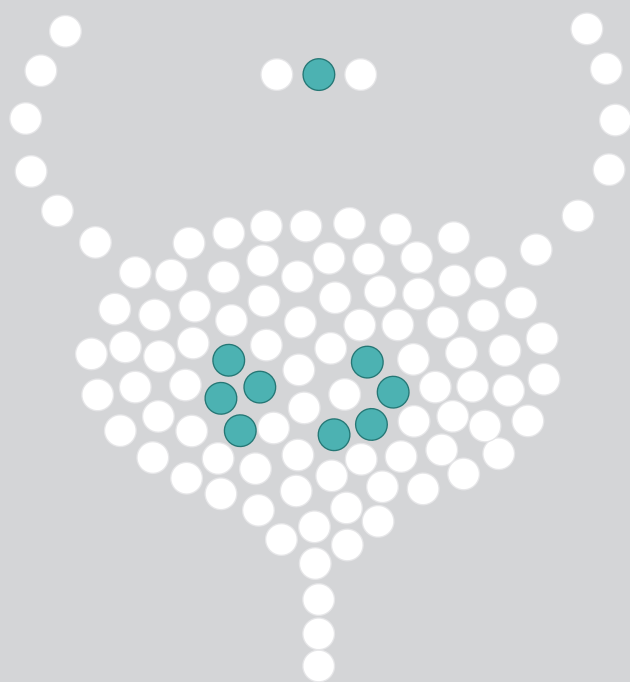
FUNDACJA  
WYGRAJMY ZDROWIE



Patronat  
honorowy:



Warszawa  
2022



**Suplement do raportu:** „Rak pęcherza moczowego – nowotwór zapomniany?” (2014)

**Wydawca raportu:** Fundacja Wygrajmy Zdrowie

**Ekspertyza merytoryczna:** dr Jerzy Gryglewicz, ekspert ochrony zdrowia,  
Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego

**Redakcja i opracowanie graficzne:** Fundacja Wygrajmy Zdrowie

**Raport powstał dzięki wsparciu finansowemu:** Merck Sp. z o.o.



# Spis treści

1.

**SŁOWO WSTĘPU** ————— 4

2.

**KOMENTARZE EKSPERTÓW KLINICZNYCH  
I SYSTEMOWYCH** ————— 6

3.

**RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO – PODSTAWOWE  
INFORMACJE** ————— 11

- EPIDEMIOLOGIA
- CZYNNIKI RYZYKA
- OBJAWY
- DIAGNOSTYKA
- LECZENIE
- REHABILITACJA
- MONITORING

4.

**KOORDYNACJA I OPIEKA KOMPLEKSOWA  
ODPOWIEDZIĄ NA PROBLEMY PACJENTÓW  
Z RAKIEM PĘCHERZA MOCZOWEGO** ————— 31

5.

**ŚCIEŻKA PACJENTA Z ZAAWANSOWANYM  
RAKIEM PĘCHERZA MOCZOWEGO  
– KIERUNKI OPTYMALIZACJI** ————— 37

6.

**KLUCZOWE REKOMENDACJE W ZAKRESIE  
POPRAWY OPIEKI NAD PACJENTEM Z RAKIEM  
PĘCHERZA MOCZOWEGO W POLSCE** ————— 41



# 1.

## Słowo wstępu



**Szymon Chrostowski**  
**Prezes Zarządu**  
**Fundacji Wygrajmy Zdrowie**

Rak pęcherza moczowego jest drugim co do częstości występowania nowotworem urologicznym, czwartym pod względem częstości rozpoznawania nowotworem złośliwym u mężczyzn i dwunastym wśród kobiet – dotyczy rocznie ponad 7500 osób<sup>1</sup>.

Każdego dnia taką diagnozę słyszy ponad 20 Polaków. Ich jakość życia drastycznie spada, leczenie jest przewlekłe i wyjątkowo trudne, zwłaszcza jeśli rak rozpoznany jest już w zaawansowanym stadium. Niestety taka sytuacja dotyczy ponad połowy nowo diagnozowanych pacjentów. Konsekwencją późnego rozpoznania i nieoptymalnej ścieżki postępowania jest wysoka umieralność, która wynosi aż 50 procent!

Co sprawia, że sytuacja osób z rakiem pęcherza moczowego jest tak trudna? Podstawową przyczyną jest niska świadomość społeczna choroby, czynników ryzyka i objawów. Niestety wciąż o tej chorobie mówi się w Polsce niewiele. W konsekwencji, pacjenci często bagatelizują objawy, nie zgłaszają się do lekarza, przypisując je „łagodnym stanom zapalnym”. Pokutuje nadużywanie suplementów diety i leków bez recepty na dolegliwości układu moczowego.

Poprawa sytuacji pacjentów z rakiem pęcherza moczowego, nazywanym nie bez powodu, nowotworem zapomnianym, wymaga zatem dużej

determinacji wszystkich środowisk – organizacji pacjentów, ekspertów, mediów i decydentów, aby zmienić niepokojące statystyki i poprawić długość i jakość życia polskich chorych.

Fundacja Wygrajmy Zdrowie od momentu powstania w 2004 roku koncentruje się na potrzebach i rozwiązywaniu problemów pacjentów ze schorzeniami uro-onkologicznymi, dlatego kontynuację tego tematu traktujemy priorytetowo.

Uważamy, że wprowadzane w ostatnim czasie zmiany systemowe dotyczące Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Strategii Onkologicznej, koncepcji koordynowanej opieki, czy zniesienia limitów do specjalistów, powinny realnie wspierać poprawę jakości opieki nad chorymi z rakiem pęcherza moczowego. Nadal istnieje jednak wiele barier organizacyjnych, świadomościowych bądź legislacyjnych, które utrudniają lub uniemożliwiają postęp w tym obszarze.

Obawy pacjentów nadal budzi skomplikowana, zbyt długa ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna, ograniczone możliwości optymalnej diagnostyki i refundowanego leczenia oraz kompleksowej rehabilitacji.

Obecna trudna sytuacja skłoniła nas do opracowania aktualnego dokumentu prezentującego w sposób zwięzły i kompleksowy obraz opieki nad chorymi z nowotworem pęcherza moczowego wraz z rekomendacjami rozwiązań. Niniejszy raport stanowi suplement do publikacji, która powstała w 2014 roku we współpracy z Polskim Towarzystwem Urologicznym pn. „Rak pęcherza moczowego w Polsce – nowotwór zapomniany”.

Głęboko wierzymy, że w niedługiej przyszłości dzięki wspólnym wysiłkom i zaangażowaniu środowisk sytuacja pacjentów ulegnie wyraźnej poprawie.

<sup>1</sup> Raport KRIN „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku”, 2020 [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2018.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf), str. 23-24



# 2.

## Komentarze ekspertów klinicznych i systemowych



**Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski**  
**Konsultant Krajowy ds. Onkologii Klinicznej**

Rak pęcherza moczowego stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych w Polsce, co wynika z dużej zachorowalności, niekorzystnej struktury zaawansowania w chwili rozpoznania i niedostatecznej kompleksowości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Poprawić obecną sytuację można pod warunkiem bardziej skutecznej profilaktyki pierwotnej (wyeliminowania jednego z najważniejszych czynników przyczynowych, jakim jest rakotwórcze działanie składników dymu tytoniowego), sprawniejszej diagnostyki w celu zmniejszenia odsetka raka pęcherza moczowego rozpoznawanego w stadium zaawansowania miejscowego lub uogólnienia oraz wdrożenia rzeczywistego leczenia skojarzonego z udziałem wszystkich – obecnie dostępnych – metod. Zasadnicze znaczenie ma rzeczywista współpraca urologów i onkologów, która powinna mieć miejsce na każdym etapie choroby (w stadium wczesnym i zaawansowanym). Możliwość współpracy oraz usprawnienie diagnostyki i wykorzystanie leczenia skojarzonego zapewnić może utworzenie ośrodków kompleksowego i koordynowanego postępowania, które mogą mieć charakter konsorcjów ośrodków urologicznych i onkologicznych o odpowiednich kwalifikacjach.

Raport – przygotowany w celu przedstawienia sytuacji chorych na raka pęcherza moczowego w Polsce – jest bardzo cennym dokumentem, ponieważ wskazuje zasadnicze kierunki zmian w celu zmniejszenia zagrożeń związanych z rakiem pęcherza moczowego. Gratuluję Autorom i liczę na wykorzystanie postulatów przez organizatorów systemu ochrony zdrowia w Polsce.





**Prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta**  
**Prezes Polskiego Towarzystwa**  
**Urologicznego**

Rak pęcherza moczowego stanowi drugi co do częstości występowania nowotwór urologiczny, a jego bezwzględny przebieg (choroba śmiertelna) sprawia, że pacjent powinien pozostawać pod stałą kontrolą lekarza urologa.

Urolog dysponuje obecnie pełnym spektrum metod diagnostycznych oraz potencjałem chirurgicznym umożliwiającym pełne wyleczenie większości chorych, a u pozostałego odsetka – wydłużenie czasu do progresji choroby w dobrej kondycji, czyli przedłużenie życia pacjenta.

Należy jednocześnie podkreślić, że optymalna opieka nad pacjentem z rakiem pęcherza moczowego, szczególnie w stadium zaawansowanym, wymaga multidyscyplinarnego podejścia i współpracy specjalistów różnych dziedzin takich jak: urologia, chirurgia, onkologia, radioterapia, radiologia czy rehabilitacja.







**Dr. n. med. Krzysztof Tupikowski**  
**Kierownik Centrum Nowotworów**  
**Urologicznych, Dolnośląskie Centrum**  
**Onkologii**

Rak pęcherza moczowego jest nowotworem zapomnianym zarówno przez społeczeństwo, polityków, jak i system opieki zdrowotnej w większości krajów Świata. Jest wiele przyczyn tego faktu, z których na część możemy mieć wpływ. Moim zdaniem wprowadzenie opieki koordynowanej ze ścisłymi ramami postępowania na każdym etapie od podejrzenia guza dróg moczowych, przez diagnostykę i leczenie aż do nadzoru po leczeniu oraz rehabilitację i wsparcie stomijne, ma realne szanse na poprawę jakości opieki nad pacjentami z guzem pęcherza moczowego. Diagnostyka i leczenie są skomplikowane, czasochłonne i inwazyjne, co zniechęca wielu chorych do ścisłego przestrzegania zaleceń i zaplanowanych procedur.

Z drugiej strony na personel ochrony zdrowia nałożony jest obowiązek ścisłego przestrzegania bardzo wymagających z punktu widzenia czasowego, organizacyjnego, sprzętowego i czysto ludzkiego procedur. Jednocześnie system nie zapewnia w wystarczającej ilości narzędzi do realizacji wszystkich koniecznych kroków. Tylko ścisła współpraca pacjentów z personelem w adekwat-

nie skonstruowanym systemie może pozwolić na poprawę jakości.

Wprowadzenie koordynacji opieki i prowadzenie chorego „za rękę” przez koordynatorów opieki onkologicznej o szerszych uprawnieniach niż aktualnie obowiązujące, umawiających konieczne badania, konsultacje itp. wg zaleceń lekarskich może pozwolić na przewyciężenie problemów z przestrzeganiem terminowości wykonywania zaleceń. Zainicjować należy także proces maksymalnego przeniesienia ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną (np. giętkie cystoskopie diagnostyczne w poradniach), co pozwoli na lepsze wykorzystanie szpitalnych łóżek urologicznych i zmniejszenie ilości hospitalizacji diagnostycznych. Należy zwiększyć także dostępność pracowni BCG-terapii dopęcherzowej oraz chemioterapii dopęcherzowej (najlepiej ambulatoryjnych), aby zmaksymalizować szanse na zatrzymanie progresji raka pęcherza do etapu wymagającego usunięcia pęcherza moczowego. Z kolei chorzy, którzy przeszli operację cystektomii, powinni otrzymać wsparcie stomijne w nieistniejących praktycznie w Polsce poradniach stomijnych, co u wielu z nich mogłoby poprawić jakość życia, przywrócić do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie i umożliwić powrót do pracy.

Wszyscy chorzy powinni mieć także możliwość otrzymania szybkiego wsparcia psychologicznego na każdym etapie choroby. Leczenie i diagnostyka tego nowotworu ingerują w najbardziej intymne sfery ludzkiego życia, ciała i psychiki. Wielu chorych oprócz uszczerbku fizycznego ponosi także znaczne szkody psychiczne, które pozostają z nimi na wiele lat.

Tylko szerokie spojrzenie na problem raka pęcherza moczowego przez zespół złożony z pacjentów, medyków i organizatorów opieki zdrowotnej i zdiagnozowanie „chorób” aktualnego systemu pozwoli na zaplanowanie skoordynowanych wielopoziomowych i wielokierunkowych działań.



**Dr Jerzy Gryglewicz**  
**Ekspert ochrony zdrowia**

Epidemia Covid-19 miała ogromny wpływ na ograniczenie dostępu do diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi, w tym także z nowotworem pęcherza moczowego.

Wielu ekspertów z dziedziny onkologii podczas kongresu ESMO (European Society for Medical Oncology) Virtual Congress 2020 podkreślało, że głęboki kryzys w leczeniu onkologicznym wystąpił we wszystkich państwach europejskich i dotyczył wszystkich rodzajów nowotworów. Obecna dramatyczna sytuacja spowodowała konieczność opracowania przez wszystkie państwa dotknięte pandemią planów naprawczych, których celem jest przywrócenie sprawności systemów ochrony zdrowia co najmniej do takiego poziomu, na jakim działały przed pandemią.

W Polsce taki plan został ogłoszony we wrześniu ubiegłego roku pod nazwą Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków. Cztery filary tego planu dotyczą profilaktyki, zniesienia limitów do lekarzy specjalistów, rozbudowy sieci onkologicznej i rehabilitacji pacjentów z powikłaniami po zachorowaniu na Covid-19.

Najbardziej istotne dla pacjentów chorujących na raka pęcherza moczowego mogą być elementy związane z profilaktyką wtórną, zniesieniem limitów do specjalistów, w szczególności urologów

oraz tworzenie i rozbudowa ośrodków specjalistycznego leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego (Cancer Unit) w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

W kwietniu rząd przekazał do Komisji Europejskiej Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) który jest kompleksowym programem reform i projektów strategicznych. Jednym z celów KPO jest „Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych” na którego realizację planowane jest pozyskanie ponad 4,5 mld euro. Jako główny priorytet w pozyskiwaniu środków z tego programu wymieniono poprawę organizacji i infrastruktury onkologicznej w szczególności w Centrach Wysokospecjalistycznych, co może być kluczowe dla poprawy efektywności w leczeniu pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego.

W ramach KPO będzie realizowany projekt rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych, który w przyszłości może poprawić dostępność do lekarzy specjalistów kluczowych w leczeniu nowotworu pęcherza moczowego.

W maju został zaprezentowany dokument strategiczny pod nazwą „Polski Ład” w którym przedstawiono następujące działania: 7 proc. PKB na zdrowie w ciągu 6 lat, program badań profilaktycznych „Profilaktyka 40+”, zniesienie limitów do specjalistów, wyższe wynagrodzenia kadr medycznych, Fundusz Modernizacji Szpitali i Fundusz Medyczny i Agencja Restrukturyzacji Szpitali oraz ustawa o jakości.

Kluczowe dla poprawy sytuacji pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego będą badania profilaktyczne, w ramach których wykonywane będzie standardowo ogólne badanie moczu i zniesienie ograniczeń finansowych w badaniach u lekarzy specjalistów pracujących w poradniach urologicznych.



# 3.

## Rak pęcherza - podstawowe informacje



### Główne czynniki ryzyka:

- 50-65% palenie tytoniu
- 20-25% zawodowe narażenie na substancje chemiczne
- otyłość – epidemia społeczna, czynnik ryzyka, silnie wpływa na zachorowalność
- ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem – rak pęcherza to jeden z częstszych nowotworów wśród osób starszych

**Jakość życia pacjentów z rakiem pęcherza moczowego jest nadal niska**

**Rak pęcherza moczowego ma tendencję do nawrotów i postępowania**

<sup>2</sup> Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”, 2020, [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020\\_RAPORT\\_RPM\\_BIP.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020_RAPORT_RPM_BIP.pdf)

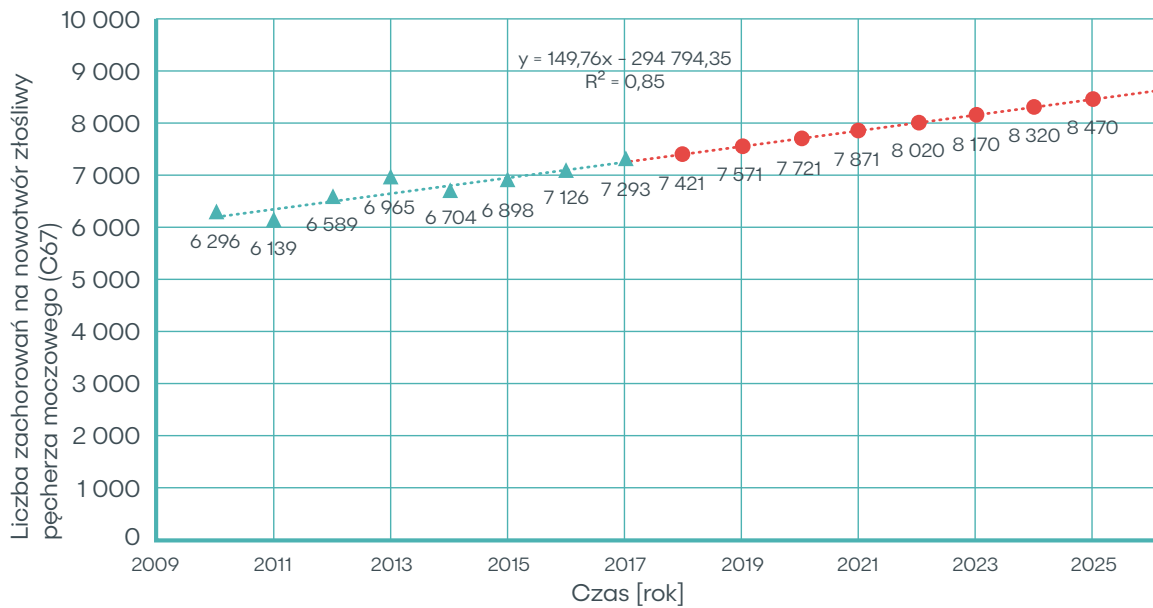
<sup>3</sup> Raport KRN „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku”, 2020 [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2018.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf)

## EPIDEMIOLOGIA

Zgodnie ze statystykami z map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii obecnie rozpoznaje

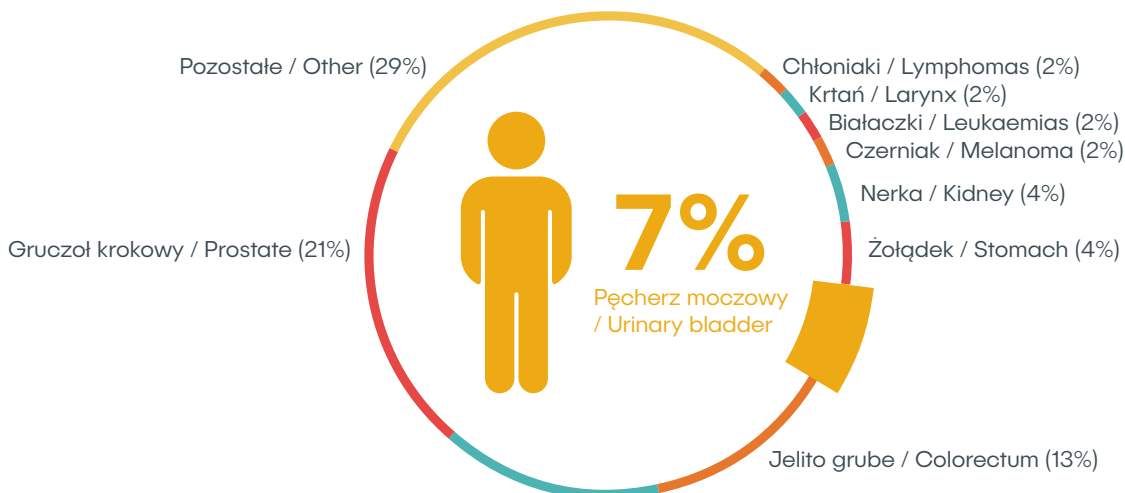
się w Polsce prawie 8000 nowych przypadków nowotworów pęcherza moczowego, co potwierdzają dane Krajowego Rejestru Nowotworów.

**WYKRES NR 1.** Zachorowalność na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w latach 2010–2017 wg danych KRN oraz prognoza AOTMiT (na bazie danych KRN) do 2025.



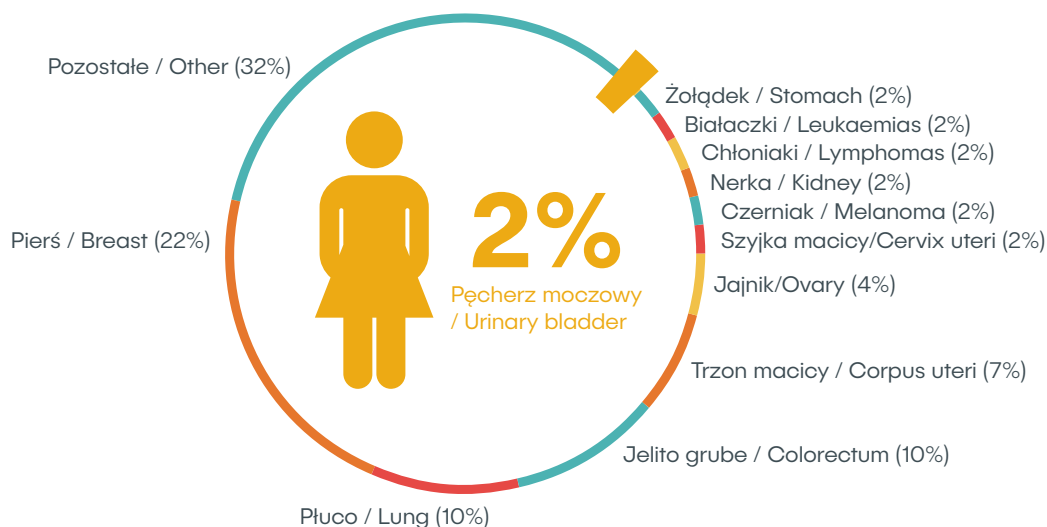
Źródło: Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”, 2020, [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020\\_RAPORT\\_RPM\\_BIP.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020_RAPORT_RPM_BIP.pdf)

**WYKRES NR 2.** Prognozowana struktura zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w 2020 roku.



Źródło: Raport KRN „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku”, 2020 [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2018.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf)

### WYKRES NR 3. Prognozowana struktura zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród kobiet w 2020 roku.



Źródło: Raport KRN „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku”, 2020 [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2018.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf)

Przewiduje się, że liczba zachorowań na nowotwór pęcherza moczowego w ciągu najbliższych 10 lat wzrośnie o ok. 25% i wyniesie w 2029 roku ok. 11500 przypadków, co wskazuje na koniecz-

ność podjęcia zintensyfikowanych działań w celu poprawy dostępu do diagnostyki i skutecznego leczenia raka pęcherza w Polsce.

### TABELA NR 1. Prognoza zachorowalności i zgonów na raka pęcherza moczowego do roku 2025.

Populacja	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Liczba zachorowań wg danych KRN (C67)	6 704	6 898	7 126	7 293	7 421	7 571	7 721	7 871	8 020	8 170	8 320	8 470
Liczba zgonów wg danych KRN (C67)	3 423	3 805	3 824	3 955	4 061	4 187	4 313	4 439	4 565	4 692	4 818	4 944
Liczba pacjentów leczonych wg danych NFZ (C67 i/lub C67.* i/lub D09.0)	51 900	54 061	56 424	58 392	60 722	62 892	65 090	67 287	69 485	71 682	73 880	76 077

Źródło: Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”, 2020, [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020\\_RAPORT\\_RPM\\_BIP.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/RPT/WS.4320.6.2020_RAPORT_RPM_BIP.pdf)

Nowotwory pęcherza moczowego rozpoznawane są najczęściej u mężczyzn po 45. roku życia – 98% przypadków. Największa zachorowalność obserwowana jest natomiast w grupie osób 80–84 lata. W momencie rozpoznania u około 75–85% chorych nowotwór ograniczony jest do pęcherza moczowego. U pozostałych 15–25% choroba jest

stwierdzana w stadium zaawansowanym<sup>4</sup>.

Największą rolę w diagnozowaniu i leczeniu raka pęcherza moczowego odgrywają urolodzy. Aż 80% leczonych przez urologów pacjentów stanowią chorzy z nowotworami urologicznymi.

<sup>4</sup> Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”, 2020



Jak wskazuje prof. dr. hab. n. med. Piotr Chłosta, Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego – *Urolog dysponuje bowiem nie tylko pełnym spektrum metod diagnostycznych, ale także potencjałem chirurgicznym umożliwiającym pełne wyleczenie większości chorych, a u pozostałego odsetka – wydłużenie czasu do progresji choroby w dobrej kondycji, czyli przedłużenie życia pacjenta. Rak pęcherza moczowego stanowi drugi co do częstości występowania nowotwór urologiczny, a jego bezwzględny przebieg (choroba śmiertelna) sprawia, że pacjent powinien pozostawać pod stałą kontrolą lekarza urologa.*



**Należy jednocześnie podkreślić, że optymalna opieka nad pacjentem z rakiem pęcherza moczowego, szczególnie w stadium zaawansowanym, wymaga multidyscyplinarnego podejścia i współpracy specjalistów różnych dziedzin takich jak: urologia, chirurgia, onkologia, radioterapia, radiologia czy rehabilitacja.**

## CZYNNIKI RYZYKA

Ryzyko zachorowania na nowotwór pęcherza moczowego jest wyraźnie większe **u palaczy tytoniu** (niemal trzykrotnie wyższe u osób palących papierosy). Należy pamiętać również, że niektóre **substancje chemiczne** mogą zwiększać ryzyko rozwoju nowotworu pęcherza moczowego, w szczególności **u osób będących pracownikami przemysłu skórzanego, gumowego, tekstylnego, metalowego, naftowego**, mających w pracy bezpośredni kontakt z barwnikami, farbami, garbnikami, lakierami i in.

## Ryzyko zachorowania rośnie także w przypadku<sup>5 6 7</sup>:

- przewlekłych stanów zapalnych pęcherza,
- bilharcozy (wywołanej zarażeniem *Schistosoma haematobium*),
- ekspozycji na zawartość arsenu w wodzie pitnej (w przypadku, gdy nie stosuje się wody uzdatnianej),
- przewlekłego stosowania leków, np. fenacetyny, cyklofosfamidu,
- napromieniania miednicy, np. radioterapia prostaty lub szyjki macicy z powodu raka szyjki macicy lub raka gruczołu krokowego,
- występowanie raka pęcherza moczowego u krewnych pierwszego i drugiego stopnia.

## OBJAWY

Rak pęcherza moczowego początkowo rozwija się powierzchownie, lecz później wrasta głęboko w ścianę pęcherza moczowego. Najczęstszym objawem nowotworu pęcherza jest **bezbolesne krwawienie z moczem (krwiomocz)**, nawet pojedynczy epizod krwawienia. Ważne jest by tego nie lekceważyć, wykonać badanie ogólne moczu i badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej z oceną pęcherza moczowego.

Nowotwór pęcherza może także naśladować objawy zapalenia, powodując częste i bolesne oddawanie moczu, ból, pieczenie, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego. Nie są one specyficzne dla raka pęcherza moczowego i towarzyszą również innym chorobom dróg moczowych, częściej występującym – takim jak infekcja czy kamica pęcherza moczowego. U osób z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego mogą wystąpić objawy związane z miejscowym postępowaniem choroby (ból w podbrzuszu, trudności w oddawaniu moczu, bóle okolicy lędźwiowej będące konsekwencją utrudnienia odpływu moczu, bezmocz) oraz przerzutami odległymi (np. bóle kostne).

## Główne objawy raka pęcherza moczowego:

- krwiomocz,
- ból przy oddawaniu moczu,
- bolesne parcie na mocz,

<sup>5</sup> P.L. Chłosta, P.J. Wysocki, J. Fijuth, Rak pęcherza moczowego w: A. Stelmach, P. Potemski (red.), „Nowotwory układu moczowo-płciowego, Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”, PTOK 2013, s. 354

<sup>6</sup> P. Gajewski (red.), „Interna Szczeklika”, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, s. 1630–1631

<sup>7</sup> C. Martin et al., „Familial Cancer Clustering in Urothelial Cancer: A Population-Based Case-Control Study”, Journal of National Cancer Institute 2018, May 1; 110(5):527–533

- częstomocz,
- czasowe zatrzymanie moczu,
- przewlekły krwinkomocz w badaniu ogólnym moczu w stadium zaawansowanym,
- guz w okolicy nadłonowej,
- ból i obrzęk miednicy, pachwin i kończyn dolnych,
- bóle kostne (mogą świadczyć o przerzutach do kości),
- jednostronne wodonercze (rak naciekający na ujście moczowodu).

Kluczową sprawą jest więc wiedza na temat objawów wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, szybka diagnostyka, odpowiedni dostęp do lekarzy urologów oraz edukacja społeczna na temat tej choroby.

## PROFILAKTYKA

Profilaktyka pierwotna raka pęcherza moczowego polega przede wszystkim na walce z nałogiem palenia papierosów oraz wyeliminowaniu lub ograniczeniu narażenia na kancerogenne czynniki zewnętrzne.

### Elementem profilaktyki powinna być edukacja społeczna i promocja zdrowych nawyków tj.:

- niepalenie tytoniu,
- kontrolowanie i utrzymywanie prawidłowej wagi,
- zdrowa dieta,
- aktywność fizyczna,
- świadomość kancerogenności niektórych czynników zewnętrznych (np. arsen) i wewnętrznych (niektóre leki).

Kluczowa jest budowa świadomości wśród społeczeństwa na temat objawów nowotworu pęcherza moczowego – krwimocz zawsze jest wskazaniem do niezwłocznej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub urologa i rozpoczęcia odpowiedniej diagnostyki.

Badania przesiewowe, tzw. skrining, w profilaktyce raka pęcherza moczowego nie są zalecane, ważna jest czujność i nie bagatelizowanie objawów ze strony układu moczowego. Wśród badań

bilansowych rekomenduje się natomiast wykonywanie USG jamy brzusznej i układu moczowego oraz okresowe wykonywanie badania ogólnego moczu (raz do roku).

**1 lipca 2021 r. został uruchomiony pilotaż pakietu badań profilaktycznych skierowanych do osób powyżej 40 r.ż. tzw. „Profilaktyka 40 Plus”<sup>8</sup>**, który zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego. Jego celem jest zapobieganie rozwojowi i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów oraz ograniczenie niekorzystnego wpływu pandemii koronawirusa.

### Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet obejmuje:

- morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi,
- stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy,
- stężenie glukozy,
- ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, GGTP – enzymy wątrobowe),
- kreatynina,
- badanie ogólne moczu,
- kwas moczowy,
- krew utajona w kale.

### Pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn zawiera:

- morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi,
- stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy,
- stężenie glukozy,
- ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, GGTP – enzymy wątrobowe),
- kreatynina,
- badanie ogólne moczu,
- **kwas moczowy**,
- krew utajona w kale,
- PSA (badanie w kierunku raka prostaty).

### Pakiet wspólny dla kobiet i mężczyzn obejmuje:

- pomiar ciśnienia tętniczego,
- pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI),
- ocena miarowości rytmu serca.

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210001081/O/D2021081.pdf>



## DIAGNOSTYKA

W przypadku podejrzenia guza pęcherza moczowego w wywiadzie lekarskim pacjent powinien zostać skierowany na:

- cystoskopia, najlepiej metodą giętką (cystoskopii (pozwalającej na obejrzenie pęcherza moczowego przez urządzenie optyczne zakładane przez cewkę moczową),
- badanie USG (jako metoda dodatkowa do cystoskopii),
- cytologię osadu moczu.

W sytuacji nieprawidłowych wyników konieczne jest wykonanie także:

- badań obrazowych takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) najważniejszym elementem prawidłowej ścieżki diagnostycznej jest zawsze cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa. Eksperti EAU podkreślają, że cystoskopia nie może być zastąpiona żadną inną metodą diagnostyczną. W przypadku przewlekłego krwinkomoczu lub bezbolesnego krwinkomoczu prawidłowy wynik badania USG nie zwalnia z wykonania cystoskopii.

Skuteczne i szybkie rozpoznanie nowotworów pęcherza moczowego jest kluczowe, ponieważ pozwala na rozpoczęcie właściwego leczenia w początkowej fazie choroby, kiedy istnieje jeszcze możliwość całkowitego wyleczenia. Nowoczesne techniki diagnostyczne poprawiają wizualizację endoskopową, np. dostępna obecnie cystoskopia w świetle niebieskim pozwala na zobaczenie niewielkich zmian nowotworowych (niewidocznych w świetle białym).

**Badanie histopatologiczne materiału pobranego za pomocą biopsji wykonywanej najczęściej w trakcie cystoskopii umożliwia postawienie ostatecznego rozpoznania.** W sytuacji, gdy występowanie guza nowotworowego potwierdziły badania obrazowe, pacjent kierowany jest od razu na **zabieg przezcewkowej elektroresekcji guza tzw. TURBT**, podczas którego oprócz wy-

cięcia zmian nowotworowych, pobiera się materiał do badania histopatologicznego. Usunięty guz jest oceniany w badaniu mikroskopowym przez patologa, który ustala czy jest to nowotwór łagodny czy złośliwy oraz jak głęboko wrasta on w ścianę pęcherza moczowego. Dodatkowo wskazane jest wykonanie innych badań oceniających stan narządów wewnętrznych (np. RTG klatki piersiowej lub tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz rezonans magnetyczny miednicy).

### Główne czynniki rokownicze w raku pęcherza moczowego naciekającego na mięśniówkę tzw. MIBC:

- stopień złośliwości,
- stopień zaawansowania w chwili diagnozy,
- zajęcie węzłów chłonnych i naczyń krwionośnych,
- przerzuty oraz choroby współistniejące.

### WYKRES NR 4. Proces wstępnego rozpoznania raka pęcherza moczowego.

PODEJRZENIE RAKA  
PĘCHERZA MOCZOWEGO

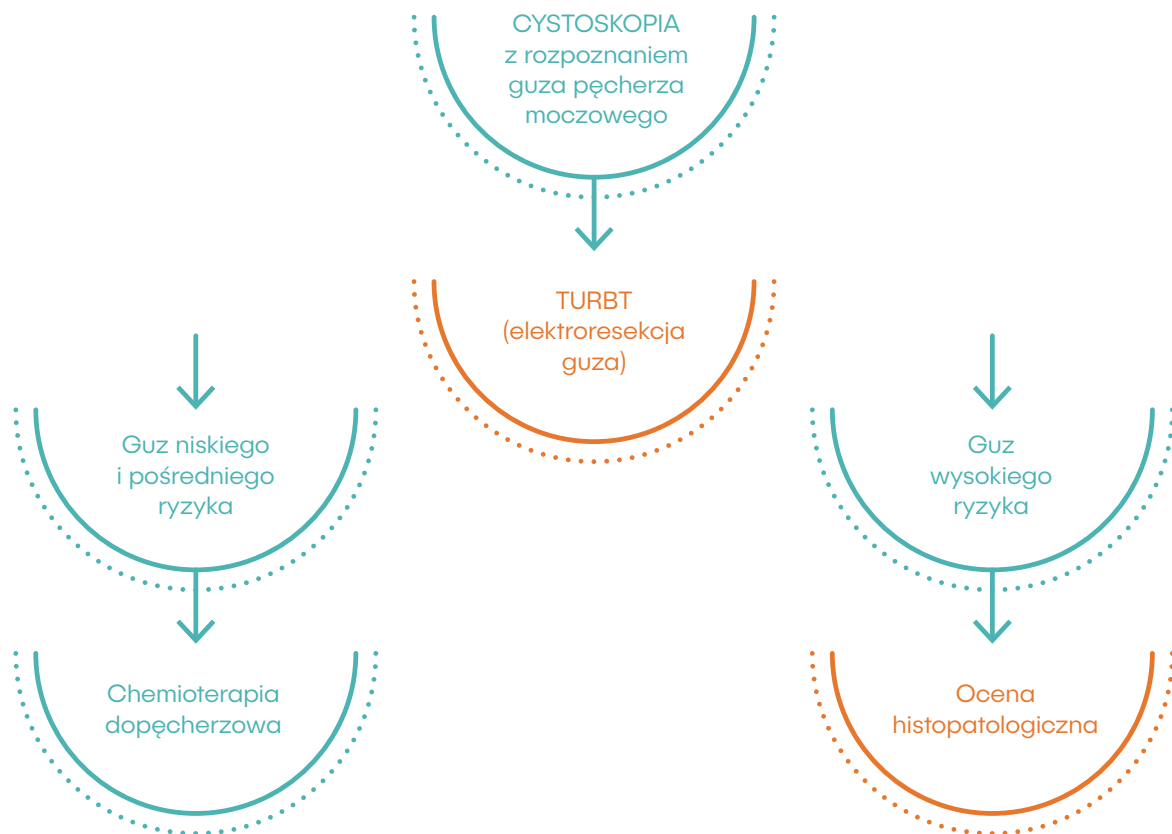


WYWIAD  
CYSTOSKOPIA  
CYTOLOGIA MOCZU  
BADANIA OBRAZOWE

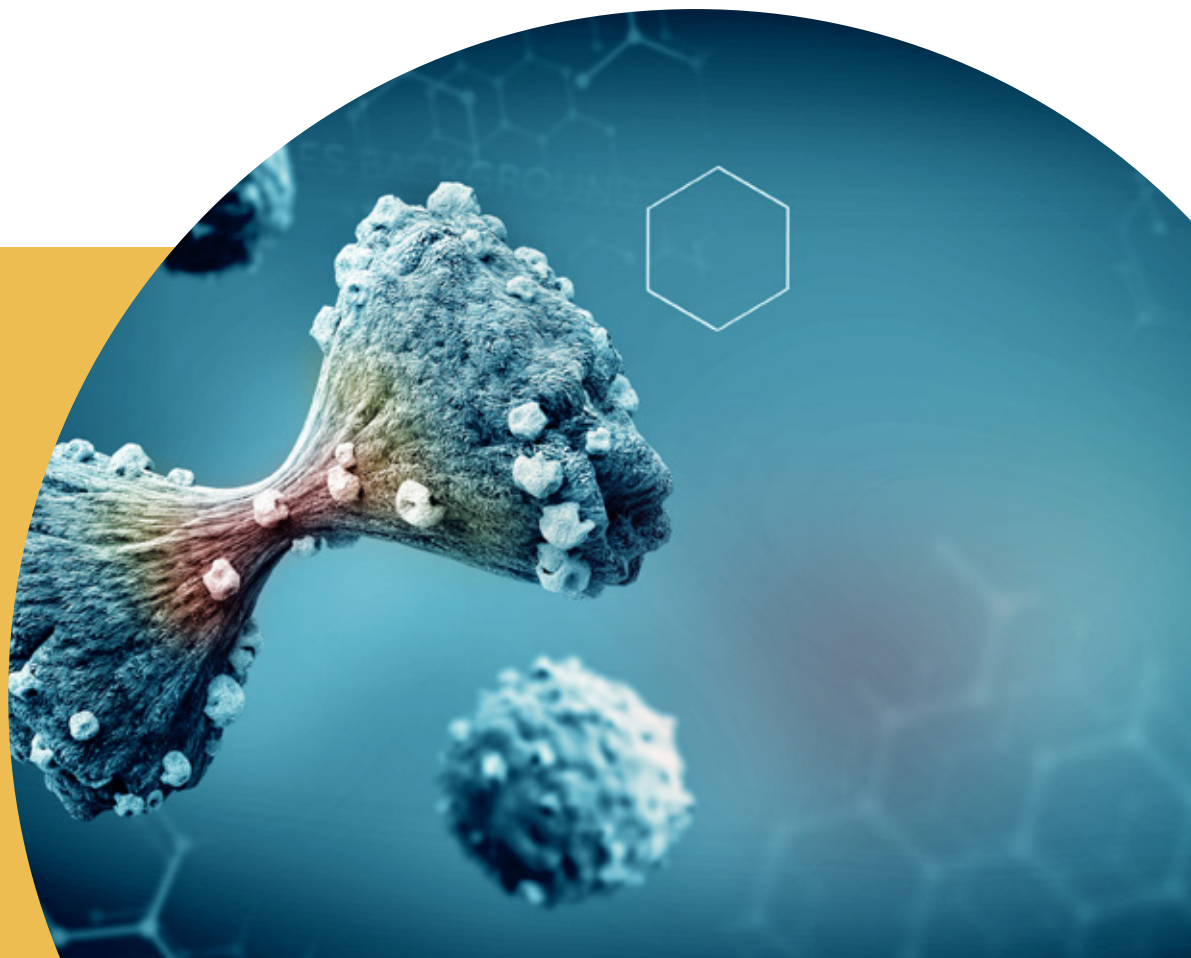


DECYZJA W SPRAWIE  
DALSZEGO POSTĘPOWANIA  
DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO

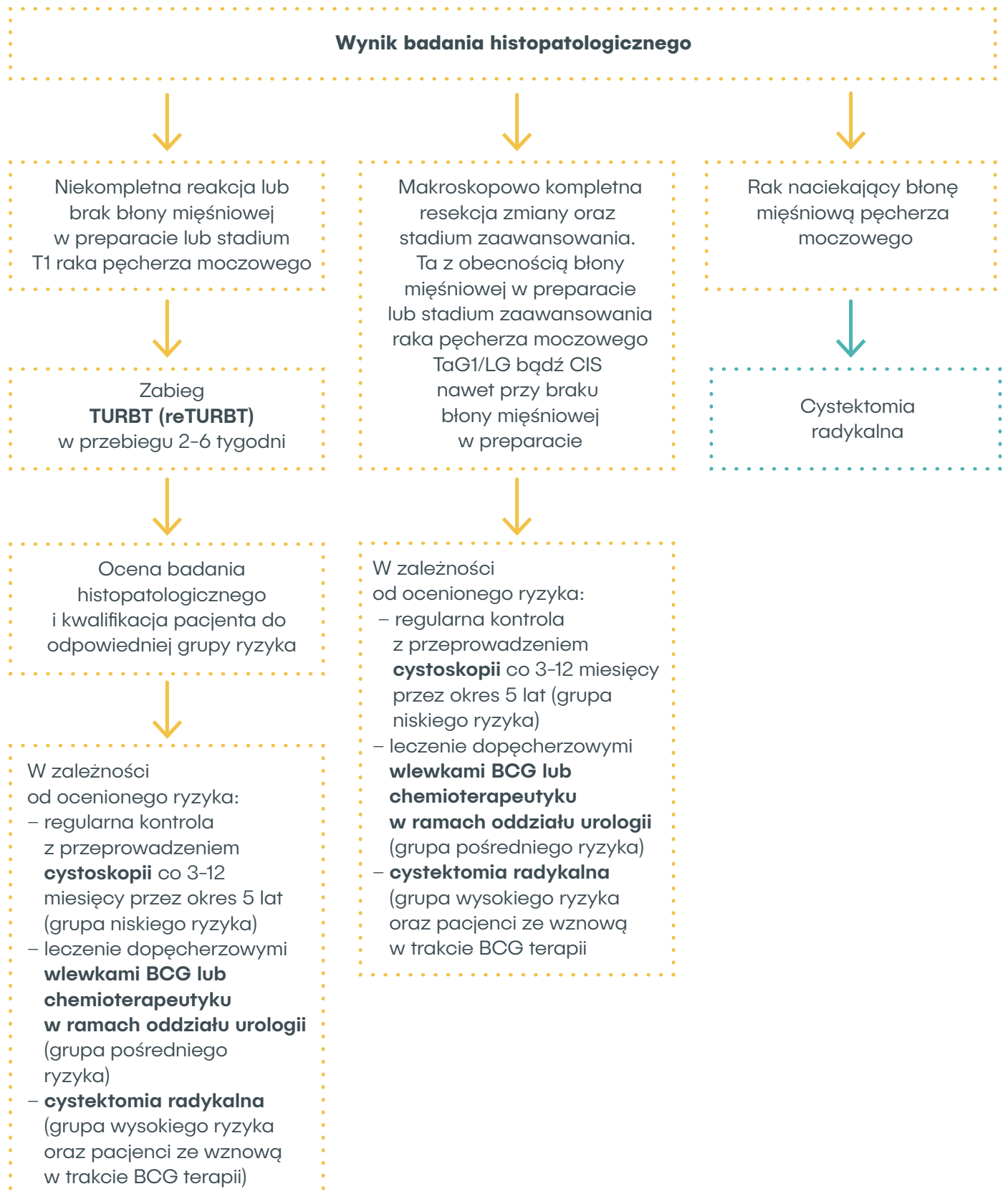
Źródło: Opracowanie własne.

**WYKRES NR 5.** Postępowanie w przypadku rozpoznania w cystoskopii guza pęcherza moczowego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019



## WYKRES NR 6. Postępowanie lecznicze po ocenie histopatologicznej guza pęcherza moczowego.



## LECZENIE

**Sposób leczenia raka pęcherza moczowego zależy od stopnia klinicznego zaawansowania guza w chwili rozpoznania, w zależności od tego czy mamy do czynienia z rakiem nienaciekającym błony mięśniowej pęcherza (NMIBC) czy naciekającym błonę mięśniową pęcherza (MIBC).**

Leczenie w zależności od stadium zaawansowania raka pęcherza moczowego<sup>9</sup>:

### a) nowotwór NMIBC (stadium 0 i I)

- po cystoskopii zalecana jest przezcewkowa resekcja guza TURBT (może prowadzić do całkowitego wyleczenia)
- w uzasadnionych przypadkach stosuje się leczenie adjuwantowe (chemioterapia i immunoterapia dopęcherzowa)
- w przypadku nieskuteczności powyższych metod zaleca się cystektomię (usunięcie pęcherza moczowego)

### b) nowotwór zajmujący mięśniówkę, zajmuje ściany pęcherza lub otaczające tkanki (stadium II i III)

- radykalne, całkowite usunięcie pęcherza moczowego oraz otaczających narządów i węzłów chłonnych
- zaleca się chemioterapię lub radioterapię neoadjuwantową przed operacją
- w przypadku braku zgody pacjenta na cystektomię radykalną lub stan pacjenta, który wyklucza operację, stosuje się agresywny TURBT w skojarzeniu z chemioterapią i/lub radioterapią

### c) nowotwór przerzutowy, rozprzestrzenił się poza ściany pęcherza moczowego, do innych narządów (stadium IV)

- główną metodą jest chemioterapia
- w uzasadnionych przypadkach stosuje się też leczenie chirurgiczne
- radioterapia paliatywna łagodząca ból i krwawienia

### d) nowotwór nawrotowy (wznowa)

- chemioterapia wraz z leczeniem podtrzymującym

- nowe opcje terapeutyczne – badania kliniczne

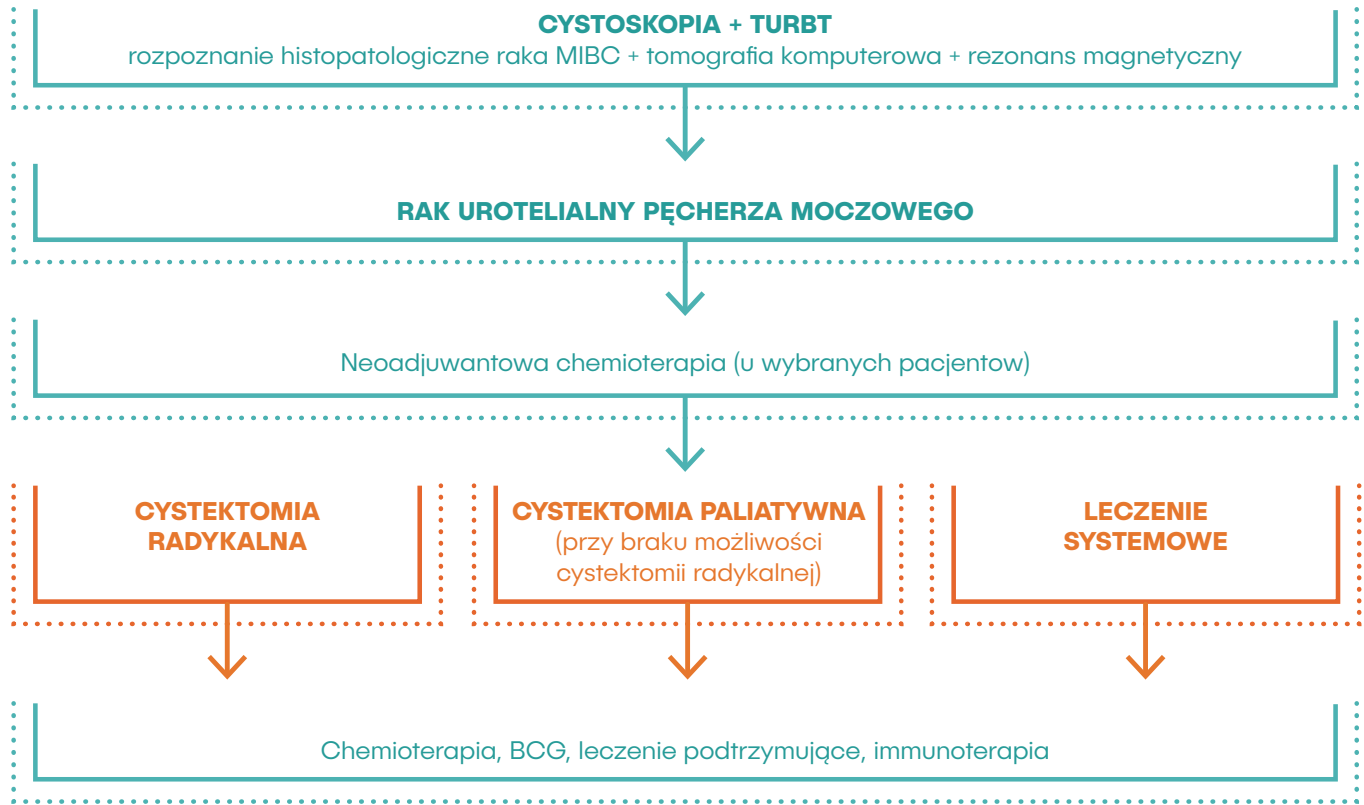
Zasadniczą metodą leczenia nowotworu nienaciekającego błony mięśniowej pęcherza jest **elektroresekcja przezcewkowa guza (TURBT)**, polegająca na wycięciu guza oraz tkanek z dna i obrzeża pęcherza. Celem jej wykonania jest postawienie właściwego rozpoznania i usunięcie wszystkich widocznych zmian. Sposób wycięcia zależy od rozmiaru zmiany. Jeśli badanie histopatologiczne materiału tkankowego wykazuje guz z grupy umiarkowanego lub dużego ryzyka, bądź jeśli wynik tego badania pod względem oceny stopnia zaawansowania nowotworu nie jest jednoznaczny, po upływie 4–6 tygodni od pierwszej TURBT wykonuje się ponowną resekcję przezcewkową obszaru objętego resekcją pierwotną (re-TURBT). Z danych wynika, że pierwsza TURBT jest niedoszczętna aż u 35–70% chorych. Dostępne w Polsce techniki nowoczesnej diagnostyki pogłębionej jak np. cystoskopia w świetle niebieskim pozwala na dokładne zlokalizowanie zmian nowotworowych.

**Rak naciekający błonę mięśniową pęcherza stanowi wskazanie do radykalnego wycięcia pęcherza.** Radykalna cystektomia może być stosowana także w leczeniu nienaciekającego raka pęcherza moczowego, jednak potencjalne korzyści z wykonania operacji muszą być wyważone, ze względu na ryzyko śmiertelności i negatywny wpływ na jakość życia pacjenta. Radykalną cystektomię wykonuje się jako operację otwartą, laparoskopowo lub laparoskopowo z asystą robota. Integralną częścią cystektomii radykalnej, bez względu na technikę, jest wycięcie węzłów chłonnych<sup>10</sup>. Po usunięciu pęcherza moczowego tworzony jest zastępczy pęcherz jelitowy lub tzw. urostomia z wyprowadzeniem moczu na skórę. Radykalne wycięcie pęcherza w sposób znaczny pogarsza jakość życia pacjenta. Część chorych z zaawansowanym nowotworem pęcherza moczowego wymaga dalszej uzupełniającej chemioterapii lub naświetlań (radioterapii) lub immunoterapii. Większość pacjentów przed cystektomią powinna otrzymać chemioterapię przedoperacyjną jeśli to medycznie możliwe.

<sup>9</sup> <https://www.esmo.org/content/download/88652/1621545/file/ESMO-ACF-Rak-Pe%CC%A8cherza-Moczowego-Poradnik-dla-Pacjenta%CC%81w.pdf>

<sup>10</sup> Przegląd Urologiczny <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2576>

## WYKRES NR 7. Schemat postępowania w przypadku potwierdzenia raka pęcherza moczowego MIBC.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019.

Paliatywna cystektomia wykonywana jest u pacjentów, u których zaawansowanie nowotworu uniemożliwia jego radykalne usunięcie. Wskazaniem do paliatywnej cystektomii jest masywny krwimocz oporny na leczenie zachowawcze, przetoka moczowa lub nasilone objawy przy oddawaniu moczu.<sup>11</sup> Wiąże się ona z dużą ilością powikłań, dlatego powinna być stosowana wyłącznie wówczas, gdy nie ma innych możliwości. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem w obrębie miednicy i zajęciem pęcherza, paliatywną cystektomię z odprowadzeniem moczu sposobem moczowód na skórę, lub przez nefrostomię, wykonuje się przede wszystkim w celu uniknięcia bólu, nawracających krwawień, dokuczliwych parć i powstawania przetok<sup>12</sup>.

W przypadku raka nienaciekającego mięśniówkę (NMIBC) stosuje się **chemioterapię lub immuno-**

**terapię dopęcherzową (BCG)**. BCG ma na celu zapobieganie i opóźnienie kolejnych nawrotów<sup>13</sup>. Immunoterapia BCG nie zmienia naturalnego przebiegu choroby w przypadkach guzów niskiego ryzyka i dla tej kategorii pacjentów może być uważana za nadmierne leczenie.

Chemioterapia systemowa stosowana jest w zaawansowanej i przerzutowej postaci choroby, opiera się przede wszystkim na stosowaniu pochodnych platyny, głównie cisplatyny, w połączeniu z innymi lekami przeciwnowotworowymi. Leczenie systemowe może obejmować także terapię neoadjuwantową i adjuwantową – jako uzupełnienie innych metod leczniczych i standard postępowania w nieresekcyjnym lub przerzutowym raku pęcherza moczowego<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> <sup>12</sup> Eurologia.pl <https://eurologia.pl/g/356,cystektomia-operacja-usuniecia-pecherza-moczowego>

<sup>13</sup> R. Maranda, Terapia BCG jako leczenie uzupełniające w leczeniu chorych na raka pęcherza moczowego, Przegląd Urologiczny 2010/5 (63)

<sup>14</sup> Raport AOTMiT „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego pęcherza moczowego”, 2020

Chemioterapię neoadjuwantową w raku naciekającym na mięśniówkę MIBC zaleca się przed radykalną cystektomią lub radykalną radioterapią. Jej celem jest usunięcie mikroprzerzutów, zmniejszenie wielkości guza oraz zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych do innych części ciała podczas operacji. Chemioterapia adjuwantowa tzw. uzupełniająca (po cystektomii) nie jest postępowaniem standardowym i może dotyczyć wyłącznie chorych w dobrym stanie sprawności ogólnej, którzy nie otrzymali leczenia neoadjuwantowego<sup>15</sup>.

**Leczenie systemowe chemioterapią z wykorzystaniem cisplatyny jest standardem postępowania zarówno w terapii neoadjuwantowej, jak i w nieresekcyjnym lub przerzutowym raku pęcherza moczowego<sup>16</sup>.** Dobór schematu leczenia zależy od wielu czynników, przede wszystkim obecności chorób towarzyszących oraz stanu ogólnego pacjenta.

W pierwszej linii leczenia systemowego, u pacjentów, którzy uzyskali odpowiedź na leczenie lub stabilizację w trakcie chemioterapii opartej na

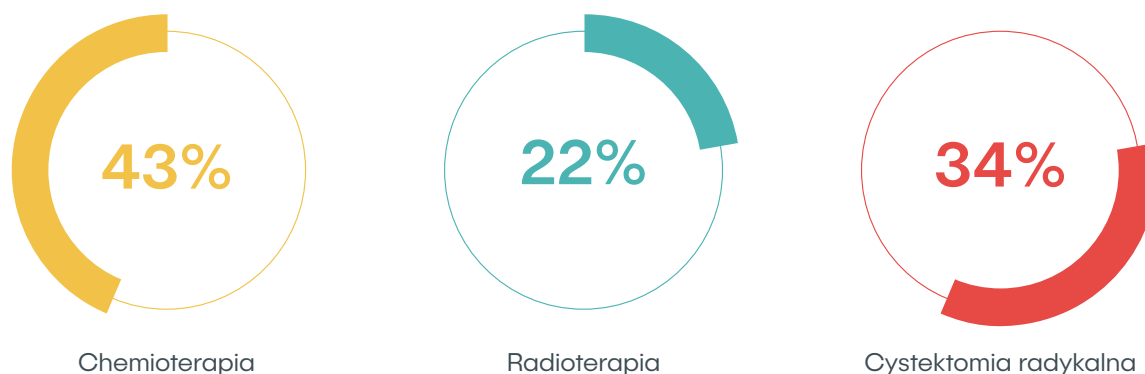
po pochodnych platyny, według wytycznych europejskich (ESMO, EAU), amerykańskich NCCN oraz polskich zaleceń PTOK/PTU<sup>17 18</sup> rekomendowane jest zastosowanie terapii podtrzymującej awe-lumabem (inhibitor punktu kontrolnego PD-L1). U pacjentów z ekspresją PD-L1, którzy nie kwalifikują się do terapii na bazie cisplatyny ze względu na zły stan ogólny, słabą czynność nerek lub choroby współistniejące można zastosować inne inhibitory punktu kontrolnego – pembrolizumab, atezolizumab.

Leczenie z zastosowaniem immunoterapii w przypadku raka pęcherza moczowego nie jest jeszcze w Polsce refundowane.

W sytuacji, gdy nie ma markera PD-L1 stosuje się schematy na bazie karboplatyny takie jak połączenie karboplatyny i gemcytabiny lub połączenie metotreksatu, karboplatyny i winblastyny lub sam taksan lub gemcytabinę<sup>19</sup>.

W drugiej linii leczenia, u pacjentów z progresją w trakcie lub po leczeniu terapią na bazie związków platyny stosuje się inhibitory punktu kontrol-

**WYKRES NR 8. Odsetek pacjentów z rakiem in situ, nowotworem złośliwym i o nieokreślonym charakterze pęcherza moczowego leczonych metodami chirurgicznymi, chemioterapią i radioterapią w latach 2015 – 2018.**



Źródło: Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019

<sup>15</sup> Po Dyplomie: <https://podyplomie.pl/onkologia/22970/leczenie-systemowe-raka-pecherza-moczowego>

<sup>16</sup> E.M.Carballido, J.E. Rosenberg, Optymalne leczenie w uogólnionym raku pęcherza moczowego, Onkologia w Praktyce Klinicznej 2014, tom 10, nr 6, s. 347–356

<sup>17</sup> ESMO Clinical Practice Guidelines for Bladder Cancer <https://www.esmo.org/guidelines/genitourinary-cancers/bladder-cancer/eupdate-bladder-cancer-treatment-recommendations>

<sup>18</sup> Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku pęcherza moczowego PTOK/PTU. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2022; [https://journals.viamedica.pl/onkologia\\_w\\_praktyce\\_klin\\_edu/article/view/87583](https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu/article/view/87583)

<sup>19</sup> Komunikat AOTMiT: <https://www.aotm.gov.pl/produkty-lecznicze/rdtl/>



nego – pembrolizumab, atezolizumab, niwolumab (leki nierefundowane w Polsce w tym wskazaniu). Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do zastosowania zarówno związków platyny jak i immunoterapii opcją jest winflunina, także jako trzecia i kolejna linii leczenia. W drugiej linii leczenia zastosowanie może mieć także docetaksel i enfortumab vedotin. W przypadku przerzutów do kości zaleca się stosowanie kwasu zoledronowego i denosumabu.

Leczenie oszczędzające pęcherz, stosowane u pacjentów, którzy nie mogą lub nie chcą zostać poddani cystektomii, polega na agresywnej TURBT w połączeniu z radioterapią lub chemioterapią lub radiochemioterapią (leczenie trójmodalne). Należy podkreślić, że postępowanie to ma niższą skuteczność niż klasyczne leczenie.

**Radioterapia** w raku pęcherza najczęściej wykorzystywana jest jako element leczenia trójmodalnego (TMT, tri-modality therapy), które oprócz radioterapii obejmuje resekcję przezcewkową guza pęcherza i chemioterapię. Jest to alternatywa dla chorych z medycznymi przeciwwskazaniami do cystektomii lub nieakceptujących spadku jakości życia po cystektomii. Radioterapia samodzielna jest stosowana rzadziej, głównie u chorych, którzy nie kwalifikują się do TMT lub nie wyrażają zgody na leczenie systemowe. Wyniki samodzielnej radioterapii są gorsze niż cystektomii lub TMT, a 5-letnie przeżycia całkowite nie przekraczają 35%.

Radioterapia może być również wykorzystywana w leczeniu paliatywnym przy ograniczaniu objawów wynikających z progresji miejscowej lub wystąpieniem przerzutów odległych. Pozwala na opanowanie lub zmniejszenie krwawienia, zaburzeń w oddawaniu moczu, bólu spowodowanego naciekaniem splotów nerwowych lub kości.

W Polsce leczenie systemowe raka pęcherza moczowego jest dostępne w ramach katalogu chemioterapii oraz koszyka świadczeń gwarantowanych. **Nie istnieje dedykowany leczeniu zaawansowanego raka pęcherza moczowego program lekowy**, odmiennie niż ma to miejsce w innych nowotworach urologicznych np. raku

prostaty czy nerki. Jest to sytuacja wyjątkowa, zwłaszcza biorąc pod uwagę poważną skalę problemu. Tymczasem w ciągu ostatnich kilku lat nastąpił przetom terapeutyczny dla tej grupy chorych w postaci rejestracji przez Europejską Agencję Leków terapii immunologicznych mających zastosowanie w leczeniu zarówno pierwszej linii raka pęcherza (awelumab w leczeniu podtrzymującym), jak i kolejnych linii (pembrolizumab, atezolizumab, niwolumab).

W związku z powyższym obecnie nie jest refundowane innowacyjne leczenie immuno-onkologiczne. Stworzenie dedykowanego programu lekowego stanowiłoby odpowiedź na niezaspokojoną potrzebę tej niemałej grupy pacjentów. Takich pacjentów w Polsce jest około 1200 rocznie, w przypadku programu liczba pacjentów kwalifikujących się do terapii z uwagi na kryteria włączeni byłaby zapewne niższa.

Aktualnie jedyną opcją na zastosowanie u pacjenta nierefundowanych terapii onkologicznych spoza katalogu terapii standardowych jest **procedura ratunkowego dostępu do leków tzw. RDTL**, która funkcjonuje w Polsce od 2017 roku. W listopadzie 2020 r. po wejściu w życie ustawy o Funduszu Medycznym wprowadzono ważne zmiany, usprawniające funkcjonowanie RDTL. Nowe regulacje przekazały kompetencję w zakresie decyzji o podaniu leku w ramach RDTL świadczeniodawcy, co było wcześniej w gestii ministerstwa zdrowia. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie opiniuje już zasadności finansowania leku ze środków publicznych w ramach RDTL. Ostatnia opinia została wydana w dniu 10 marca 2021 r. i dotyczyła wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL złożonych przed dniem 26 listopada 2020 r.<sup>20</sup>

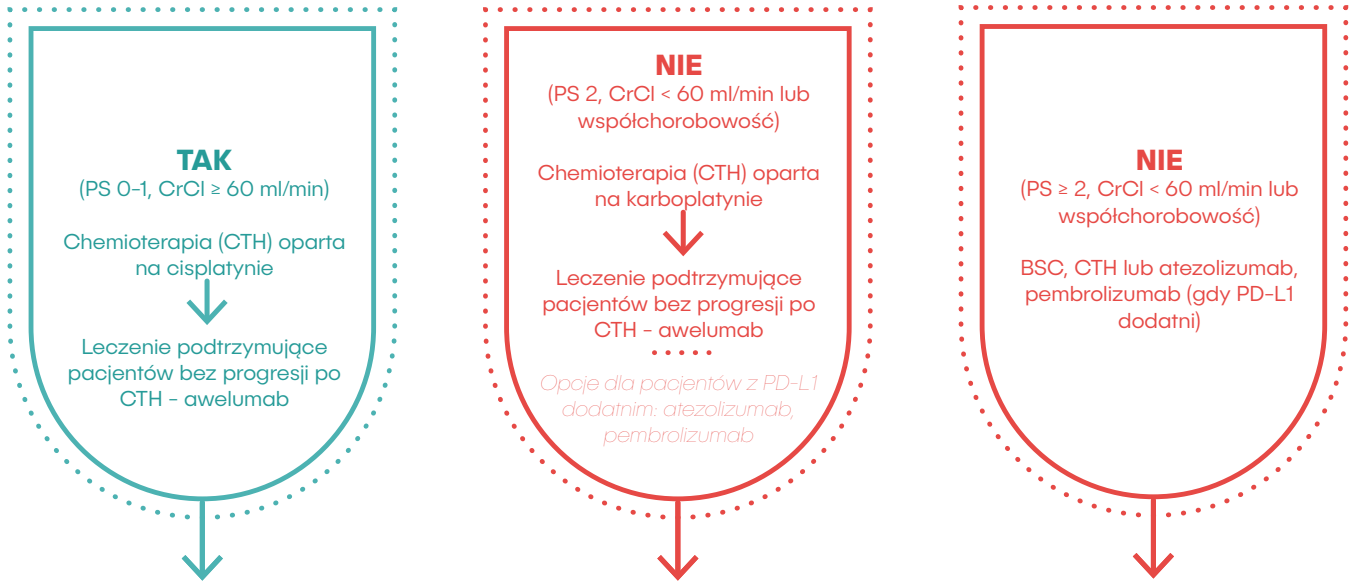
<sup>20</sup> Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 187)



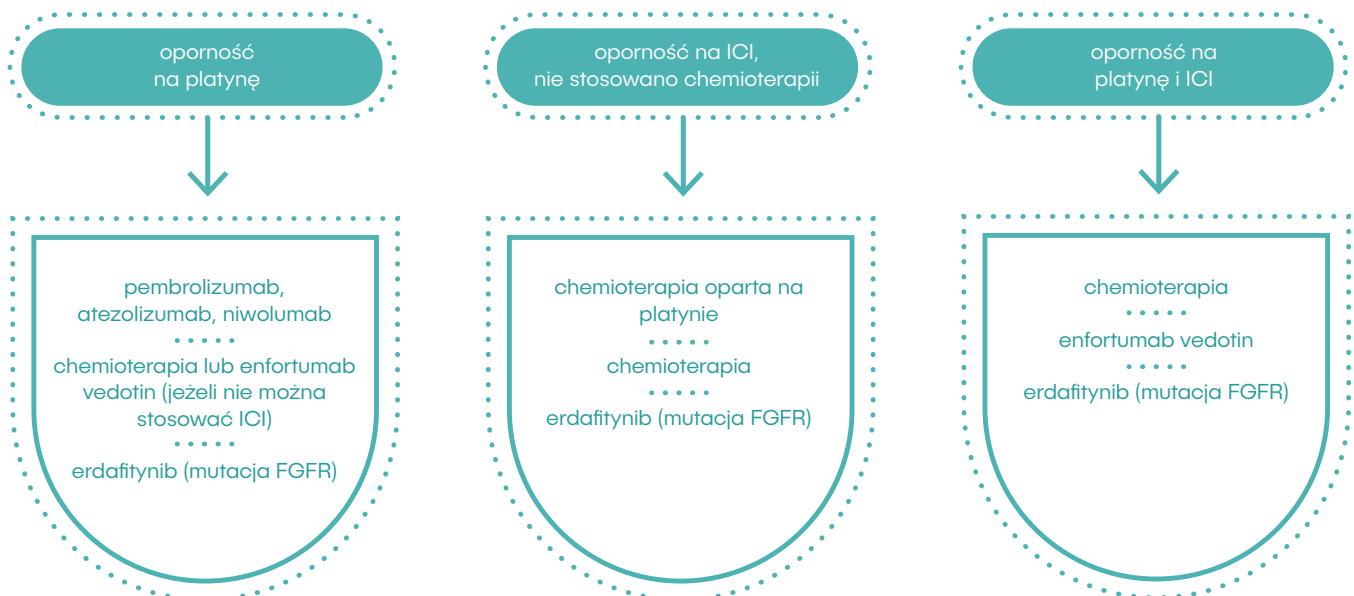
**WYKRES NR 9.** Schemat leczenia pacjentów z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego w zależności od kwalifikacji do terapii cisplastyną wg wytycznych towarzystw europejskich (ESMO, NCCN i EAU) oraz zaleceń Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej/Polskiego Towarzystwa Urologicznego\*.

Czy pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią z zastosowaniem cisplasty?

### I LINIA LECZENIA



### II LINIA LECZENIA



BSC – najlepsze leczenie wspomagające

ICI – inhibitory punktów kontrolnych układu odpornościowego

\*Model optymalny. Obecnie część leków nie jest refundowana w Polsce.

Podanie leku w ramach procedury RDTL jest możliwe po spełnieniu następujących przesłanek<sup>21 22</sup>:

- istnieje uzasadniona i wynikająca ze wskazań aktualnej wiedzy medycznej potrzeba zastosowania u świadczeniobiorcy leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu,
- lek jest niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy we wskazaniu występującym u jednostkowych pacjentów,
- zostały już wyczerpane u danego świadczeniobiorcy wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych,
- świadczeniodawca uzyskał pozytywną opinię konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy albo konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie, która powinna zawierać ocenę za-

sadności zastosowania tego produktu leczniczego u danego świadczeniobiorcy,

- finansowanie dotyczy wyłącznie leku, który jest dopuszczony do obrotu zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne lub pozostaje w obrocie na podstawie art. 29 ust. 5 lub 6 tej ustawy oraz jest dostępny na rynku.

Podanie leku w ramach RDTL może nastąpić na okres nie dłuższy niż 3 miesiące albo 3 cykle leczenia. W sytuacji kontynuacji podawania leku w ramach RDTL przez tego samego świadczeniobiorcę po upływie okresu terapii nie dłuższego niż 3 miesiące albo po 3 cyklach leczenia konieczne jest potwierdzenie przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy skuteczności leczenia świadczeniobiorcy tym lekiem.

## WYKRES NR 8. Produkty lecznicze zarejestrowane w Polsce w leczeniu i diagnostyce raka pęcherza moczowego (na dzień 1.01.2022) oraz ich dostęp dla pacjentów.

### KATALOG CHEMIOTERAPII:

PRODUKT	WSKAZANIE REFUNDACYJNE	WSKAZANIE REJESTRACYJNE
<b>KARBOPLATYNA</b> [Carbomedac, Carboplatin-Ebewe, Carboplatin Accord, Carboplatin Pfizer]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>CISPLATYNA</b> [Cisplatin-Ebewe, Cisplatinum Accord]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	chemioterapia nowotworów złośliwych zaawansowanego raka pęcherza moczowego
<b>CYKLOFOSFAMID</b> [Endoxan]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>DAKARBAZYNA</b> [Detimedac]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC

<sup>21</sup> Komunikat AOTMiT: <https://www.aotm.gov.pl/produkty-lecznicze/rdtl/>

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 187.)

PRODUKT	WSKAZANIE REFUNDACYJNE	WSKAZANIE REJESTRACYJNE
<b>DOKSORUBICYN</b> [Doxorubicin-Ebewe, Adriblastina PFS, Caelyx, Doxorubicinum Accord, Myocet]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	wskazana w leczeniu raka pęcherza moczowego
<b>ETOPOZYD</b> [Etoposid-Ebewe, Etopozyd Accord]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>FLUOROURACYL</b> [5 Fluorouracil-Ebewe, Fluorouracil 1000 medac, Fluor-ouracil Accord]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>GEMCYTABINA</b> [Gemcitabinum Accord, Gempol]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> </ul>	wskazana w leczeniu pacjentów z rakiem pęcherza moczowego miejscowo zaawansowanego lub z przerzutami
<b>IFOSFAMID</b> [Holoxxan]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>IRYNOTEKAN</b> [Campto, Irinotecan Accord, Irinotecan Kabi]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>METOTREKSAT</b> [Methotrexat Ebewe, Metotrexat Accord]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>PAKLITAKSEL</b> [Paclitaxel Kabi, Paclitaxel-Ebewe, Paclitaxelum Accord]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>WINKRYSTYNA</b> [Vincristine Teva]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>WINORELBINA</b> [Navelbine, Navirelm Neocitec, Vinorelbine Accord, Vinorelbine Al-vogen]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9)</li> <li>• wtórny nowotwór złośliwy pęcherza oraz innych nieokreślonych części układu moczowego</li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC
<b>TEMOZOLOMID</b> [Temodal, Te-mozolomide, Te-mozolomide Sun, Temozolomide Accord, Temozolomide Glenmark]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwór złośliwy pęcherza moczowego C67 (C67.0 – C67.9) <u>u dzieci do 18 r.ż.</u></li> </ul>	brak rejestracji w leczeniu UC

## IMMUNOTERAPIA I DIAGNOSTYKA:

PRODUKT	DATA REJESTRACJI W EMA WSKAZANIA: RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	REJESTRACJA W RAKU PĘCHERZA MOCZOWEGO
aminolewulinian heksylu (Hexvix)	Poza EMA – rejestracja w procedurze MRP	Produkt leczniczy przeznaczony wyłącznie do diagnostyki. Cystoskopia fluorescencyjna w świetle niebieskim z użyciem produktu Hexvix wskazana jest jako metoda wspomagająca standardową cystoskopię w świetle białym, przyczyniając się do lepszej diagnozy i leczenia raka pęcherza u pacjentów z rozpoznaniem lub wysokim prawdopodobieństwem jego obecności.
prątki BCG do immunoterapii (BCG medac)	Poza EMA – procedura narodowa	Leczenie nieinwazyjnego raka nabłonkowego pęcherza moczowego: <ul style="list-style-type: none"> <li>leczenie raka in situ</li> <li>leczenie profilaktyczne w celu zapobiegania nawrotom: <ul style="list-style-type: none"> <li>raka nabłonkowego ograniczonego tylko do błony śluzowej</li> <li>Ta G1-G2 jeśli to jest guz wielogniskowy i (lub) nawracający</li> <li>Ta G3</li> <li>raka nabłonkowego umiejscowionego w błonie właściwej, ale nie mięśniowej pęcherza moczowego (T1)</li> <li>raka in situ.</li> </ul> </li> </ul>
nivolumab (Opdivo)	czerwiec 2017 r.	OPDIVO w monoterapii jest wskazany w leczeniu nieoperacyjnego raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego lub z przerzutami u dorosłych po niepowodzeniu wcześniejszej terapii opartej na pochodnych platyny.
pembrolizumab (Keytruda)	sierpień 2017 r.	Produkt leczniczy KEYTRUDA w monoterapii jest wskazany do stosowania w leczeniu raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego lub z przerzutami u osób dorosłych, u których zastosowano wcześniej chemioterapię zawierającą pochodne platyny. Produkt leczniczy KEYTRUDA w monoterapii jest wskazany do stosowania w leczeniu raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego lub z przerzutami u osób dorosłych, które nie mogą zostać zakwalifikowane do chemioterapii zawierającej cisplatinę i u których łączny wynik pozytywny (ang. CPS, Combined Positive Score) z ekspresją PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi $\geq 10$ .
atezolizumab (Tecentriq)	wrzesień 2017 r.	Produkt leczniczy Tecentriq w monoterapii jest wskazany w leczeniu dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub rozsiały rakiem urotelialnym (UC): <ul style="list-style-type: none"> <li>po wcześniejszej chemioterapii zawierającej związku platyny lub</li> <li>u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do leczenia cisplatiną i u których ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi <math>\geq 5\%</math>.</li> </ul>
avelumab (Bavencio)	styczeń 2021 r.	Produkt leczniczy BAVENCIO jest wskazany do stosowania w monoterapii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu u dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem urotelialnym (ang. urothelial carcinoma, UC), którzy są bez progresji po zastosowaniu chemioterapii opartej na pochodnych platyny.

REKOMENDACJA AOTMiT W RAKU PĘCHERZA MOCZOWEGO	REFUNDACJA W POLSCE W RAKU PĘCHERZA MOCZO- WEGO W RAMACH WYKAZU LEKÓW REFUNDOWANYCH	REFUNDACJA W POLSCE W RAKU PĘCHERZA MOCZOWEGO W RAMACH RDTL
<b>Pozytywna rekomendacja</b> nr 44/2015 z dnia 25 maja 2015r. Prezesa AOTMiT w ramach programu lekowego: „Leczenie raka pęcherza moczowego z wykorzystaniem heksylu aminolewulinianu podczas zabiegu przezcewkowej resekcji guza pęcherza moczowego (ICD-10 C67)”	nie	nie
<b>Negatywna rekomendacja</b> nr 32/2017 z dnia 2 czerwca 2017r. Prezesa AOTMiT w ramach wykazu apetycznego we wskazaniu: leczenie nieinwazyjnego raka nabłonkowego pęcherza moczowego.	nie	nie
<b>Negatywna rekomendacja</b> nr 31/2018 z dnia 11 kwietnia 2018 r. Prezesa AOTMiT w ramach programu lekowego: „Leczenie raka urotelialnego z zastosowaniem niwolumabu (ICD-10: C65, C66, C67, C68)	nie	nie <sup>23</sup>
Pozytywna rekomendacja nr 60/2019 z dnia 30 lipca 2019 r. Prezesa AOTMiT w ramach programu lekowego: „Leczenie raka urotelialnego (ICD-10: C65, C66, C67, C68)”	nie	nie <sup>24</sup>
brak	nie	tak <sup>25</sup>
<b>Negatywna rekomendacja</b> nr 12/2022 z dnia 4 lutego 2022r. Prezesa AOTMiT w ramach programu lekowego: „Leczenie raka urotelialnego awelumabem (ICD-10 C61, C65, C66, C67, C68)”	nie	tak <sup>26</sup>

<sup>23</sup> Załącznik do komunikatu Ministra Zdrowia w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (20.02.2022)

<sup>24</sup> Załącznik do komunikatu Ministra Zdrowia w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (20.02.2022)

<sup>25</sup> Lek nie został uwzględniony w załączniku do komunikatu Ministra Zdrowia w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (20.02.2022)

<sup>26</sup> Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”

## REHABILITACJA

Wczesna rehabilitacja i opieka specjalistyczna ma kluczowe znaczenie dla poprawy stanu ogólnego pacjenta. Następstwa po leczeniu operacyjnym i systemowym nowotworów takie jak: ból, unieruchomienie, obniżenie aktywności fizycznej, stomia, stres, mogą prowadzić do dalszych zaburzeń funkcji czynnościowych organizmu.

Jak wskazuje Polskie Towarzystwo Urologiczne – rehabilitacja w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia ma poprawić jakość opieki nad pacjentem oraz zapewnić właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może pozytywnie wpłynąć na obniżenie odsetka śmiertelności odległej, jak również ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.<sup>27</sup>

Podczas pobytu pacjenta w szpitalu zaleca się prowadzenie fizjoterapii klatki piersiowej, ćwiczeń utrzymujących poziom aktywności fizycznej, zabiegów przeciwzakrzepowych oraz metod zapobiegania powstawania obrzęku chłonnego, nauki pozycji łagodzących dolegliwości bólowe oraz czynności związanych z używaniem urologicznych środków pomocniczych. Pozwala to na wczesne uruchomienie i pionizację pacjenta, co minimalizuje następstwa długotrwałego przeby-

wania w pozycji leżącej (np. odleżyny) oraz zapobiega powikłaniom krążeniowo-oddechowym, które mogą prowadzić do rozwoju stanów zapalnych oskrzeli lub płuc. Niezwykle ważną rolę odgrywa rehabilitacja urologiczna, ćwiczenia zwieraczy u chorych poddawanych TURB oraz po cystektomii z wytworzeniem zastępczego zbiornika jelitowego, nauka opróżniania zbiornika jelitowego oraz samocewnikowania.

Elementy rehabilitacji urologicznej obejmują:

- usprawnienie pracy mięśni prawidłowo połączonych z układem nerwowym w celu skompensowania dysfunkcji mięśni uszkodzonych;
- odbudowa tkanki mięśniowej pracującej w niedowładzie;
- odbudowa tkanki mięśniowej porażonej (jeśli jest to możliwe, gdyż długo utrzymujące się porażenie prowadzi do nieodwracalnej zmiany struktury mięśnia);
- regulacja nadmiernego napięcia mięśniowego dna miednicy;
- stymulacja do odbudowy nerwów obwodowych;
- poprawa koordynacji mięśniowej poprzez stworzenie dokładniejszej reprezentacji mięśni dna miednicy w korze ruchowej;
- poprawa jakości komunikacji nerwowej na drodze kora ruchowa-mięsień (skrócenie czasu reakcji mięśnia na polecenie z ośrodkowego układu nerwowego);
- koordynacja pracy ośrodków współczulnych i przywspółczulnych sterujących mikcją;
- treningi behawioralne;
- redukcja czynników ryzyka;

**TABELA NR 3.** Zapobieganie powikłaniom i zaburzeniom czynnościowym po leczeniu przeciwnowotworowym – zalecenia PTOK.

Oddechowe	Krążeniowe	Układu ruchu	Układu chłonnego
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fizjoterapia klatki piersiowej</li> <li>• Ćwiczenia fizyczne</li> <li>• Szybkie uruchamianie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zewnętrzny ucisk ciągły lub przerywany</li> <li>• Wysokie ułożenie kończyny</li> <li>• Ćwiczenia przeciwzakrzepowe</li> <li>• Szybkie uruchamianie</li> <li>• Ćwiczenia fizyczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ułożenie przeciw przykurczom</li> <li>• Ćwiczenia fizyczne</li> <li>• Szybkie uruchamianie</li> <li>• Szybkie wdrażanie do samoobsługi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ręczny drenaż chłonny</li> <li>• Przerywana kompresja pneumatyczna</li> <li>• Ułożenie kończyny</li> <li>• Ćwiczenia fizyczne</li> </ul>

Źródło: Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019

<sup>27</sup>. Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2018



- samodzielne ćwiczenia mięśni dna miednicy (najlepiej z pomocą ministymulatora indywidualnie zaprogramowanego);
- wyposażenie pacjenta w tymczasowe środki zaradcze (redukcja tłoczni brzusznej, przygotowanie dna miednicy do przyjęcia obciążenia).

Rehabilitację urologiczną powinien prowadzić wyspecjalizowany fizjoterapeuta mający gruntowną wiedzę anatomiczną, fizjologiczną i patofizjologiczną pozwalającą zrozumieć istotę działań rehabilitacyjnych oraz umożliwiającą swobodny dialog z lekarzem urologiem. Kluczowym okresem, który pozwala określić skuteczność lub możliwości dalszego powodzenia zabiegów rehabilitacyjnych są 3 miesiące. Lekarz prowadzący powinien otrzymać dokumentację przebiegu fizjoterapii, zawierającą informację o rodzaju wykonanych zabiegów, wykresy ilustrujące zmiany w jakości pracy mięśni dna miednicy, opis i interpretację fizjoterapeuty prowadzącego. Na tej podstawie lekarz będzie kierował dalszym postępowaniem leczniczym.

Pacjent powinien kontynuować rehabilitację po wyjściu ze szpitala. Rehabilitacja lecznicza jest w Polsce refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia i może być realizowana w warunkach ambulatoryjnych, domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, zgodnie ze zleceniem lekarza prowadzącego. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych, może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli stan zdrowia chorego nie pozwala na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych i nie wymaga on całodobowego nadzoru medycznego lekarz urologii, onkolog lub chirurg może wystawić skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową. Ta forma rehabilitacji realizowana w warunkach danego ośrodka lub oddziału dziennego trwa od 15 do 30 dni zabiegowych, średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie.

Niezwykle ważną rolę odgrywa także edukacja pacjenta oraz osób bliskich, która pozwala na większe zaangażowanie w proces usprawniania i poprawę jakości życia chorego.

Edukacja pacjenta powinna obejmować m.in.:

- znaczenie utrzymania aktywności fizycznej oraz konkretne zalecenia dotyczące aktywności,
- zalecenia dotyczące odżywiania w celu zapobiegania otyłości,
- zaburzeń sfery seksualnej,
- eliminacji używek (palenie tytoniu, alkohol).

W kompleksowej opiece nad pacjentem po leczeniu onkologicznym istotną rolę odgrywa również rehabilitacja psychospołeczna, która często realizowana jest przez organizacje pacjentów oraz grupy nieformalne.

#### **Organizacje pacjentów, które wspierają chorych na raka pęcherza moczowego:**

1. **Fundacja Wygrajmy Zdrowie z siedzibą w Warszawie**  
www.wygrajmyzdrowie.pl  
fundacja@wygrajmyzdrowie.pl  
tel. 22 658 23 61
2. **Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” z siedzibą w Warszawie i oddziałami w różnych miastach w kraju**  
www.gladiator-prostata.pl  
tel. 22 864 08 76
3. **Stowarzyszenie Osób z NTM „Uroconti” z siedzibą w Warszawie i oddziałami w różnych miastach w kraju**  
www.uroconti.pl  
zg@uroconti.pl  
tel.: 22 279 49 02
4. **Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych**  
www.pkpo.pl  
info@pkpo.pl





## MONITORING

Obserwacja chorego ma na celu rozpoznanie powikłań po leczeniu, wykrycie progresji i nawrotów nowotworu w czasie, kiedy możliwe jest podjęcie skutecznego leczenia oraz oceny odległych wyników leczenia.<sup>28</sup>

Systematyczna kontrola pacjenta powinna być wykonywana co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata, a następnie **co 6 miesięcy przez kolejne 3 lata**. Obserwację prowadzi się przez całe życie chorego, ponieważ nawroty z progresją raka pęcherza moczowego mogą się zdarzać także po 5-latach od zakończenia leczenia.

Ryzyko nawrotu jest największe w ciągu pierwszych 24–36 miesięcy po leczeniu i stopniowo zmniejsza się wraz z upływem czasu od zabiegu.<sup>29</sup>

### Obserwacja pacjenta z NMIBC polega głównie na:

- Pacjenci z guzami niskiego ryzyka – cystoskopia co 3 miesiące. Gdy wynik jest negatywny, następna cystoskopia zalecana jest po 9 miesiącach, a następnie przez 5 lat raz w roku.
- Pacjenci z guzami wysokiego ryzyka – cystoskopia i cytologia moczu po 3 miesiącach. Jeśli wyniki są negatywne następna cystoskopia i cytologia powinna zostać wykonana kolejno co 3 miesiące przez okres 2 lat, a następnie co 6 miesięcy do zakończenia okresu 5-letniego, potem raz w roku. Zaleca się także regularne (raz do roku) wykonywanie badań obrazowania górnych dróg moczowych (urografia TK).
- Pacjentom z rakiem pośredniego ryzyka – cystoskopia po 3, 9 i 18 miesiącach, a następnie raz w roku. Ponadto, po 5 latach obserwacji bez wystąpienia objawów cho-

robowych należy rozważyć przekierowanie opieki nad pacjentem do POZ.

### Obserwacja pacjenta z MIBC (po leczeniu radykalnym):

- monitorowanie radiologiczne w kierunku wznowy miejscowej i choroby uogólnionej oraz ocena czynności układu moczowego, a także powikłań metabolicznych związanych z odprowadzeniem moczu przez zastępczy zbiornik jelitowy.
- kontrola prawidłowego opróżniania zbiornika jelitowego, stanu urostomii oraz stanu górnych dróg moczowych.
- kontrola stosowania się pacjenta do podstawowych zasad higieny alternatywnego odprowadzenia moczu minimalizuje ryzyko wystąpienia niewydolności nerek, infekcji dróg moczowych oraz zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej .

Na każdym etapie leczenia i kontroli niezwykle ważna jest komunikacja między lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta oraz lekarzem POZ, ponieważ pozwala na ograniczenie negatywnych skutki leczenia chorób współistniejących oraz polipragmatyzacji (wielolekowości).



<sup>28</sup> W.M. Wysocki i W. Cichoń, Obserwacja chorych po leczeniu z powodu wybranych nowotworów złośliwych. Część XIII: rak pęcherza moczowego, <https://www.mp.pl/onkologia/nawotwory/rak-pecherza/184363,obserwacja-chorych-po-leczeniu-z-powodu-raka-pecherza-moczowego,1>

<sup>29</sup> W.M. Wysocki i W. Cichoń, Obserwacja chorych po leczeniu z powodu wybranych nowotworów złośliwych. Część XIII: rak pęcherza moczowego, <https://www.mp.pl/onkologia/nawotwory/rak-pecherza/184363,obserwacja-chorych-po-leczeniu-z-powodu-raka-pecherza-moczowego,1>



# 4.

**Koordynacja  
i opieka kompleksowa  
odpowiedzią na problemy  
pacjentów z rakiem  
pęcherza moczowego**

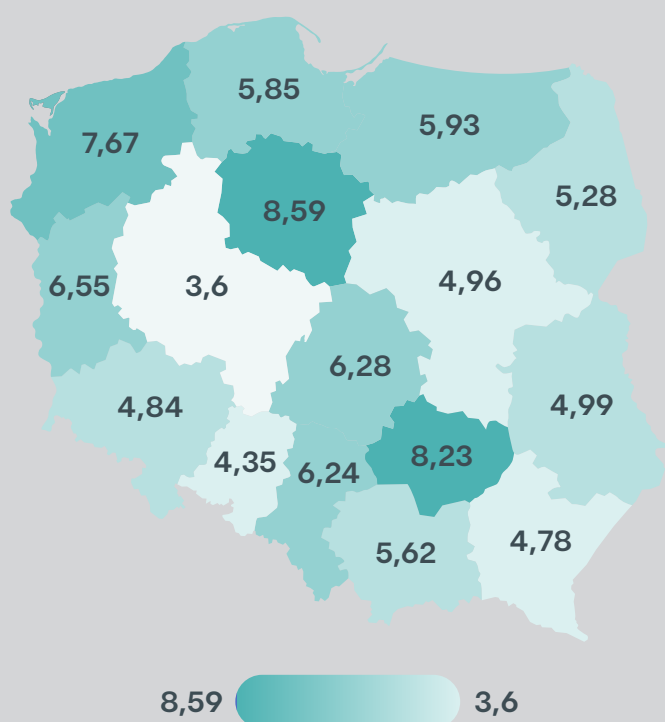
Bezpośredni wpływ na wyniki leczenia pacjentów z rakiem pęcherza moczowego ma zbyt późne rozpoznanie choroby. Od momentu wystąpienia objawów do zidentyfikowania guza w większości przypadków upływa zbyt dużo czasu, a proces diagnostyczny nie jest optymalny. Wielu chorych jest diagnozowanych w czasie przekraczającym 4-6 miesięcy. W efekcie większość nowotworów jest wykrywana na etapie choroby inwazyjnej.

W opinii ekspertów dwie główne przyczyny tak późnej wykrywalności raka pęcherza moczowego w Polsce to zbagatelizowanie objawów choroby (zwłaszcza krwiomoczu) oraz utrudniony dostęp do lekarzy urologów – niedostateczna liczba poradni, ich nieoptymalne rozłożenie geograficzne oraz długi czas oczekiwania na wizytę u urologa,

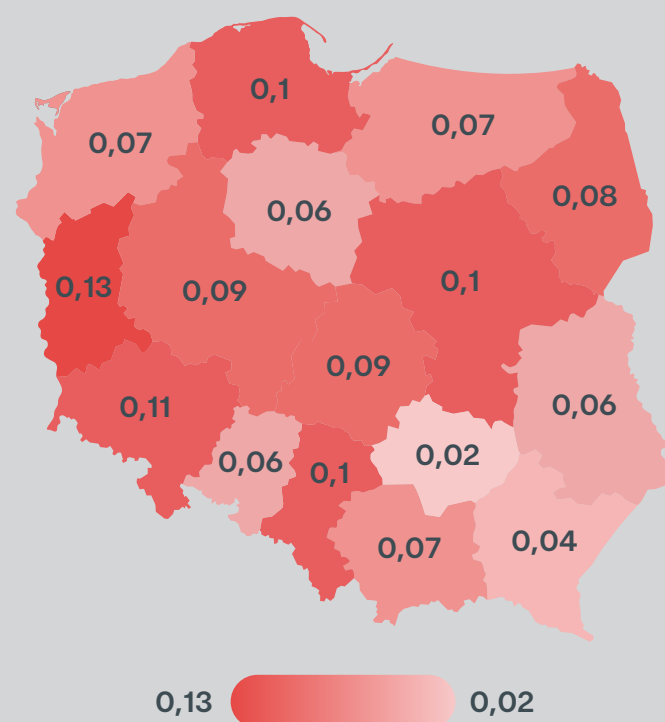
jak również wykonywanie większości cystoskopii w trybie szpitalnym zamiast ambulatoryjnym, przez co zmniejsza się ilość możliwych do wykonania zabiegów w jednostce czasu, zwiększa się obciążenie oddziałów, wydłużają się kolejki.

W związku z tym, że większość oddziałów urologicznych zajmujących się leczeniem nowotworów pęcherza moczowego jest zlokalizowana w szpitalach klinicznych lub wojewódzkich, a nie centrach onkologii, pacjenci są leczeni w wielu różnych placówkach. Głównym problemem w skutecznym leczeniu tych pacjentów jest zatem **brak koordynacji ścieżki pacjenta**, rozproszenie odpowiedzialności za efekty leczenia chorego oraz utrudniona logistyka i organizacja opieki.

**WYKRES NR 10.** Poradnia urologiczna – liczba porad na tysiąc mieszkańców.



**WYKRES NR 11.** Liczba poradni onkologicznych na 10 tys. mieszkańców.



Kolejną kwestią są opóźnienia w postawieniu diagnozy (oczekiwania na wyniki badań) oraz rozpoczęcie leczenia radykalnego i systemowego, co zostało jeszcze bardziej uwidocznione w czasie pandemii koronawirusa, szczególnie w kontekście dostępu do leczenia chirurgicznego (odwołanie, przełożenie operacji).

Od wielu lat w naszym kraju brakuje komunikacji i koordynacji między ośrodkami urologicznymi i onkologicznymi oraz wsparcia pacjenta w procesie leczenia. Pacjent często nie ma jednego koordynatora leczenia, sam musi organizować zapisy, przeniesienia między placówkami trwają zbyt długo, a w tym czasie często dochodzi do progresji nowotworu. Odpowiedzią na to wyzwanie było uruchomienie pilotażu Krajowej Sieci On-

kologicznej w kilku województwach w kraju, który przetestował model kompleksowej i koordynowanej opieki nad chorym na nowotwór. Nowy model opieki kompleksowej został oparty na funkcji koordynatora, który poprowadzi pacjenta „za rękę” przez proces diagnostyki i leczenia. Krajowa Sieć Onkologiczna sprawuje nadzór merytoryczny nad szpitalami o niższej referencyjności, co ma poprawić stosowanie w praktyce standardów leczenia oraz zapewnić wzrost jego jakości.

Pacjenci mają także ograniczony dostęp do nowych, innowacyjnych terapii, które jeżeli trafiają do refundacji, to zwykle ze znacznym opóźnieniem względem średniego czasu refundacji w Unii Europejskiej. Nadal nie powstał też dedykowany program lekowy leczenia raka pęcherza moczowego, który obejmowałby nowoczesne metody leczenia takie jak np. immunoterapia, czy terapie celowane.

Dodatkowo, z uwagi na przewlekłość choroby i konieczność stałego monitoringu koszty postępowania diagnostycznego, leczenia i kontroli są wyższe niż w przypadku niektórych, innych nowotworów.

Sytuację może poprawić zniesienie limitów do poradni specjalistycznych, w diagnostyce nowotworów, które weszło w życie z dniem 1 lipca 2021 r. Problemem pozostaje jednak często niska wycena świadczeń i procedur, która sprawia, że utrzymanie poradni, czy wykonywanie zabiegów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (np. cystoskopia) jest nieopłacalne, a znaczna część procedur nadal skupiona jest na oddziałach szpitalnych.

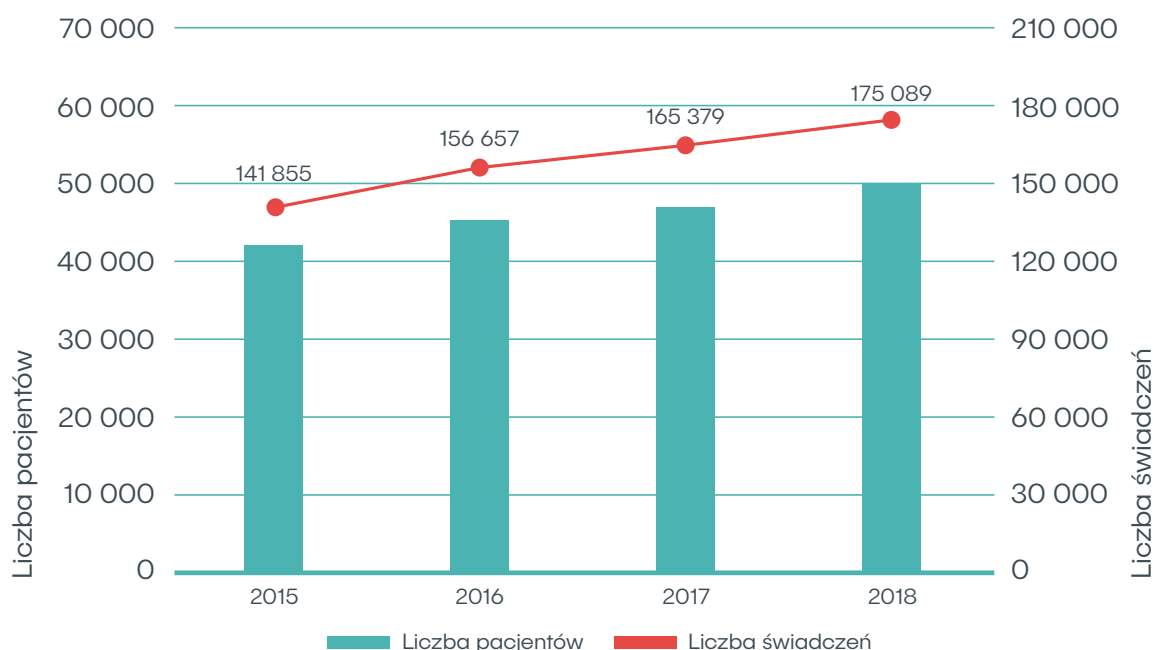
Obecnie dopęcherzowa chemioterapia realizowana jest w ramach leczenia szpitalnego (w trybie ambulatoryjnym, jednodniowym lub hospitalizacji). Zgodnie z zaleceniami ekspertów klinicznych świadczenia w zakresie chemioterapii dopęcherzowej mogłyby być udzielane również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni urologicznej, spełniającej warunki podawania cytostatyków dotyczące m.in. zapewnienia odpowiednich toalet dla pacjentów, poczekalni z leżankami w celu obserwacji świadczeniobiorców.

Obecnie szanse  
na przeżycie osoby  
z rakiem pęcherza  
moczowego wynoszą jedynie

**50%**

Związane jest to  
z kluczowymi problemami  
uroonkologii w Polsce

**WYKRES 12.** Liczba świadczeniobiorców z rakiem in situ, nowotworem złośliwym i o nieokreślonym charakterze pęcherza moczowego oraz zrealizowanych dla nich świadczeń w ramach AOS w latach 2015 – 2018.



Źródło: Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019

W kontekście opisanych problemów bardzo ważne jest wdrożenie i rozwój opieki koordynowanej i kompleksowej, w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Strategii Onkologicznej i dedykowanych programów opieki nad pacjentem z nowotworem pęcherza moczowego.

Sytuację chorych na nowotwory miał poprawić wprowadzony w 2015 roku pakiet onkologiczny, w ramach którego karta DiLO służyła ułatwieniu pacjentom z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszania się w systemie opieki medycznej. DiLO pozwala bowiem na rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Pakiet onkologiczny wprowadził również obowiązek przestrzegania przez świadczeniodawców terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki onkologicznej. Od momentu wpisania pacjenta na listę osób oczekujących na konsultację specjalisty do postawienia diagnozy

nie może upłynąć więcej niż 7 tygodni.

Karta DiLO powinna umożliwiać także follow-up z możliwością ponownej terapii w przypadku nawrotu, zamknięcie karty i przekazanie opieki nad świadczeniobiorcą do POZ po określonym czasie, wynikającym z wytycznych klinicznych (po 5 latach dla guzów niskiego ryzyka i 10 latach dla guzów średniego i wysokiego ryzyka, rak pęcherza moczowego MIBC oraz po cystektomii), a w przypadku wznowy po zamknięciu karty daje możliwość ponownego otwarcia i dostępu do pełnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej<sup>30</sup>.

Eksperci kliniczni wskazują jednak, że obecnie zakres świadczeń w raku pęcherza moczowego, który może być realizowany w ramach pakietu onkologicznego jest bardzo ograniczony i wymaga dalszego udoskonalenia. Istnieje potrzeba, na każdym etapie drogi pacjenta w ścieżce

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. 2017 poz. 1225).

onkologicznej, kontaktu lekarza POZ z pozostałymi ośrodkami, w których leczony jest pacjent.

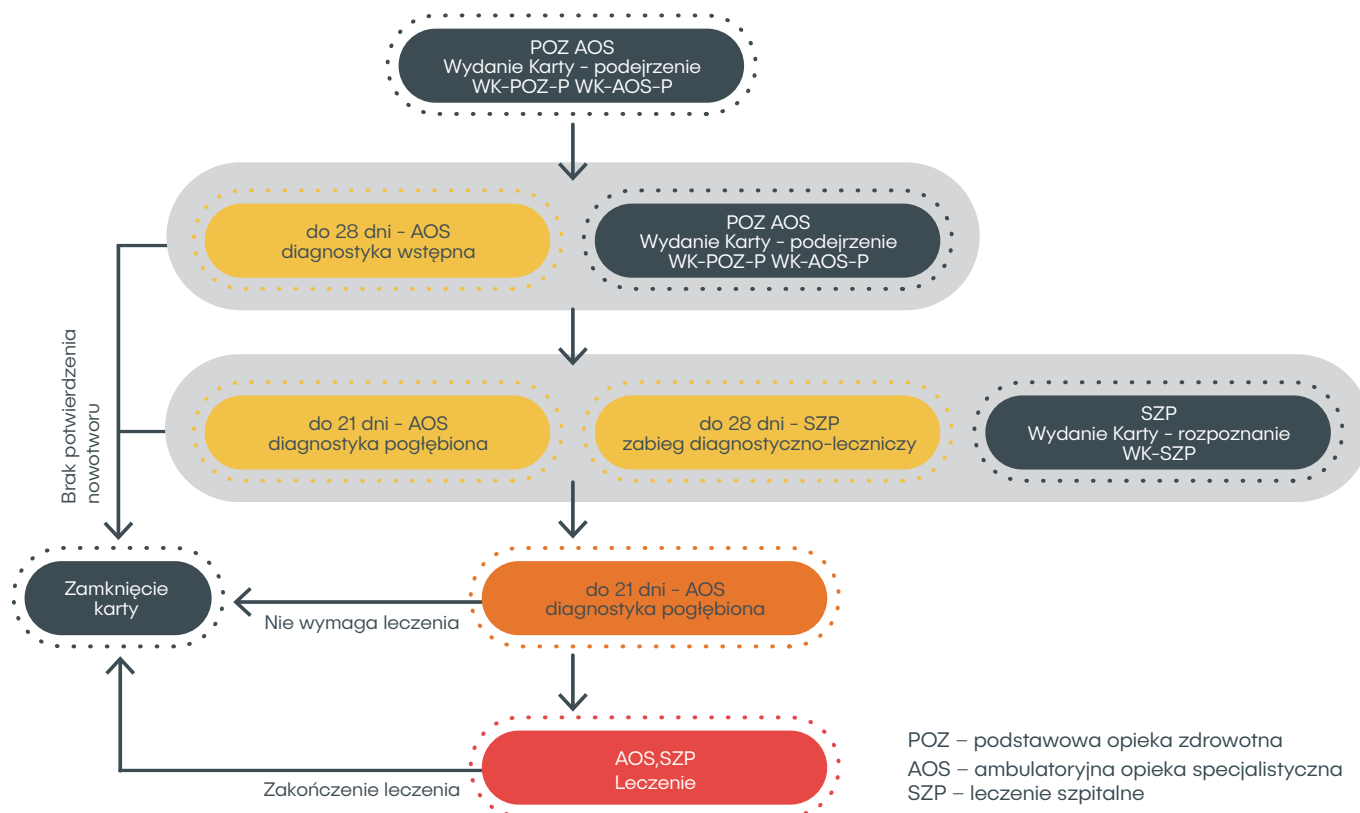
Rozwój koordynowanej opieki kompleksowej ma zapewnić **Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO)**, która zgodnie z zapowiedziami resortu zdrowia ma objąć cały kraj już w I kwartale 2022 r. Obecnie trwają prace nad ustawą regulującą jej wdrożenie. Zgodnie z założeniami pilotażu KSO ośrodki realizujące kompleksową, skoordynowaną diagnostykę i terapię w ramach unitów narządowych mają zagwarantować koordynację, odpowiednią jakość leczenia oraz dostęp do leczenia zgodnego ze standardami terapeutycznymi. Krajowa Sieć Onkologiczna zakłada centralizację specja-

listycznego leczenia i decentralizację leczenia systemowego i rehabilitacji.

Krajowa Sieć Onkologiczna zakłada<sup>31</sup>:

- Koordynację ścieżki pacjenta w każdym województwie;
- Zapewnienie możliwości telefonicznego i elektronicznego umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich ;
- Wyznaczanie Koordynatora Leczenia Onkologicznego dla każdego pacjenta;
- Systematyczną ocenę satysfakcji pacjenta;
- Co 12 miesięcy pomiar poziomu wartości mierników jakości klinicznej opieki onkologicznej;
- Co 24 miesiące weryfikacja kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu referencyjnego;

### WYKRES 13. Model organizacji diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.



Źródło: Raport „Nowotwór pęcherza moczowego. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”, 2019

<sup>31</sup> Ministerstwo Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-krajowej-sieci-onkologicznej--konsultacje-publiczne>



- Zautomatyzowany proces kwalifikacji do poszczególnych poziomów referencyjnych.

Biorąc pod uwagę rekomendacje Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) – kontraktowane powinny być ośrodki, które mogą wykonać co najmniej 60 operacji rocznie w zakresie danego nowotworu. Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną negatywnie wpływa bowiem na jakość i efekty leczenia.

Krajowa Sieć Onkologiczna określa<sup>32</sup>:

- postawienie możliwie szybkiego i precyzyjnego rozpoznania,
- zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach,
- właściwe kwalifikowanie chorych do określonej metody leczniczej i leczenia skojarzonego,
- zastosowanie optymalnych procedur terapeutycznych o kompleksowym charakterze i odpowiedniej jakości,
- zmniejszenie liczby powikłań, a w konsekwencji poprawę wyników leczenia,
- wprowadzenie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia chorych,

- wydłużenie 5-letnich przeżyć,
- obniżenie umieralności.

Wychodząc naprzeciw potrzebom sprawniejszej koordynacji diagnostyki i leczenia, PTU proponuje wdrożenie pilotażu kompleksowej opieki nad pacjentami z nowotworami układu moczowo-płciowego, w tym projekt świadczenia „**Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad pacjentem Chorym na Nowotwór Złośliwy Pęcherza Moczowego KOS – NPM**”<sup>33</sup>. W jego ramach opieka nad pacjentem skoordynowana jest przez jeden ośrodek obejmując postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz rehabilitację.

Zgodnie z założeniami KOS – NPM, Ośrodki Raka Pęcherza Moczowego mają mieć najwyższy poziom referencyjności, zapewniając pacjentom dostęp do wysokiej jakości opieki z zastosowaniem najnowszych metod leczenia, rekomendowanych w wytycznych praktyki klinicznej, co ma sprzyjać optymalizacji ścieżki chorego. Ośrodki powinny podlegać weryfikacji na podstawie wystandaryzowanych wskaźników efektywności leczenia, a jej wyniki być podstawą do kontraktowania przez NFZ. Ma to doprowadzić do przekierowania pacjentów oraz alokacji środków do wyspecjalizowanych instytucji. Natomiast decentralizacja chemioterapii w oparciu o ośrodki satelitarne pozwoli na zwiększenie dostępności i liczby realizowanych procedur w warunkach ambulatoryjnych, przy jednoczesnym umiejscowieniu tej działalności bliżej miejsca zamieszkania chorych. Funkcjonowanie takiej sieci ośrodków wymaga jednak odmiennego systemu finansowania.

<sup>32</sup> Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej (Tom I), Dokument Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii, Warszawa, 29 czerwca 2018 r.

<sup>33</sup> Zmiany systemowe w opiece nad pacjentem chorym na nowotwory układu moczowo-płciowego, Raport opracowany przez: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii, Fundację Ekspertów dla Zdrowia, Warszawa, 4 lipca 2019.



# 5.

## Ścieżka pacjenta z rakiem złośliwym pęcherza moczowego – kierunki optymalizacji

Pierwszym objawem klinicznym związanym z występowaniem raka pęcherza moczowego jest wystąpienie krwiomoczu lub stwierdzonego laboratoryjnie krwinkomoczu.

W przypadku wystąpienia krwiomoczu makroskopowego (krwiomocz) czyli sytuacji, w której sam pacjent identyfikuje zmianę typowego zabarwienia moczu na kolor zaczerwieniony pierwszym etapem diagnostyki jest konieczność pilnej konsultacji lekarskiej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku stwierdzenia w badaniu laboratoryjnym (badanie ogólne moczu) krwinkomoczu także początek diagnostyki powinien rozpocząć się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

## ETAP I

### Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

**Diagnostyka krwiomoczu i krwinkomoczu** ma na celu rozróżnienie potencjalnych przyczyn występowania tego objawu w szczególności:

- zakażenia układu moczowego (ZUM),
- wysiłku fizycznego,
- przyjmowania leków przeciwzakrzepowych,
- innych nowotworów urologicznych,
- w przypadku kobiet - także menstruacje lub inne przyczyny krwawienia z dróg rodnych.

W ramach poradni POZ lekarz powinien w trakcie wywiadu zidentyfikować występowanie innych charakterystyczne symptomów ze strony dolnych dróg moczowych (ang. Lower Urinary Tract Symptoms, LUTS): nagłałe parcie, pieczenie, przerywanie strumienia moczu, zwiększenie częstości oddawania moczu, zaburzenia erekcji. Ponadto w ramach świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinny być wykonane badania:

- USG jamy brzusznej z uwzględnieniem nerek, pęcherza moczowego i prostaty,
- poziom kreatyniny,
- poziom fosfatazy alkalicznej,
- poziom wapnia zjonizowanego,
- morfologia,
- OB,
- poziom potasu,
- kwas moczowy,
- ponowne ogólne badanie moczu.

W przypadku wykluczenia innych przyczyn krwiomoczu lub krwinkomoczu skierowanie w trybie pilnym do poradni urologicznej w celu przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej związanej z podejrzeniem nowotworu złośliwego pęcherza moczowego.

Wraz ze skierowaniem do poradni urologicznej powinna być wystawiana karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO).

Rekomendacje dotyczące I etapu:

- Należy przeprowadzać akcje informacyjne związane z uświadamianiem społecznym konieczności diagnostyki każdego przypadku stwierdzenia krwiomoczu lub krwinkomoczu,
- Należy opracować standard postępowania dla lekarzy rodzinnych związanych z diagnostyką krwiomoczu i krwinkomoczu oraz wprowadzić finansowe zachęty do zlecenia przez nich częściej badania ogólnego moczu.

## ETAP II

### Urologiczna poradnia specjalistyczna

W ramach poradni urologicznej należy przeprowadzić dalszą diagnostykę różnicową w szczególności uwzględniającą inne typy nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego (nowotwór złośliwy nerki, nowotwór złośliwy gruczołu krokowego).

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnia urologiczna) powinny zostać przeprowadzone następujące badania diagnostyczne:

- kolejne ogólne badanie moczu,
- cytologia osadu moczu,
- USG jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherza moczowego,
- cystoskopia,
- tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej,
- urografia.

Należy zaznaczyć, że obecnie w warunkach określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych poradnia urologiczna musi zagwarantować

jedynie dostęp do:

- a. badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- b. RTG;
- c. USG z możliwością badania transrektalnego.

**Oznacza to, że poradnie urologiczne nie mają obowiązku zagwarantowania dostępu do cystoskopii – kluczowego badania w diagnostyce raka pęcherza moczowego.**

Obecnie jest możliwość wykonania i sfinansowania cystoskopii przezcewkowej w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z NFZ jednak wartość tego świadczenia została wyceniona tylko na 232 pkt (około 232 złotych).

**W przypadku potwierdzenia rozpoznania nowotworu złośliwego pęcherza moczowego pacjent powinien zostać skierowany do ośrodka urologicznego posiadającego doświadczenie w leczeniu operacyjnym tego nowotworu oraz należy koniecznie wystawić kartę DILO jeśli do tej pory nie została ona wystawiona.**

Rekomendacje dotyczące II etapu:

- Należy poprawić dostęp do wykonywania cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych zarówno poprzez wprowadzenia zapisów w koszyku świadczeń gwarantowanych związanych z koniecznością zapewnienia dostępu do cystoskopii przez poradnie urologiczne jak i znaczącej poprawy wyceny przez NFZ cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych.
- Należy poprawić dostęp do poradni urologicznych poprzez zwiększenie liczby zakontraktowanych poradni przez NFZ.
- Należy dążyć do zwiększenia częstotliwości wykonywania cystoskopii giętkich, które są mniej obciążające dla chorych i dużo bezpieczniejsze do wykonywania w trybie ambulatoryjnym.

### ETAP III Leczenie szpitalne

W przypadku pacjentów, u których podejrzenie występowania raka pęcherza moczowego okazało się zasadne, stosuje się personalizowane leczenie w zależności od rodzaju raka pęcherza moczowego oraz stadium zaawansowania.

Jednym z podstawowych zabiegów diagnostyczno- leczniczych jest TURBT (przezcewkowa resekcja guza), którego wynik pozwala określić stadium i stopień zaawansowania guza.

TURBT wykonywany jest z uwzględnieniem kolejnych etapów:

- badanie oburęczne w znieczuleniu;
- wprowadzenie resektoskopu pod kontrolą wzroku wraz z oglądaniem całej cewki moczowej;
- ocena całego nabłonka urotelialnego pęcherza;
- biopsja z cewki sterczowej (jeżeli istnieje takie zalecenie);
- losowe biopsje śluzówki pęcherza (jeżeli istnieje takie zalecenie);
- wycięcie guza;
- oburęczne badanie po wycięciu;
- sporządzenie protokołu zabiegu;
- wypełnienie formularza skierowania na badanie histopatologiczne.

Należy zaznaczyć, że w wybranych przypadkach oprócz leczenia operacyjnego stosowana jest również immunoterapia (wlewki dopęcherzowe BCG), chemioterapia lub hypertermia miejscowa.

Rekomendacje dotyczące III etapu:

- Zgodnie z założeniami Krajowej Sieci Onkologicznej, zaleceniami Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, wnioskami z raportów Najwyższej Izby Kontroli oraz rekomendacjami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji należy utworzyć ośrodki kompleksowego leczenia nowotworów urologicznych tzw. unity uroonkologiczne, które będą posiadały wysoko wykwalifikowaną ka-



drę medyczną, dostęp do wszystkich metod leczenia oraz odpowiednie doświadczenie w leczeniu tego typu nowotworów.

#### ETAP IV

### Monitorowanie pacjenta po zakończonym leczeniu onkologicznym

Celem monitorowania jest rozpoznanie powikłań po leczeniu oraz wykrycie nawrotu/przerzutów nowotworu w stadium umożliwiającym podjęcie ponownego, potencjalnie skutecznego leczenia. Obserwacja pacjentów po leczeniu dopęcherzowym oraz zachowującym pęcherz opiera się głównie na regularnym wykonywaniu kontrolnych cystoskopii oraz obrazowaniu górnych dróg moczowych, jamy brzusznej i miednicy.

Zgodnie z wytycznymi pierwsza cystoskopia powinna być wykonana po 3 miesiącach od TURBT u wszystkich pacjentów z rakiem pęcherza mo-

czowego, ponieważ stanowi ona bardzo ważny czynnik prognostyczny w ocenie nawrotów i progresji. Ponadto w nowotworach pośredniego i wysokiego ryzyka ważną rolę odgrywa również cytologia moczu.

Również na etapie follow-up pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do pomocy psychologicznej, szczególnie w momencie, kiedy otrzymują oni informację o nawrocie choroby bądź niepowodzeniu zastosowanego leczenia.

Rekomendacje dotyczące IV etapu:

- Należy zagwarantować wszystkim pacjentom po leczeniu operacyjnym raka pęcherza moczowego dostęp do badań kontrolnych w ośrodkach, w których wykonano leczenie operacyjne lub w poradniach urologicznych współpracujących z tymi ośrodkami.





# 6.

## **Kluczowe rekomendacje w zakresie poprawy opieki nad pacjentem z rakiem pęcherza moczowego**



Mając na uwadze obecną sytuację w zakresie organizacji opieki nad chorymi z rakiem pęcherza moczowego w Polsce, apelujemy o podjęcie wspólnych wysiłków administracji publicznej, ekspertów i organizacji pacjentów mających na celu optymalizację procesów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacji. Istniejące, nierozwiązane problemy stanowią bowiem realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.

W niniejszym opracowaniu zebrano najważniejsze rekomendacje rozwiązań systemowych i organizacyjnych, których realizacja przyczyni się do poprawy sytuacji polskich chorych:

- 1.** Edukacja społeczeństwa na temat profilaktyki pierwotnej (przede wszystkim kampanie antynikotynowe i wsparcie w rzucaniu nałogu) oraz w zakresie czynników ryzyka, objawów (szczególnie krwiomocz) i postępowania w razie podejrzenia raka pęcherza moczowego – programy i kampanie edukacyjne o charakterze cyklicznym finansowane ze środków publicznych np. NSO we współpracy z organizacjami pozarządowymi.
- 2.** Edukacja lekarzy POZ nt. czujności onkologicznej, nie bagatelizowania objawów mogących świadczyć o raku pęcherza moczowego (szczególnie krwiomocz) oraz roli badań profilaktyczno-diagnostycznych – programy szkoleniowe dla lekarzy, platformy edukacyjne online.
- 3.** Należy opracować standard postępowania dla lekarzy rodzinnych związanych z diagnostyką krwiomoczu i krwinkomoczu oraz wprowadzić finansowe zachęty do zlecenia przez nich częściej badania ogólnego moczu.
- 4.** Aktualizacja i ujednoczenie procedur diagnostyczno-terapeutycznych i ścieżek postępowania zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych i aktualną wiedzą medyczną.
- 5.** Stworzenie sieci specjalistycznych ośrodków kompleksowego leczenia nowotworów urologicznych tzw. unity uroonkologiczne w ramach realizacji priorytetów Krajowej Sieci Onkologicznej i Narodowej Strategii Onkologicznej - w celu zapewnienia pacjentom z nowotworem pęcherza moczowego dostępu do kompleksowej opieki obejmującej pełną diagnostykę, dostęp do leczenia w warunkach szpitalnych oraz rehabilitację i opiekę paliatywną.
- 6.** Szkolenie koordynatorów i edukatorów onkologicznych, którzy powinni prowadzić pacjenta przez proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz przekazywać niezbędne informacje nt. poprawy jakości życia w chorobie (badania, dieta, higiena, monitoring).
- 7.** Należy zagwarantować wszystkim pacjentom po leczeniu operacyjnym raka pęcherza moczowego dostęp do badań kontrolnych w ośrodkach, w których wykonano leczenie operacyjne lub w poradniach urologicznych współpracującymi z tymi ośrodkami oraz w poradniach stomijnych.
- 8.** Wyznaczenie ośrodków referencyjnych w zakresie leczenia chirurgicznego raka pęcherza moczowego - centralizacja chirurgii w oparciu o doświadczenie ośrodka (aktualne zalecenia PTU rekomendują min. 60 operacji raka pęcherza moczowego rocznie).
- 9.** Stworzenie programu lekowego dedykowanego innowacyjnym terapiom o udowodnionej skuteczności, który umożliwi polskim chorym z chorobą zaawansowaną (bez możliwości leczenia operacyjnego) dostęp do metod le-





czenia zgodnych z aktualnymi standardami ujętymi w międzynarodowych i krajowych rekomendacjach:

- do terapii podtrzymującej w pierwszej linii leczenia z wykorzystaniem immunoterapii awelumabem u pacjentów, którzy uzyskali przynajmniej stabilizację choroby podczas wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny
- do możliwości zastosowania immunoterapii atezolizumabem lub pembrolizumabem w leczeniu pierwszej linii u pacjentów z ekspresją PD-L1 i u których nie można zastosować pochodnych platyny,
- do możliwości zastosowania immunoterapii atezolizumabem lub niwolumabem lub pembrolizumabem w leczeniu drugiej linii po progresji podczas lub po leczeniu chemioterapią opartą na pochodnych platyny.

**10.** Utworzenie Rejestru Raka Pęcherza Moczowego zintegrowanego w rejestrze Krajowej Sieci Onkologicznej.

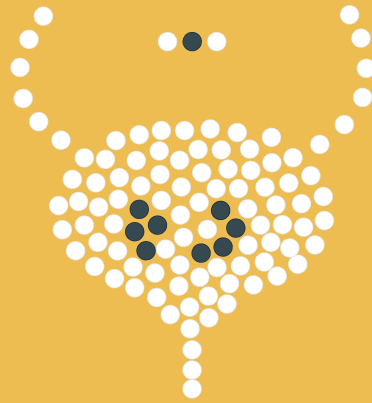
**11.** Opracowanie programu szkolenia lekarzy urologów i onkologów z zakresu leczenia systemowego nowotworów układu moczowego w oparciu o aktualizowane co roku schematy postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi towarzystw

naukowych oraz programu szkolenia dot. umiejętności miękkich takich jak komunikacja lekarz-pacjent.

**12.** Poprawa dostępu do wykonywania cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych zarówno poprzez wprowadzenia zapisów w koszyku świadczeń gwarantowanych związanych z koniecznością zapewnienia dostępu do cystoskopii przez poradnie urologiczne jak i znaczącej poprawy wyceny przez NFZ cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych. Należy poprawić dostęp do poradni urologicznych poprzez zwiększenie liczby zakontraktowanych poradni przez NFZ.

**13.** Podniesienie wycen wykonywania cystoskopii przezcewkowej z użyciem cystoskopu giętkiego realizowanej w rakach AOS, w celu promowania jej wykonywania w trybie ambulatoryjnym i poprawy compliance w zakresie monitorowania choroby wśród pacjentów.





Fundacja Wygrajmy Zdrowie  
[www.wygrajmyzdrowie.pl](http://www.wygrajmyzdrowie.pl)