Nowotwory mózgu były tematem ostatniej audycji z cyklu Pytanie do specjalisty w Radiu Orthodoxia. Gośćmi doc. Jana Kochanowicza byli prof. Maciej Leśniak z Uniwersytetu w Chicago i prof. Zenon Mariak, kierownik Kliniki Neurochirurgii UMB. Oto zapis audycji.

Czym są guzy mózgu?
ZM: Każdą zmianę patologiczną zajmującą miejsce w jamie czaszki można nazwać guzem. Są zmiany łagodniejsze, które stosunkowo łatwo można usunąć i nie są aż tak wielkim problemem oraz są guzy złośliwe, wśród których najczęstszym i największym problemem są glejaki. Mimo olbrzymiego postępu w onkologii, wciąż nie możemy pomóc tym pacjentom tak efektywnie, jak z chorym z innymi nowotworami.
ML: To problem na całym świecie. Są różne rodzaje guzów mózgu, te najbardziej złośliwe, jak glejaki, są trudne do wyleczenia. Leczenie tych pacjentów wymaga nowoczesnego podejścia, badań naukowych, aby polepszyć ich sytuację.

Jakie mogą być objawy nowotworu mózgu?
ZM: Problem w tym, że taki guz może się rozwijać podstępnie. Nowotwór rozwija się naciekająco i nie od razu uciska tkanki mózgu, ale je zastępuje, niszczy. Czasem rozwijać się może przez wiele miesięcy, wiele lat, ale równie dobrze może rosnąć bardzo szybko i być bardzo duży, gdy pojawią się objawy kliniczne. Te objawy też mogą być różne. Rozwijający się guz uciska bowiem ważne ośrodki w mózgu, sterujące czynnościami organizmu. Takie objawy to np. niespodziewany atak padaczki, zawroty, bóle głowy, ale też objawy mniej swoiste : gdy pacjent zmienia swoją osobowość, zachowanie, staje się inny niż zwykle. Jako że glejaki dotyczą głównie starszych osób, często ich bliscy zmianę zachowania tłumaczą

właśnie tym, że ktoś się zestarzał i stał się np. obojętny wobec otoczenia. Tymczasem takie objawy mogą sugerować guz mózgu. Warto skonsultować je ze specjalistą.

Najbardziej niepokoi nas ból głowy. Czy zawsze ma on związek z rakiem mózgu?
ML: Chyba każdy kiedyś cierpiał na ból głowy, ale nie każdy ma przecież raka mózgu. Czasem ból głowy to symptom, ale nie jest to na pewno taki zwyczajny, np. migrenowy ból, ale taki, który trwa tygodniami, robi się coraz gorszy. Ważne jest też to, czy ten ból sam przechodzi, jakiego jest typu, czy towarzyszą mu inne objawy. Zawsze warto zgłosić się do lekarza, który zbada pacjenta i postawi diagnozę.

Jak wygląda diagnostyka w przypadku podejrzenia nowotworu?
ML: Zaczyna się od tomografii mózgu, która pokaże czy są obrzęki, zmiany wyglądu mózgu. Są typu guzów, których nie widać na tomogramach, ale gdy jest kliniczne podejrzenie nowotworu, robi się wtedy rezonans mózgu, który może zmiany pokazać wyraźniej
ZM: Bardzo ważne jest zdiagnozowanie, jakiego typu jest to nowotwór. Rezonans magnetyczny może zbadać nawet skład chemiczny guza, co daje nam wiedzę, do jakiej klasy nowotworów możemy go zaliczyć i pozwala nam podjąć odpowiednie postępowanie. Warto pamiętać, że do odpowiedniej diagnostyki potrzebny jest rezonans o wysokiej rozdzielczości, minimum 1,5 tesli. Gdy sprzęt ma niższą rozdzielczość, badanie trzeba często powtarzać. Tymczasem nie jest ono obojętne dla zdrowia, bo podaje się przy nim kontrast. Gdy badania się powtarza, skutki podania kontrastu się kumulują i mogą nawet okazać się poważne .
ML: Poza wysokiej klasy specjalistami, technologia jest też bardzo ważną rzeczą w neurologii i neurochirurgii, na pewno w ośrodkach z dobrym sprzętem łatwiej leczyć pacjenta.

Co po diagnozie?
ML: Dużo zależy od lokalizacji guza mózgu, niektóre poddawane są tylko biopsji, bo wycięcie wiąże się z ryzykiem powikłania. Inne są wycinane.
ZM: Trzeba podkreślić, że sama operacja guza mózgu, choć bardzo ważna, nie jest rozwiązaniem problemu. To dopiero początek. Nigdy nie wytniemy bowiem złośliwego guza do końca, on prędzej czy później będzie odrastał. Dlatego bardzo ważne jest, aby od samego początku było to leczenie skojarzone, prowadzone przez różnych specjalistów, tak jak to dzieje się chociażby w USA, skąd przyjechał do nas prof. Leśniak. Chcemy w Białymstoku skorzystać z doświadczenia pana profesora, który zaangażowany jest w prace nad skojarzonym leczeniem glejaków, gdy uzupełnia się leczenie chirurgiczne innymi, w tym bardzo nowoczesnymi sposobami postępowania. Liczymy na przełom w opiece nad naszymi pacjentami, chcemy włączyć się w światowe badania, aby nasi pacjenci mogli skorzystać z nowoczesnej terapii i aby leczenie w Polsce było jak najbardziej podobne do tego, które jest w USA.
ML: W USA gdy po badaniach histopatologicznych dowiemy się, z jakim rodzajem guza mamy do czynienia, angażujemy onkologów, radioterapeutów. Prowadzimy pacjenta wszyscy, to praca zespołowa. Liderem zespołu jest neuroonkolog, czyli neurolog lub neurochirurg z dodatkową specjalizacja w onkologii.

A jak to jest w Polsce?
ZM: Niestety, nasz system w praktyce się różni, czasem trudno wykreować zespołową pracę. To wynika z finansowania, gdzie osobno opłacane jest leczenie onkologiczne, a osobno chirurgiczne, dwa strumienie środków na ogół trafiają do osobnych szpitali. Trudno więc stworzyć zespół, który opiekuje się pacjentem stale. To nasz ból, taki niedostatek polskiej służby zdrowia. Ideałem byłby zintegrowany zespół: neurochirurg, który usuwa guz, patolog, który go bada, radiolog, onkolog prowadzący terapie.

Jak wygląda leczenie i rokowania?
ML: To połączenie radioterapii z chemioterapią, w USA potem monitoruje się pacjenta rezonansem mózgu co 2 miesiące. Niestety tego typu nowotwór wcześniej czy później powraca. Po standardowej chemioterapii i radioterapii, 25 proc. pacjentów przeżywa dwa lata. Nadzieją dla pacjentów jest seria badań klinicznych, które pokazują, że pacjenci mogą żyć dłużej. Jestem pewny, że za parę lat pacjent z rozpoznanym glejakiem będzie żył 10-15 lat, co będzie sukcesem w porównaniu z tym, co jest teraz.

Jakie są nowe perspektywy leczenia?
ML: Celem tego co robię, i co mnie interesuje poza salą operacyjną, jest podejście do leczenia z punktu biologicznego. Przyszłością w walce z rakiem może być nanotechnologia (wytwarzanie mikrocząsteczek, do których można „przylepić" lek, który jest potem transportowany bezpośrednio do guza), immunoterapia (są już w USA szczepionki dla pacjentów mających tego typu nowotwór, które powodują, że rośnie on łagodniej, a chorzy żyją dłużej) czy genoterapia.
ZM: Jest szansa, że z rozwojem biologii molekularnej, będziemy mogli coraz dokładniej określić rodzaj nowotworu u danego pacjenta. I zadziałać w sposób celowany na przyczynę guza u tego właśnie pacjenta.

Czy Klinika Neurochirurgii UMB jest już gotowa na tę współpracę?
ML: To co tu zobaczyłem, niczym nie różni się od tego, co jest na salach operacyjnych w USA. Do tego są tu ludzie, którzy chcą współpracować. Był u mnie na stażu przez kilka tygodni lekarz-rezydent z kliniki, dr Robert Rutkowski, który jest zainteresowany współpracą naszych ośrodków.
ZM: Jako neurochirurdzy odpowiadamy za wycięcie guza, naszą ambicją jest natomiast zbudować zespół. Są u nas ludzie młodzi, ambitni, którzy chcieliby wziąć na siebie te działania. Poprosiliśmy pana profesora o wskazówki. Chcemy korzystać z doświadczeń światowych ośrodków, a sami również włączyć się w badania, które są prowadzone na świecie. W Białymstoku jesteśmy na to gotowi. Chcemy się oprzeć na zdobyczach biologii molekularnej. To bardzo drogie urządzenia, wyrafinowane technologie. Mamy do nich dostęp na naszej uczelni.

Jaką nadzieję dają badania kliniczne?
ML: Próby kliniczne to nie eksperymenty na ludziach, są monitorowane przez różne agencje. Pacjent musi zdawać sobie sprawę, że nie mamy doświadczenia, jeśli chodzi o badany właśnie lek, ale nie mamy też innego leczenia. Historia medycyny poucza nas, że wszystkie leki przechodziły tę fazę badań naukowych. Pacjenci z nowotworem mają możliwość nie tylko zmienić losy innych chorych, ale też i swoje, bo otrzymują szansę na dłuższe przeżycie.