

Rak trzonu macicy

kompleksowy przewodnik dla kobiet

Poradnik stanowi wyłącznie materiał informacyjny skierowany do pacjenta i nie zastępuje konsultacji z lekarzem. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, cytowanie lub rozpowszechnianie niniejszego materiału w całości lub w części wymaga pisemnej zgody Fundacji OnkoCafe - Razem Lepiej.

KOALICJA

ONKOZDROWIA KOBIEC



Partnerzy:



Projekt graficzny i skład:

Łukasz Oborzelski

Wydawca:

Fundacja OnkoCafe - Razem Lepiej

ul. Madalińskiego 50/52 lok. U30

02-581 Warszawa

tel. 537 888 789

sekretariat@onkocafe.pl

KRS 0000504682

NIP 5213669451

Spis treści

<i>Wstęp</i>	4
<i>I. Znaczenie wsparcia psychologicznego w leczeniu raka trzonu macicy.</i>	5
<i>II. Rak trzonu macicy – kwestie medyczne: wszystko, co musisz wiedzieć</i>	12
<i>ROZDZIAŁ 1. Rak trzonu macicy (rak endometrium) – informacje podstawowe</i>	12
<i>ROZDZIAŁ 2. Objawy raka endometrium – znaczenie kliniczne i diagnostyczne</i>	15
<i>ROZDZIAŁ 3. Diagnostyka raka endometrium – postępowanie krok po kroku</i>	16
<i>ROZDZIAŁ 4. Diagnostyka molekularna raka endometrium – dlaczego jest dziś standardem postępowania?</i>	19
<i>ROZDZIAŁ 5. Typy molekularne raka endometrium – znaczenie kliniczne i terapeutyczne</i>	21
<i>ROZDZIAŁ 6. Leczenie raka endometrium – zasady ogólne i rola leczenia operacyjnego</i>	25
<i>ROZDZIAŁ 7. Leczenie raka endometrium w Polsce – refundacja, programy lekowe i dostęp do terapii</i>	28
<i>ROZDZIAŁ 8. Działania niepożądane leczenia raka endometrium – czego można się realnie spodziewać?</i>	31
<i>ROZDZIAŁ 9. Kontrole po leczeniu i życie po raku endometrium</i>	34
<i>III. Historie pacjentek</i>	45

Wstęp

Drogie Panie, Pacjentki,

oddajemy w Wasze ręce poradnik, który powstał po to, aby w jednym miejscu zebrać rzetelną, aktualną wiedzę o raku trzonu macicy – od diagnostyki, przez leczenie operacyjne, po nowoczesne terapie systemowe i opiekę po zakończeniu leczenia.

Ten poradnik powstał, aby uporządkować informacje, pomóc w przygotowaniu się do rozmowy z lekarzem i w świadomym uczestniczeniu w decyzjach dotyczących leczenia. Znajdziecie tu również checklistę pytań do specjalisty – bo dobra komunikacja z zespołem medycznym jest integralną częścią terapii.

Szczególnie ważnym elementem publikacji są historie pacjentek. To osobiste perspektywy kobiet, które przeszły przez diagnozę i leczenie. Ich doświadczenia pokazują, że oprócz procedur medycznych ogromne znaczenie mają także wsparcie, poczucie bezpieczeństwa i dostęp do jasnych informacji.

Chcemy, aby ten poradnik był dla Was źródłem wiedzy, ale też wzmocnienia. Rak trzonu macicy to choroba, którą w wielu przypadkach można skutecznie leczyć – pod warunkiem właściwej diagnostyki, dostępu do nowoczesnych terapii i dobrej organizacji opieki.

Jesteśmy po to, aby wspierać Was w tej drodze – informacyjnie, systemowo i zwyczajnie – po ludzku.

Współczesna medycyna daje dziś pacjentkom coraz więcej możliwości. Diagnostyka molekularna pozwala lepiej zrozumieć biologiczne cechy nowotworu, a tym samym precyzyjniej dobrać leczenie. W określonych sytuacjach dostępne są nowoczesne terapie, w tym immunoterapia, która aktywuje układ odpornościowy do walki z chorobą. W Polsce część tych terapii finansowana jest w ramach programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia – dlatego tak ważne jest, aby pacjentka знаła swój typ molekularny i rozumiała, jakie ma możliwości terapeutyczne.

*Anna Kupiecka
Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej*



I. Znaczenie wsparcia psychologicznego w leczeniu raka trzonu macicy.



*Konsultacja merytoryczna
mgr Adrianna Sobol*

Diagnoza raka trzonu macicy to moment, który potrafi zachwiać całym światem. Towarzyszą jej silne emocje: strach, napięcie, niepewność, czasem złość i poczucie bezradności. To naturalne. Żadna z tych reakcji nie jest „zła” ani „nieodpowiednia”. Ten przewodnik powstał po to, by pomóc Ci przejść przez ten czas łagodniej, z większą świadomością i poczuciem, że nie jesteś sama.

Dlaczego wsparcie psychologiczne ma znaczenie?

Leczenie onkologiczne to nie tylko proces medyczny. To doświadczenie, które dotyka każdej sfery życia: emocji, relacji, codzienności, poczucia kontroli nad własnym ciałem. Wsparcie psychologiczne pomaga te elementy uporządkować. Daje przestrzeń na bezpieczne mówienie o lęku, pomaga radzić sobie z trudnymi myślami, uczy technik obniżania napięcia i często przywraca poczucie sprawczości, które w chorobie bywa wystawione na próbę. Dbanie o zdrowie psychiczne nie jest dodatkiem do leczenia, a jego integralną częścią.

Pozwala:

- nazwać i zrozumieć to, co się dzieje w środku,
- zmniejszyć lęk i napięcie,
- odzyskać poczucie wpływu, które choroba często podważa,
- budować odporność psychiczną na kolejne etapy leczenia,
- przygotować się na trudniejsze momenty (np. oczekiwanie na wyniki, zabieg, radioterapię),
- lepiej komunikować się z rodziną, lekarzami i personelem medycznym.

Jak przygotować się do pierwszej wizyty u psychologa?

Nie ma jednego „dobrego” sposobu na przygotowanie się do takiej rozmowy. Wystarczy, że przyjdiesz z tym, co w Tobie jest. Wiele pacjentek zapisuje sobie wcześniej myśli, obawy i pytania, które najczęściej wracają. To pomaga uporządkować chaos i poczuć odrobinę większą kontrolę.

Możesz przygotować krótką listę:

- „Czego się najbardziej boję?”
- „Co spędza mi sen z powiek?”
- „Jakich informacji potrzebuję?”
- „Co w ostatnich tygodniach było dla mnie najtrudniejsze?”

Nie musisz wiedzieć, od czego zacząć. To psycholog jest od tego, by ukierunkować rozmowę, zadawać bezpieczne pytania i pomóc Ci znaleźć słowa dla tego, co trudne.

***W gabinecie jest przestrzeń na wszystko: na łzy, na milczenie, na złość, na bezradność.
I na ulgę, która często pojawia się już po pierwszej rozmowie.***

Jeśli czujesz, że sposób pracy danego specjalisty nie jest dla Ciebie odpowiedni, masz pełne prawo szukać kogoś innego. Relacja oparta na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa jest podstawą skutecznej terapii.

Czy każdy psycholog może pomóc?

Najlepszą osobą do pracy z pacjentkami onkologicznymi jest psychoonkolog, czyli specjalista przeszkolony w pracy z osobami chorymi na nowotwory.

Taki psycholog rozumie specyfikę Twojej sytuacji:

- lęk przed nawrotem,
- zmęczenie fizyczne i psychiczne,
- zmiany w ciele i w poczuciu kobiecości,
- trudności w relacjach,
- przeciążenie informacjami,
- wahania nastroju związane z leczeniem.

Jeśli w Twojej okolicy nie ma psychoonkologa, szukaj psychologa z doświadczeniem w pracy z traumą, kryzysem lub chorobami przewlekłymi. Najważniejsze jest to, abyś czuła przy nim spokój i zrozumienie.

Kiedy już wiesz, jakiego specjalisty potrzebujesz, warto również wiedzieć, gdzie takiego wsparcia szukać. Pomocy możesz szukać w szpitalu, poradniach zdrowia psychicznego, fundacjach onkologicznych oraz prywatnych gabinetach. Nie warto czekać, aż emocje staną się „nie do wytrzymania”, wsparcie dobrze wdrożyć wcześniej, profilaktycznie, a nie dopiero w kryzysie.

Jak rozmawiać z rodziną?

Rozmowy z bliskimi to jeden z najtrudniejszych elementów choroby. Rodzina często bardzo chce pomóc, ale nie zawsze wie jak. Zdarza się, że z troski zadają zbyt wiele pytań, próbują pocieszać na siłę albo zbywają emocje słowami „musisz myśleć pozytywnie”. Możesz im pomóc, mówiąc wprost, czego potrzebujesz: spokojnego wysłuchania, pomocy w codziennych obowiązkach, albo przeciwnie, chwili normalności i rozmów o czymś innym niż leczenie. Masz prawo stawiać granice. Jeśli jakaś forma wsparcia Ci nie służy, powiedz o tym wprost. To nie jest egoizm, a troska o swój dobrostan.

Możesz ułatwić im pomaganie, mówiąc wprost, czego potrzebujesz.

Na przykład:

- „Potrzebuję, żebyś mnie dziś po prostu wysłuchał.”
- „Proszę, nie mów teraz o pozytywnym myśleniu, chcę po prostu powiedzieć, że się boję.”
- „Czy możesz w tym tygodniu pomóc mi w zakupach?”
- „Dzisiaj potrzebuję normalnego dnia – pogadajmy o czymś innym.”

Warto pamiętać, że bliscy też przeżywają strach i bezradność. Ich reakcje, nawet te nieudane często wynikają z lęku. Czasem wspólna konsultacja z psychologiem może być pomocna dla całej rodziny.

Jak rozmawiać ze swoimi dziećmi o chorobie?

Rozmowa o chorobie z dziećmi to jeden z najtrudniejszych momentów dla mamy. Naturalnie chcesz chronić swoje dziecko przed lękiem, ale to właśnie **jasna**,

spokojna informacja najbardziej zmniejsza strach. Dzieci wyczuwają napięcie natychmiast – jeśli nie znają prawdy, dopowiadają ją sobie same, zwykle bardziej dramatycznie, niż jest naprawdę.

Dobra rozmowa daje dziecku:

- poczucie bezpieczeństwa,
- zaufanie do mamy
- jasność, co się będzie działo
- możliwość reagowania i zadawania pytań.

6 wskazówek

jak przekazać dziecku informację o chorobie

1. Mów spokojnie i jasno

Prosto, bez dramatyzowania, bez ukrywania.

2. Dostosuj do wieku

*młodszym dzieciom - krótkie zdania, konkret
starszym - możesz opowiedzieć więcej
nastolatkom - daj przestrzeń na trudne emocje*

3. Nie obwiniaj siebie ani dziecka

„To nie jest twoja wina. Choroby takie jak ta nie pojawiają się przez niczyje zachowanie.”

4. Zapewnij o miłości i stałości

„Choroba nic nie zmienia w tym, jak bardzo cię kocham.”

5. Daj dziecku prawo do reakcji

Może się rozplakać, zezłościć, zamilknąć – to wszystko normalne.

6. Pozwól zadawać pytania

Nawet jeśli brzmią trudne:

„Czy będziesz łysa?”

„Kto będzie mnie odbierać ze szkoły?”

Odpowiadaj zgodnie z prawdą, ale w sposób dający poczucie bezpieczeństwa.

Przygotuj się. Co chcesz powiedzieć?

Nie musisz mówić o wszystkim. Najważniejsze są trzy elementy:

Nazwa choroby

„Jestem chora na coś, co nazywa się rak endometrium.” Użycie nazwy odbiera dziecku pole do fantazji.

Krótkie, proste wyjaśnienie

„To choroba, która jest w środku brzucha, tam gdzie jest macica. Muszę przejść leczenie, które pomoże mi wyzdrowieć.”

Informacja o tym, co się zmieni

Dziecko musi wiedzieć konkretnie:

- czy mama będzie w szpitalu,
- czy będzie zmęczona,
- kto zajmie się nim wtedy,
- czy mama będzie wyglądać inaczej?

Depresja i stany lękowe. Co robić, gdy emocje przytłaczają?

Smutek, lęk, zniechęcenie czy poczucie pustki to naturalne reakcje na diagnozę. Problem zaczyna się wtedy, gdy emocje stają się tak silne, że utrudniają codzienne funkcjonowanie.

Niepokojące sygnały pojawiają się wtedy, gdy:

- nic nie sprawia przyjemności,
- brakuje energii do podstawowych czynności,
- pojawia się bezsenność lub uporczywe zmęczenie,
- unikasz kontaktu z bliskimi,
- towarzyszą Ci natrętne, katastroficzne myśli,
- pojawiają się myśli o śmierci lub poczucie „nie dam już rady”.

To moment, w którym **konieczne** jest wsparcie specjalisty.

Psychoterapia, wsparcie psychoonkologiczne i w razie potrzeby leki przeciwdepresyjne lub przeciwłękowe mogą przynieść ogromną ulgę. Farmakoterapia nie jest oznaką słabości. To narzędzie leczenia.

To możesz robić, gdy lęk narasta:

- oddychaj wolniej, wydłużając wydech do 6 sekund,
- wyjdź na spacer, choćby krótki,
- wykonaj kilka delikatnych ruchów lub rozciągania,
- stosuj technikę uziemienia 5-4-3-2-1,
- prowadź dziennik myśli i emocji - wyrzucenie ich na papier obniża napięcie.

To nie zastąpi terapii, ale wspiera codzienną ulgę i porządkuje chaos emocjonalny.

Życie seksualne i relacja z ciałem po leczeniu

Leczenie raka endometrium, szczególnie usunięcie macicy lub jajników, to nie tylko ingerencja medyczna. To także doświadczenie wpływające na obraz własnego ciała i poczucie kobiecości. Wiele kobiet mierzy się z obawą, że ich ciało się zmieniło, że partner nie będzie już zainteresowany, że intymność stanie się trudniejsza. Libido po operacji lub hormonoterapii często ulega zmianie, może spaść, ale może też wracać stopniowo. To wszystko jest normalne.

Wiele kobiet doświadcza:

- obniżonego libido,
- bolesności, napięcia lub suchości pochwy,
- niechęci do bliskości,
- poczucia utraty atrakcyjności,
- obaw przed reakcją partnera.

To **normalne** i częstsze, niż myślisz. Daj sobie czas, aby na nowo przyzwycząić się do zmian w swoim ciele. Pomaga w tym zwykła codzienna pielęgnacja i stopniowe osvajanie śladów po leczeniu. Rozmowa z partnerem także jest ważna: intymność nie musi zaczynać się od seksu. Czułość, bliskość, rozmowy o potrzebach to fundamenty, które pozwalają odnaleźć wspólny rytm.

Jak wspierać relację z własnym ciałem?

- Daj sobie czas. Ciało po leczeniu potrzebuje spokoju i cierpliwości.
- Zastosuj delikatną pielęgnację, masaż brzucha lub okolic blizn, by stopniowo oswoić zmiany.

- Praktykuj łagodne ćwiczenia uważności (dotyk, oddychanie do napiętych miejsc).
- Zadbaj o komfort: lubrykanty, odpowiednia bielizna, nawilżenie, delikatne tempo powrotu do współżycia.

Jak wspierać relację z partnerem?

- Rozmawiaj o swoich emocjach i potrzebach.
- Bliskość to nie tylko seks: czułość, przytulenie, wspólne wieczory mogą dać większe poczucie bezpieczeństwa niż fizyczna intymność.
- Nie bój się powiedzieć: „Potrzebuję jeszcze czasu”.

Warto skorzystać z pomocy fizjoterapeuty ginekologicznego. To specjalista, który może pomóc zmniejszyć napięcie mięśni dna miednicy, złagodzić ból, poprawić komfort podczas współżycia i wesprzeć proces gojenia po operacji. Jeśli pojawiają się trudności emocjonalne lub lęk przed zbliżeniami, pomocny będzie seksuolog, który pomoże odzyskać pewność siebie i zrozumieć zmiany zachodzące w ciele.

Na koniec

Przechodzisz przez jeden z najtrudniejszych okresów w życiu. Możesz czuć się zagubiona, zmęczona, przestraszona i masz do tego pełne prawo. Jednocześnie nie musisz mierzyć się z tym sama. Wsparcie psychologiczne, rozmowa z bliskimi, praca z ciałem i stopniowe osvajanie emocji mogą dać Ci siłę, która teraz wydaje się odległa.

Dbaj o siebie tak, jak dbasz o leczenie. Proś o pomoc, jeśli jej potrzebujesz. Wspieraj swoje ciało i emocje. Masz w sobie więcej siły, niż myślisz i masz prawo korzystać ze wszystkich dostępnych form wsparcia, by przez tę drogę przejść bezpieczniej i łagodniej.

To, co czujesz, jest ważne, bo Ty jesteś najważniejsza!

II. Rak trzonu macicy – kwestie medyczne: wszystko, co musisz wiedzieć



*Konsultacja merytoryczna
- dr hab. n. med. Dagmara Klasa-Mazurkiewicz*

ROZDZIAŁ 1. Rak trzonu macicy (rak endometrium) – informacje podstawowe

1. Definicja choroby

Rak trzonu macicy, określane również jako rak endometrium, jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z błony śluzowej jamy macicy, czyli endometrium.

U kobiet przed menopauzą endometrium podlega cyklicznym zmianom hormonalnym, natomiast po menopauzie powinno pozostawać cienkie i nieaktywne. Zaburzenia kontroli wzrostu i podziału komórek tej błony mogą prowadzić do rozwoju nowotworu.

Rak endometrium jest obecnie **najczęstszym nowotworem ginekologicznym w krajach rozwiniętych**.

2. Epidemiologia

Rak endometrium występuje najczęściej u kobiet po menopauzie. Szczyt zachorowań przypada na 6.-7. dekadę życia, jednak około 10-15% przypadków dotyczy kobiet przed menopauzą.

W ostatnich dekadach obserwuje się systematyczny wzrost zachorowalności, co wiąże się przede wszystkim z:

- wydłużeniem średniej długości życia,
- narastającą częstością otyłości,
- większym rozpowszechnieniem chorób metabolicznych, w tym cukrzycy typu 2.

Pomimo rosnącej liczby zachorowań, śmiertelność z powodu raka endometrium

pozostaje relatywnie niższa niż w przypadku innych nowotworów ginekologicznych. Wynika to z faktu, że choroba często daje wczesne objawy i bywa rozpoznawana w stadium ograniczonym do macicy.

3. Typy histopatologiczne raka endometrium

Rak endometrium nie jest jednorodnym nowotworem. Podstawowy podział opiera się na typie histopatologicznym, ocenianym w badaniu mikroskopowym materiału z biopsji lub operacji.

Najczęstsze typy histopatologiczne to:

- **rak endometrioidalny** – najczęściej występujący, zwykle o wolniejszym przebiegu i korzystniejszym rokowaniu,
- **rak surowiczy** – rzadszy, o bardziej agresywnym przebiegu,
- **rak jasnokomórkowy** – nowotwór o podwyższonym ryzyku nawrotu,
- **nowotwory nieodróżniewane** - o agresywnym przebiegu,
- **nowotwory mieszane** - zawierające cechy więcej niż jednego typu.

Typ histopatologiczny ma istotne znaczenie prognostyczne, jednak **nie zawsze w pełni odzwierciedla biologiczne zachowanie choroby.**

4. Stopień zaawansowania choroby – klasyfikacja FIGO

Stopień zaawansowania raka endometrium określa się według międzynarodowej klasyfikacji FIGO, która opisuje anatomiczny zasięg choroby:

- **FIGO I** – nowotwór ograniczony do trzonu macicy,
- **FIGO II** – nacieki szyjki macicy,
- **FIGO III** – zajęcie struktur miednicy lub węzłów chłonnych,
- **FIGO IV** – nacieki pęcherza, jelit lub obecność przerzutów odległych.

Klasyfikacja FIGO ma kluczowe znaczenie dla:

- planowania leczenia,
- oceny rokowania,
- decyzji o leczeniu uzupełniającym.

5. Różnorodność biologiczna i typy molekularne

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami PTGO, ESGO, ESMO oraz NCCN standardem postępowania jest klasyfikacja molekularna raka endometrium, która uzupełnia ocenę histopatologiczną i FIGO.

Wyróżnia się cztery główne typy molekularne:

- **POLE-mutated** – często raki endometrioidalne, zwykle o bardzo dobrym rokowaniu; w wielu przypadkach nie wymagają intensyfikacji leczenia,
- **dMMR** – najczęściej raki endometrioidalne; charakteryzują się szczególnie dobrą odpowiedzią na immunoterapię, także w monoterapii, zwłaszcza w chorobie nawrotowej lub zaawansowanej,
- **pMMR** – najliczniejsza grupa; immunoterapia w skojarzeniu z chemioterapią, (również z inhibitorami PARP), ma znaczenie w chorobie zaawansowanej lub nawrotowej,
- **p53-aberrant** – często odpowiada nowotworom surowiczym lub niskozróżnicowanym; cechują się agresywnym przebiegiem i wyższym ryzykiem nawrotu.

Dopiero połączenie typu histopatologicznego, stopnia zaawansowania FIGO oraz typu molekularnego pozwala na właściwą ocenę ryzyka i optymalne zaplanowanie leczenia.

6. Znaczenie nowoczesnej diagnostyki

Nowoczesna diagnostyka raka endometrium obejmuje:

- badanie histopatologiczne,
- ocenę immunohistochemiczną,
- badania molekularne.

Pozwala to na:

- precyzyjniejszą ocenę rokowania,
- indywidualne dopasowanie intensywności leczenia,
- identyfikację pacjentek, które mogą odnieść szczególne korzyści z nowoczesnych terapii, w tym immunoterapii.

7. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Rak endometrium jest najczęstszym nowotworem ginekologicznym u kobiet po menopauzie.
- Choroba często jest rozpoznawana we wczesnym stadium.
- Rak endometrium charakteryzuje się dużą różnorodnością biologiczną.
- Ocena typu histopatologicznego, FIGO i typu molekularnego jest podstawą nowoczesnego leczenia.
- Współczesne postępowanie opiera się na indywidualizacji terapii.

ROZDZIAŁ 2. Objawy raka endometrium – znaczenie kliniczne i diagnostyczne

1. Dlaczego objawy mają kluczowe znaczenie?

Rak endometrium należy do nowotworów, które często dają objawy już we wczesnym stadium choroby. Z tego powodu właściwa interpretacja objawów oraz szybka diagnostyka mają istotny wpływ na możliwość skutecznego leczenia i rokowanie.

Najważniejszym objawem klinicznym raka endometrium są nieprawidłowe krwawienia z macicy.

2. Krwawienie po menopauzie

Krwawienie z narządu płciowego po menopauzie jest najczęstszym objawem raka endometrium i zawsze wymaga pilnej diagnostyki. **Za krwawienie po menopauzie uznaje się każde krwawienie, które występuje:**

- po upływie co najmniej 12 miesięcy od ostatniej miesiączki,
- niezależnie od jego nasilenia lub czasu trwania.

Należy podkreślić, że:

- nawet jednorazowe, niewielkie plamienie może być objawem choroby,
- brak bólu nie wyklucza procesu nowotworowego.

3. Objawy u kobiet przed menopauzą

U kobiet przed menopauzą rak endometrium może manifestować się mniej jednoznacznie, dlatego objawy te bywają początkowo bagatelizowane.

Do objawów wymagających diagnostyki należą:

- nieregularne krwawienia z macicy,
- krwawienia międzymiesiączkowe,
- przedłużające się lub nadmiernie obfite miesiączki,
- krwawienia po dłuższych okresach braku miesiączki.

W tej grupie wiekowej szczególnego znaczenia nabiera utrzymywanie się objawów mimo leczenia zachowawczego.

4. Objawy rzadziej występujące i późniejsze

W bardziej zaawansowanych stadiach choroby mogą wystąpić:

- ból w podbrzuszu lub miednicy mniejszej,
- uczucie rozpierania w miednicy,
- objawy niedokrwistości (osłabienie, zawroty głowy) wynikające z przewlekłych krwawień,
- niezamierzona utrata masy ciała.

Należy jednak zaznaczyć, że objawy bólowe nie są typowe dla wczesnych stadiów raka endometrium.

5. Objawy a wczesne rozpoznanie

Fakt, że rak endometrium często manifestuje się krwawieniem, stanowi istotną różnicę w porównaniu z innymi nowotworami ginekologicznymi. Dzięki temu:

- choroba bywa rozpoznawana w stadium ograniczonym do macicy,
- możliwe jest zastosowanie leczenia o intencji radykalnej,
- rokowanie u wielu pacjentek jest dobre.

Warunkiem jest jednak niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza po wystąpieniu objawów.

6. Podsumowanie praktyczne

- Krwawienie po menopauzie jest objawem alarmowym.
- U kobiet przed menopauzą nieprawidłowe krwawienia wymagają diagnostyki, zwłaszcza gdy są nawracające lub utrzymują się mimo leczenia.
- Brak bólu nie wyklucza raka endometrium.
- Wczesne zgłoszenie się do lekarza zwiększa szanse na skuteczne leczenie.

ROZDZIAŁ 3. Diagnostyka raka endometrium – postępowanie krok po kroku

1. Cel diagnostyki

Celem diagnostyki raka endometrium jest:

- potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu,

- określenie typu histopatologicznego choroby,
- wstępna ocena stopnia zaawansowania,
- przygotowanie do optymalnego leczenia chirurgicznego i uzupełniającego.

Rozpoznanie raka endometrium zawsze musi być oparte na badaniu histopatologicznym. Objawy kliniczne oraz badania obrazowe mają charakter pomocniczy.

2. Wizyta ginekologiczna i wywiad lekarski

Proces diagnostyczny rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu oraz badania ginekologicznego. Lekarz analizuje:

- charakter krwawień (czas wystąpienia, nasilenie, częstość),
- moment wystąpienia menopauzy,
- choroby współistniejące,
- stosowane leczenie hormonalne lub inne leki.

Już na tym etapie możliwe jest określenie pilności dalszej diagnostyki.

3. Badanie ultrasonograficzne (USG przezpochwowe)

USG przezpochwowe jest podstawowym badaniem obrazowym w diagnostyce raka endometrium.

Pozwala ono ocenić:

- grubość endometrium,
- jego strukturę i jednorodność,
- obecność zmian ogniskowych w jamie macicy,
- wielkość i budowę macicy oraz przydatków.

U kobiet po menopauzie zwiększona grubość endometrium stanowi wskazanie do dalszej diagnostyki, jednak samo USG nie pozwala na postawienie rozpoznania nowotworu.

4. Pobranie materiału z jamy macicy

Kluczowym etapem diagnostyki jest pobranie materiału z endometrium do badania histopatologicznego.

Stosowane metody obejmują:

- biopsję endometrium,
- histeroskopię z pobraniem wycinków.

Wybór metody zależy od sytuacji klinicznej oraz dostępności badań. Uzyskany materiał jest oceniany przez patomorfologa.

5. Badanie histopatologiczne

Badanie histopatologiczne:

- potwierdza obecność raka,
- określa podstawowy typ histologiczny nowotworu,
- ocenia stopień złośliwości guza.

Jest to badanie decydujące o dalszym postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym.

6. Badania obrazowe oceniające zaawansowanie choroby

Po potwierdzeniu rozpoznania raka endometrium wykonuje się badania obrazowe w celu oceny stopnia zaawansowania choroby.

Najczęściej stosowane są:

- tomografia komputerowa (TK),
- rezonans magnetyczny (MR).

Badania te pozwalają ocenić:

- naciekanie mięśnia macicy,
- zajęcie węzłów chłonnych,
- obecność ewentualnych przerzutów odległych.

7. Znaczenie prawidłowej diagnostyki

Prawidłowo przeprowadzona diagnostyka umożliwia:

- właściwe zaplanowanie leczenia operacyjnego,
- ocenę potrzeby leczenia uzupełniającego,
- wdrożenie nowoczesnego, indywidualnie dobranego postępowania terapeutycznego.

Każdy etap diagnostyki ma znaczenie i wpływa na dalsze decyzje kliniczne.

8. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Rozpoznanie raka endometrium wymaga potwierdzenia histopatologicznego.
- USG i objawy kliniczne są ważne, ale niewystarczające do postawienia diagnozy.
- Pobranie materiału z jamy macicy jest kluczowym etapem diagnostyki.
- Badania obrazowe służą ocenie stopnia zaawansowania choroby.

ROZDZIAŁ 4. Diagnostyka molekularna raka endometrium – dlaczego jest dziś standardem postępowania?

1. Dlaczego klasyczna diagnostyka nie zawsze wystarcza?

Jeszcze do niedawna decyzje dotyczące leczenia raka endometrium opierały się głównie na:

- stopniu zaawansowania choroby,
- typie histopatologicznym,
- stopniu złośliwości guza.

Obecnie wiadomo, że takie podejście nie zawsze pozwala właściwie ocenić rzeczowne ryzyko nawrotu choroby ani dobrać najbardziej optymalnego leczenia. Rak endometrium charakteryzuje się istotną różnorodnością biologiczną, której nie da się w pełni ocenić wyłącznie na podstawie obrazu mikroskopowego.

2. Czym jest diagnostyka molekularna?

Diagnostyka molekularna polega na ocenie określonych cech biologicznych nowotworu, które wynikają z zaburzeń w materiale genetycznym komórek nowotworowych.

W raku endometrium obejmuje ona przede wszystkim:

- badania immunohistochemiczne pozwalające na ocenę występowania specyficznych białek związanych z naprawą DNA,
- badania genetyczne pozwalające zakwalifikować nowotwór do określonego typu molekularnego.

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami PTGO, ESGO, ESMO oraz NCCN diagnostyka molekularna stanowi element standardowego postępowania.

3. Jakie badania wykonuje się rutynowo?

U pacjentek z rakiem endometrium wykonuje się najczęściej:

- ocenę białek odpowiedzialnych za naprawę DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2),
- badania pozwalające określić przynależność nowotworu do jednego z czterech głównych typów molekularnych (czyli oceniające występowanie zaburzeń w różnych genach) POLE, dMMR, pMMR, p53.

Badania te są wykonywane na materiale uzyskanym podczas biopsji lub operacji i nie wymagają dodatkowych procedur dla pacjentki.

4. Co oznacza wynik badań molekularnych dla pacjentki?

Wynik diagnostyki molekularnej ma bezpośrednie znaczenie kliniczne, ponieważ:

- pozwala dokładniej określić rokowanie,
- umożliwia lepsze dopasowanie intensywności leczenia,
- pomaga uniknąć nadmiernego leczenia u pacjentek z bardzo dobrym rokowaniem,
- identyfikuje chore, które mogą szczególnie skorzystać z nowoczesnych terapii, w tym immunoterapii.

Oznacza to, że leczenie jest coraz częściej personalizowane, a nie oparte na jednym schemacie dla wszystkich pacjentek.

5. Diagnostyka molekularna a decyzje terapeutyczne

Na podstawie wyników badań molekularnych lekarz może:

- zmodyfikować zakres leczenia uzupełniającego,
- podjąć decyzję o zastosowaniu lub zaniechaniu określonych metod leczenia,
- zaplanować dalsze postępowanie w przypadku nawrotu choroby.

Wyniki te są omawiane w ramach zespołu wielodyscyplinarnego i stanowią ważny element planowania leczenia.

6. Czy każda pacjentka musi mieć wykonaną diagnostykę molekularną?

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, diagnostyka molekularna jest rekomendowana u wszystkich pacjentek z rakiem endometrium, ponieważ dostarcza informacji istotnych zarówno na etapie leczenia pierwotnego, jak i w dalszym przebiegu choroby. Jej wykonanie nie oznacza automatycznie konieczności bardziej intensywnego leczenia – wręcz przeciwnie, w wielu przypadkach pozwala na jego ograniczenie.

7. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Rak endometrium jest nowotworem biologicznie zróżnicowanym.
- Diagnostyka molekularna jest obecnie standardem postępowania.
- Wyniki badań molekularnych mają realny wpływ na decyzje terapeutyczne.
- Celem tych badań jest lepsze dopasowanie leczenia do konkretnej pacjentki.

ROZDZIAŁ 5. Typy molekularne raka endometrium – znaczenie kliniczne i terapeutyczne

1. Dlaczego wyróżnia się typy molekularne?

Rak endometrium jest nowotworem o istotnej heterogenności biologicznej. Oznacza to, że nowotwory o podobnym obrazie histopatologicznym mogą różnić się:

- przebiegiem klinicznym,
- ryzykiem nawrotu,
- odpowiedzią na leczenie systemowe.

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami PTGO, ESGO, ESMO oraz NCCN, u pacjentek z rakiem endometrium wyróżnia się cztery podstawowe typy molekularne, które mają znaczenie prognostyczne i terapeutyczne:

- POLE,
- dMMR,
- pMMR,
- p53.

Słowniczek trudnych pojęć

Diagnostyka molekularna - to badania, które sprawdzają, jakie „cechy genetyczne” ma nowotwór. Dzięki nim lekarze mogą lepiej przewidzieć przebieg choroby i dobrać leczenie najbardziej odpowiednie dla konkretnej pacjentki.

Białka naprawy DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) - to mechanizmy w komórkach odpowiedzialne za naprawę uszkodzeń materiału genetycznego. Jeśli nie działają prawidłowo, komórki nowotworowe mogą szybciej się zmieniać i namnażać.

Cztery typy molekularne raka endometrium - w uproszczeniu

POLE - typ nowotworu z bardzo dużą liczbą mutacji genetycznych, który paradoksalnie zwykle wiąże się z bardzo dobrym rokowaniem i niskim ryzykiem nawrotu. Często pozwala uniknąć nadmiernie intensywnego leczenia. dMMR Typ nowotworu z zaburzoną naprawą DNA. Szczególnie dobrze reaguje na immunoterapię, czyli leczenie pobudzające układ odpornościowy do zwalczania komórek nowotworowych.

pMMR - najczęstszy typ raka endometrium. Przebieg choroby i wybór leczenia zależą głównie od stadium zaawansowania oraz innych czynników klinicznych.

p53 - typ biologicznie bardziej agresywny. Zwykle wiąże się z wyższym ryzykiem nawrotu i koniecznością bardziej intensywnego leczenia.

Immunoterapia - leczenie, które nie działa bezpośrednio na nowotwór, lecz aktywuje układ odpornościowy, aby sam rozpoznawał i niszczył komórki nowotworowe.

Program lekowy NFZ - to specjalny sposób finansowania nowoczesnych terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Lek jest refundowany, jeśli pacjentka spełnia określone kryteria medyczne zapisane w programie.

2. Rak endometrium z mutacją POLE

Rak z mutacją genu POLE charakteryzuje się bardzo dużą liczbą mutacji w materiale genetycznym nowotworu, co paradoksalnie wiąże się z bardzo dobrym rokowaniem.

Cechy kliniczne:

- bardzo niskie ryzyko nawrotu choroby,
- bardzo dobre przeżycia długoterminowe,
- często rozpoznawany w stadium wczesnym.

Znaczenie terapeutyczne:

U wielu pacjentek z rakiem typu POLE:

- możliwe jest ograniczenie leczenia uzupełniającego,
- intensyfikacja leczenia nie jest standardem,
- immunoterapia nie jest rutynowo stosowana i rozważana jest jedynie w wybranych sytuacjach klinicznych,
- kluczowe jest unikanie nadmiernego leczenia u pacjentek z tym typem nowotworu.

3. Rak endometrium z zaburzoną naprawą DNA (dMMR)

Rak typu dMMR (deficient mismatch repair) charakteryzuje się zaburzeniami mechanizmów naprawy DNA, co prowadzi do zwiększonej niestabilności genetycznej nowotworu.

Cechy kliniczne:

- pośrednie rokowanie,
- może występować zarówno w stadiach wczesnych, jak i zaawansowanych,
- u części pacjentek związany z zespołem Lyncha.

Znaczenie terapeutyczne:

Rak typu dMMR:

- wykazuje szczególnie dobrą odpowiedź na immunoterapię,
- immunoterapia może być stosowana również w monoterapii,
- leczenie dobierane jest indywidualnie w zależności od stadium choroby.

Ten typ nowotworu jest jednym z najlepiej predysponowanych do leczenia immunologicznego.

4. Rak endometrium z prawidłową naprawą DNA (pMMR)

Rak typu pMMR (proficient mismatch repair) jest najczęstszym typem molekularnym raka endometrium.

Cechy kliniczne:

- zróżnicowany przebieg kliniczny,
- rokowanie zależne od stadium choroby oraz innych czynników patologicznych,
- może występować zarówno w niskim, jak i wysokim stopniu złośliwości.

Znaczenie terapeutyczne:

U pacjentek z rakiem typu pMMR:

- w stadiach wczesnych podstawą leczenia jest operacja ± leczenie uzupełniające,
- w chorobie zaawansowanej lub nawrotowej (I linia) stosuje się chemioterapię w połączeniu z immunoterapią (dodatkowo z inhibitorami PARP),
- immunoterapia nie jest standardem w leczeniu wczesnych stadiów choroby.

Podkreślenia wymaga właściwa kwalifikacja do leczenia systemowego.

5. Rak endometrium z mutacją p53

Rak endometrium z mutacją p53 stanowi najbardziej agresywny biologicznie typ nowotworu.

Cechy kliniczne:

- wysoki stopień złośliwości,
- zwiększone ryzyko nawrotu choroby,
- często związany z nowotworami surowiczymi lub high-grade,
- częściej rozpoznawany w stadiach zaawansowanych.

Znaczenie terapeutyczne:

Rak typu p53:

- zwykle wymaga intensywnego leczenia skojarzonego,
- leczenie obejmuje operację oraz leczenie systemowe,
- decyzje terapeutyczne podejmowane są z uwzględnieniem wysokiego ryzyka choroby.

6. Dlaczego znajomość typu molekularnego jest tak ważna?

Znajomość typu molekularnego raka endometrium pozwala:

- lepiej ocenić rokowanie,
- dobrać właściwą intensywność leczenia,
- uniknąć nadmiernego leczenia u pacjentek z bardzo dobrym rokowaniem,
- zastosować nowoczesne terapie u pacjentek, które mogą z nich realnie skorzystać.

7. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Rak endometrium dzieli się na cztery główne typy molekularne.
- Typ molekularny ma znaczenie prognostyczne i predykcyjne.
- Nie każda pacjentka wymaga intensywnego leczenia systemowego.
- Nowoczesne leczenie opiera się na indywidualizacji postępowania.

ROZDZIAŁ 6. Leczenie raka endometrium – zasady ogólne i rola leczenia operacyjnego

1. Cele leczenia raka endometrium

Celem leczenia raka endometrium jest:

- całkowite usunięcie choroby nowotworowej, jeśli jest to możliwe,
- zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby,
- wydłużenie przeżycia,
- zachowanie jak najlepszej jakości życia pacjentki.

Wybór metody leczenia zależy od:

- stopnia zaawansowania choroby,
- typu molekularnego nowotworu,
- stanu ogólnego pacjentki,
- chorób współistniejących.

Leczenie powinno być planowane przez zespół wielodyscyplinarny.

2. Leczenie operacyjne jako podstawa terapii

U większości pacjentek z rakiem endometrium podstawą leczenia jest zabieg operacyjny.

Standardowe leczenie chirurgiczne obejmuje:

- usunięcie macicy,
- usunięcie przydatków (jajników i jajowodów).

Celem operacji jest:

- usunięcie ogniska pierwotnego nowotworu,
- ocena rzeczywistego stopnia zaawansowania choroby,
- uzyskanie materiału do dalszych badań histopatologicznych i molekularnych.

3. Ocena węzłów chłonnych

W wybranych przypadkach podczas operacji wykonywana jest:

- biopsja węzłów wartowniczych,
- lub usunięcie węzłów chłonnych.

Decyzja o zakresie operacji zależy od:

- typu nowotworu,
- stopnia zaawansowania,
- czynników ryzyka nawrotu choroby.

Celem oceny węzłów chłonnych jest dokładniejsze określenie stadium choroby, a nie zawsze poszerzenie zakresu leczenia.

4. Leczenie operacyjne a wyjątki od reguły

Choć operacja stanowi podstawę leczenia u większości pacjentek, istnieją sytuacje, w których:

- leczenie operacyjne może być odroczone,
- lub leczenie systemowe jest stosowane jako pierwsze.

Dotyczy to wybranych pacjentek z:

- chorobą zaawansowaną,

- przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego,
- złym stanem ogólnym.

Decyzje te są zawsze indywidualne i podejmowane po dokładnej analizie korzyści i ryzyka.

5. Leczenie uzupełniające po operacji

Po leczeniu operacyjnym u części pacjentek stosuje się leczenie uzupełniające, którego celem jest zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby.

Może ono obejmować:

- radioterapię,
- chemioterapię,
- leczenie skojarzone,
- w wybranych sytuacjach leczenie systemowe oparte na nowoczesnych terapiach.

Decyzja o leczeniu uzupełniającym zależy m.in. od:

- wyniku badania pooperacyjnego,
- typu molekularnego raka,
- indywidualnego ryzyka nawrotu.

6. Znaczenie indywidualizacji leczenia

Współczesne leczenie raka endometrium opiera się na zasadzie indywidualizacji terapii. Oznacza to, że:

- nie każda pacjentka wymaga leczenia uzupełniającego,
- intensywność leczenia powinna być dostosowana do rzeczywistego ryzyka choroby,
- celem jest skuteczność leczenia przy możliwie najmniejszym obciążeniu pacjentki.

7. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Leczenie raka endometrium jest planowane indywidualnie.
- U większości pacjentek podstawą terapii jest leczenie operacyjne.
- Zakres operacji i leczenia uzupełniającego zależy od wielu czynników.
- Decyzje terapeutyczne podejmowane są przez zespół specjalistów.

ROZDZIAŁ 7. Leczenie raka endometrium w Polsce

– refundacja, programy lekowe i dostęp do terapii

1. Jak zorganizowane jest leczenie raka endometrium w Polsce?

Leczenie raka endometrium w Polsce odbywa się w ramach:

- publicznego systemu ochrony zdrowia (NFZ),
- wyspecjalizowanych oddziałów ginekologii onkologicznej,
- zespołów wielodyscyplinarnych (konsyliów).

Oznacza to, że decyzje dotyczące leczenia podejmowane są wspólnie przez lekarzy różnych specjalności, a pacjentka jest leczona zgodnie z aktualnymi standardami medycznymi.

2. Leczenie operacyjne – dostęp i refundacja

Leczenie operacyjne raka endometrium jest w Polsce standardowo refundowane. Obejmuje ono:

- operację usunięcia macicy z przydatkami,
- w uzasadnionych przypadkach ocenę węzłów chłonnych,
- opiekę okołoperacyjną oraz hospitalizację.

Pacjentka nie ponosi kosztów leczenia operacyjnego w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

3. Radioterapia i chemioterapia – leczenie uzupełniające

Radioterapia i chemioterapia, jeśli są wskazane, również są:

- refundowane przez NFZ,
- realizowane w wyspecjalizowanych ośrodkach onkologicznych.

Decyzja o ich zastosowaniu zależy od:

- stopnia zaawansowania choroby,
- wyniku badania pooperacyjnego,
- typu molekularnego raka.

Nie każda pacjentka wymaga leczenia uzupełniającego.

4. Immunoterapia – kiedy jest dostępna?

Immunoterapia jest nowoczesną metodą leczenia systemowego, która nie jest przeznaczona dla wszystkich pacjentek, ale w określonych sytuacjach stanowi ważną opcję terapeutyczną.

W Polsce immunoterapia raka endometrium jest dostępna:

- w ramach programów lekowych,
- zgodnie z jasno określonymi kryteriami kwalifikacji.

Najczęściej dotyczy to pacjentek:

- z określonym typem molekularnym nowotworu,
- z chorobą zaawansowaną lub nawrotową,
- spełniających kryteria kliniczne programu.

Lekarz prowadzący informuje pacjentkę o możliwości kwalifikacji do takiego leczenia.

5. Programy lekowe – co to oznacza dla pacjentki?

Programy lekowe to specjalne ścieżki leczenia finansowane przez NFZ, które:

- umożliwiają dostęp do nowoczesnych terapii,
- mają ściśle określone kryteria włączenia i wyłączenia,
- wymagają regularnej oceny skuteczności leczenia.

Dla pacjentki oznacza to, że:

- leczenie jest refundowane,
- przebiega według ustalonego harmonogramu,
- wymaga regularnych wizyt i badań kontrolnych.

6. Badania molekularne a dostęp do leczenia

Wyniki badań molekularnych mają w Polsce realne znaczenie praktyczne, ponieważ:

- wpływają na kwalifikację do określonych metod leczenia,
- są podstawą do decyzji o leczeniu systemowym,
- mogą decydować o dostępie do immunoterapii.

Dlatego tak istotne jest, aby pacjentka знаła swój typ molekularny raka endometrium.

7. Czy każda pacjentka ma taki sam dostęp do leczenia?

Dostęp do leczenia w Polsce jest zasadniczo równy, ale:

- nie wszystkie terapie są wskazane u każdej pacjentki,
- o kwalifikacji decydują kryteria medyczne, a nie subiektywne decyzje,
- w wybranych sytuacjach możliwe jest leczenie w ramach badań klinicznych.

Warto rozmawiać z lekarzem o wszystkich dostępnych opcjach terapeutycznych.

8. Rola lekarza prowadzącego i zespołu terapeutycznego

Lekarz prowadzący:

- wyjaśnia proponowane leczenie,
- informuje o dostępnych możliwościach refundacji,
- koordynuje proces leczenia.

Pacjentka ma prawo:

- zadawać pytania,
- prosić o wyjaśnienie kryteriów kwalifikacji,
- aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji.

9. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Leczenie raka endometrium w Polsce jest refundowane.
- Operacja, radioterapia i chemioterapia są standardowo dostępne.
- Immunoterapia jest dostępna w określonych sytuacjach klinicznych.
- Wyniki badań molekularnych mają znaczenie dla dostępu do leczenia.
- Lekarz prowadzący jest głównym przewodnikiem pacjentki w systemie leczenia.

Immunoterapia to metoda leczenia, która nie atakuje bezpośrednio komórek nowotworowych, ale „odblokowuje” własny układ odpornościowy pacjentki. Nowotwór często potrafi się „maskować” przed komórkami odpornościowymi i osłabiać ich działanie. Leki immunokompetentne znoszą te mechanizmy obronne guza i wzmacniają odpowiedź organizmu, dzięki czemu układ odpornościowy może ponownie rozpoznawać komórki raka i je niszczyć.

ROZDZIAŁ 8. Działania niepożądane leczenia raka endometrium – czego można się realnie spodziewać?

1. Dlaczego warto mówić o działaniach niepożądanych?

Leczenie raka endometrium jest coraz skuteczniejsze, ale – jak każda terapia onkologiczna – może wiązać się z działaniami niepożądanymi. Ich rodzaj i nasilenie zależą od:

- zastosowanej metody leczenia,
- czasu trwania terapii,
- indywidualnej reakcji organizmu.

Nie każda pacjentka doświadcza wszystkich objawów, a większość działań niepożądanych jest przemijająca i możliwa do kontrolowania.

2. Działania niepożądane leczenia operacyjnego

Po leczeniu operacyjnym mogą wystąpić:

- ból w okolicy operowanej,
- zmęczenie,
- przejściowe ograniczenie sprawności fizycznej,
- zaburzenia gojenia rany (rzadko).

U części pacjentek, zwłaszcza po usunięciu jajników, może dojść do:

- nagłego wystąpienia objawów menopauzy,
- uderzeń gorąca,
- zaburzeń snu i nastroju.

Większość tych objawów stopniowo ustępuje w okresie rekonwalescencji.

3. Działania niepożądane radioterapii

Radioterapia działa miejscowo, dlatego objawy dotyczą głównie obszaru miednicy.

Najczęstsze działania niepożądane to:

- uczucie zmęczenia,
- podrażnienie pęcherza moczowego (częstomocz, pieczenie),
- podrażnienie jelit (luźne stolce, parcie),

- przejściowe podrażnienie skóry.

Objawy te zazwyczaj:

- pojawiają się w trakcie leczenia,
- ustępują stopniowo po jego zakończeniu.

4. Działania niepożądane chemioterapii

Chemioterapia działa ogólnoustrojowo, dlatego jej działania niepożądane mogą dotyczyć różnych narządów.

Najczęściej obserwuje się:

- osłabienie i zmęczenie,
- nudności i wymioty,
- przejściową utratę włosów,
- spadek liczby krwinek, co może zwiększać podatność na infekcje.

U części pacjentek mogą wystąpić:

- zaburzenia czucia w dłoniach i stopach (neuropatia),
- zaburzenia smaku,
- problemy z koncentracją.

Leczenie wspomagające pozwala obecnie skutecznie ograniczać nasilenie tych objawów.

5. Działania niepożądane immunoterapii

Immunoterapia działa poprzez aktywację układu odpornościowego, dlatego jej działania niepożądane różnią się od chemioterapii.

Najczęściej mają charakter:

- zmęczenia,
- reakcji skórnych (wysypka, świąd),
- objawów grypopodobnych.

Rzadziej mogą wystąpić:

- zapalenie tarczycy,
- zapalenie jelit,

- zapalenie płuc lub wątroby.

Dlatego podczas immunoterapii konieczna jest regularna kontrola laboratoryjna i kliniczna. Wczesne rozpoznanie objawów pozwala na skuteczne leczenie powikłań.

6. Kiedy należy pilnie skontaktować się z lekarzem?

Niezależnie od rodzaju leczenia, pilnej konsultacji wymagają:

- gorączka lub objawy infekcji,
- nasiloną duszność,
- uporczywe biegunki lub wymioty,
- nagłe pogorszenie stanu ogólnego,
- nowe, niepokojące objawy.

Nie należy czekać do planowej wizyty – szybka reakcja ma znaczenie.

7. Leczenie działań niepożądanych i opieka wspierająca

Współczesna onkologia kładzie duży nacisk na:

- leczenie objawowe,
- poprawę jakości życia,
- zapobieganie powikłaniom.

Pacjentka powinna informować lekarza o wszystkich dolegliwościach, nawet jeśli wydają się one „błaha”.

8. Podsumowanie najważniejszych informacji

- Działania niepożądane zależą od rodzaju leczenia.
- Nie każda pacjentka doświadcza wszystkich objawów.
- Większość działań niepożądanych jest przemijająca.
- Wczesne zgłaszanie objawów pozwala skutecznie im przeciwdziałać.
- Celem leczenia jest nie tylko skuteczność, ale także jakość życia.

ROZDZIAŁ 9. Kontrole po leczeniu i życie po raku endometrium

1. Znaczenie kontroli po zakończeniu leczenia

Zakończenie leczenia raka endometrium nie oznacza końca opieki onkologicznej. Regularne wizyty kontrolne są integralnym elementem leczenia i mają na celu:

- wczesne wykrycie ewentualnego nawrotu choroby,
- monitorowanie późnych następstw leczenia,
- ocenę stanu ogólnego i jakości życia pacjentki,
- zapewnienie ciągłości opieki medycznej.

Kontrole nie są wyrazem braku zaufania do skuteczności leczenia, lecz elementem bezpieczeństwa medycznego.

2. Harmonogram wizyt kontrolnych

Częstość wizyt kontrolnych ustalana jest indywidualnie, jednak najczęściej:

- przez pierwsze 2–3 lata po zakończeniu leczenia wizyty odbywają się co 3–6 miesięcy,
- w kolejnych latach – rzadziej, zwykle co 6–12 miesięcy.

Ryzyko nawrotu choroby jest najwyższe w pierwszych latach po leczeniu, stąd większa intensywność kontroli w tym okresie.

3. Zakres wizyt kontrolnych – czego się spodziewać?

Podczas wizyt kontrolnych lekarz:

- przeprowadza szczegółowy wywiad dotyczący samopoczucia i ewentualnych objawów,
- wykonuje badanie ginekologiczne,
- analizuje wcześniejsze wyniki leczenia.

Badania obrazowe i laboratoryjne wykonywane są wyłącznie w przypadku wskazań klinicznych. Rutynowe zlecenie badań bez objawów nie poprawia rokowania i nie jest zalecane.

4. Objawy, które wymagają zgłoszenia między wizytami

Pacjentka powinna niezwłocznie zgłosić się do lekarza w przypadku wystąpienia:

- krwawienia z dróg rodnych,
- przewlekłego bólu w miednicy lub podbrzuszu,
- utrzymujących się zaburzeń ze strony układu pokarmowego lub moczowego,
- niewyjaśnionej utraty masy ciała,
- nasilonego osłabienia.

Wczesne zgłoszenie objawów umożliwia szybszą diagnostykę i interwencję.

5. Późne następstwa leczenia onkologicznego

U części pacjentek mogą wystąpić późne skutki leczenia, takie jak:

- zaburzenia hormonalne po usunięciu jajników,
- przewlekłe zmęczenie,
- dolegliwości ze strony układu moczowego lub jelit po radioterapii,
- zaburzenia funkcji seksualnych.

Objawy te mogą pojawić się nawet kilka miesięcy po zakończeniu leczenia i wymagają omówienia z lekarzem – istnieją skuteczne metody ich leczenia.

6. Aktywność fizyczna, styl życia i profilaktyka

Po zakończeniu leczenia zaleca się:

- stopniowy powrót do aktywności fizycznej,
- utrzymywanie prawidłowej masy ciała,
- kontrolę chorób metabolicznych,
- zdrową, zbilansowaną dietę.

Zmiany stylu życia nie zastępują leczenia, ale wspierają zdrowienie i poprawiają jakość życia.

7. Płodność, seksualność i relacje

U kobiet w wieku rozrodczym istotne mogą być:

- kwestie płodności,
- funkcjonowanie seksualne,

- zmiany w relacjach partnerskich.

Są to pełnoprawne tematy medyczne, które warto poruszać podczas wizyt kontrolnych. Istnieją formy leczenia i wsparcia w tym zakresie.

8. Podsumowanie rozdziału

- Kontrole po leczeniu są kluczowym elementem opieki.
- Ich zakres i częstość są dostosowane indywidualnie.
- Warto zgłaszać wszystkie niepokojące objawy.
- Jakość życia po leczeniu jest równie ważna jak skuteczność terapii.

O co zapytać lekarza? Checklista dla pacjentek

Przed wizytą zaznacz pytania, które Cię dotyczą. Na wizycie możesz po nich po kolei przejść. To normalna i zalecana praktyka.

A. Pytania o rozpoznanie i rokowanie

- Jaki jest dokładny rozpoznany typ raka endometrium?*
- Jaki jest stopień zaawansowania choroby?*
- Jaki jest mój typ molekularny (POLE / dMMR / pMMR / p53)?*
- Co ten typ oznacza dla rokowania i dalszego leczenia?*
- Czy choroba była rozpoznana we wczesnym stadium?*

B. Pytania o plan leczenia

- Jakie leczenie jest dla mnie zalecane i dlaczego?*
- Czy podstawą leczenia będzie operacja (u większości pacjentek)?*
- Czy istnieją inne opcje leczenia w mojej sytuacji?*
- Czy leczenie będzie jednoetapowe, czy wieloetapowe?*
- Jak długo potrwa cały proces leczenia?*

C. Pytania o leczenie uzupełniające i systemowe

- Czy będę potrzebowała radioterapii?*
- Czy będę potrzebowała chemioterapii?*

- Czy kwalifikuję się do immunoterapii – teraz lub w przyszłości?*
- Czy moje leczenie będzie prowadzone w ramach programu lekowego NFZ?*
- Jakie są kryteria kwalifikacji i co one oznaczają w praktyce?*

D. Pytania o działania niepożądane i bezpieczeństwo

- Jakich działań niepożądanych mogę się spodziewać przy moim leczeniu?*
- Które objawy są typowe, a które wymagają pilnego kontaktu?*
- Jak będzie prowadzone leczenie wspomagające?*
- Czy leczenie może wpłynąć na hormony, nastrój, sen?*
- Kiedy i jak zgłaszać niepokojące objawy?*

E. Pytania o płodność, menopauzę i seksualność

- Czy moje leczenie wpłynie na płodność?*
- Czy w mojej sytuacji możliwe jest leczenie zachowujące płodność?*
- Czy po leczeniu mogą wystąpić objawy menopauzy i jak je leczyć?*
- Czy mogę bezpiecznie współżyć seksualnie po leczeniu?*
- Gdzie mogę uzyskać pomoc w przypadku problemów intymnych?*

F. Pytania o kontrole i życie po leczeniu

- Jak często będą odbywały się wizyty kontrolne?*
- Jakie objawy powinny mnie zaniepokoić między wizytami?*

- Czy będę potrzebowała badań obrazowych w trakcie kontroli?*
- Kiedy mogę wrócić do pracy i aktywności fizycznej?*
- Jak mogę zmniejszyć ryzyko powikłań i poprawić jakość życia?*

G. Pytania organizacyjne i praktyczne

- Gdzie dokładnie będzie prowadzone moje leczenie?*
- Kto jest moim lekarzem prowadzącym?*
- Jak skontaktować się z ośrodkiem w nagłych sytuacjach?*
- Czy istnieje możliwość leczenia w badaniu klinicznym?*
- Gdzie mogę uzyskać dodatkowe wsparcie (psycholog, rehabilitacja)?*

Najważniejsza informacja na koniec

Masz prawo:

- ***do pełnej, zrozumiałej informacji,***
- ***do zadawania pytań,***
- ***do czasu na podjęcie decyzji.***

Dobra rozmowa z lekarzem jest częścią leczenia.

III. Historie pacjentek

Poniżej prezentujemy historie trzech kobiet, które zgodziły się anonimowo podzielić swoim doświadczeniem choroby i leczenia. Każda z bohaterek opowiada o swojej drodze z perspektywy pacjentki - o emocjach, trudnościach, ważnych momentach i potrzebach, które pojawiały się na różnych etapach diagnostyki, terapii i powrotu do codzienności.

Zależało nam na zachowaniu pełnej anonimowości autorek, dlatego w materiale podajemy wyłącznie imię oraz wiek, a wszelkie informacje mogące umożliwić identyfikację osób lub miejsc zostały pominięte bądź zmienione.

Warto podkreślić, że są to osobiste relacje - subiektywne, oparte na pamięci i indywidualnym przeżywaniu sytuacji medycznych. Nie stanowią one oceny pracy konkretnych lekarzy, zespołów ani placówek, ani nie mogą być traktowane jako opis standardów obowiązujących w całym systemie ochrony zdrowia.

Historie pacjentek publikujemy po to, aby lepiej wybrzmiała perspektywa kobiet mierzących się z rakiem trzonu macicy, a także aby inne pacjentki mogły znaleźć w tych opowieściach zrozumienie, wsparcie i poczucie, że nie są same. Materiał nie zastępuje konsultacji lekarskiej - każdą decyzję dotyczącą diagnostyki i leczenia należy omawiać ze swoim zespołem medycznym.

Iwona, 50 lat

Moja historia pokazuje, jak długo można krążyć po systemie, zanim ktoś zacznie podejrzewać nowotwór. Przez długi czas ani ja, ani lekarze nie kojarzyli moich objawów z chorobą ginekologiczną. Wszystko wydawało się wskazywać na problemy jelitowe, hormonalne albo związane z tarczycą. Przez to diagnostyka trwała dużo dłużej, niż powinna.

Zaczęło się w czasie pandemii. Miałam bóle brzucha, niestrawność, czasem wymioty, uczucie zatrucia. Bywało, że jadłam posiłek z kimś innym, a później tylko ja czułam się źle. Do tego doszły zaparcia – silne i przewlekłe, bardzo obciążające fizycznie i psychicznie.

Chodziłam po lekarzach, ale w czasie pandemii dostęp do specjalistów był utrudniony. Dodatkowo miałam w swojej medycznej historii usuniętą tarczycę, więc wiele osób tłumaczyło moje dolegliwości hormonami. Ja jednak czułam, że to nie jest jedyne wyjaśnienie.

Później pojawiło się plamienie między miesiączkami. Poszłam do ginekologa.

Usłyszałam, że to może być związane z menopauzą, a cytologia była prawidłowa. Temat został zamknięty.

Przez pewien czas objawy rzeczywiście się wyciszyły. Miałam około pół roku względnego spokoju. Potem wróciły – silniejsze. Doszły obrzęki, rany na nogach, narastające osłabienie. W rozmowie telefonicznej z lekarką powiedziałam wprost: „czuję, że mam nowotwór”. Usłyszałam: „jest pani za młoda”.

To był moment, który bardzo mnie poruszył. Nie dzwoniłam z kaprysu. Ja naprawdę czułam, że moje ciało wysyła sygnały alarmowe.

W marcu wydarzyło się coś, czego nie dało się już zignorować. Wracając z pracy i dostałam tak silnego bólu brzucha, że położyłam się na podłodze i płakałam. Miałam wrażenie, jakby od miednicy w dół coś mnie sparaliżowało. Nogi były jak z waty. Nie mogłam się ruszać.

U mnie nowotwór długo wyglądał jak problem jelitowy albo hormonalny.

Nie wezwałam pogotowia. Jak wiele kobiet, próbowałam „przetrwać”. Wzięłam leki przeciwbólowe i próbowałam dotrzeć do rana.

Rano poszłam do lekarza. Zostałam zbadana, dostałam zastrzyk i usłyszałam: „jeśli będzie gorzej, proszę jechać na SOR”. Pojechałam zrobić badania krwi. Wtedy zadzwoniono do mnie z laboratorium z informacją, że mam natychmiast zgłosić się do szpitala, bo CRP jest skrajnie wysokie.

Trafiłam do szpitala. Na początku znowu nikt nie widział, gdzie jest problem. Wykonano test na COVID, wyszedł dodatni i trafiłam na oddział zakaźny. Byłam w ogromnym bólu. Krzyczałam, że nie wytrzymam – a mam raczej wysoki próg bólu.

Dopiero tomografia wykonana następnego dnia pokazała, że problem znajduje się w miednicy. Przyszło wielu lekarzy, a ja usłyszałam: podejrzenie nowotworu jajnika.

Wtedy miałam już wewnętrzne poczucie, że to może być prawda. Wcześniej podejrzewałam raczej jelita – m.in. dlatego, że w rodzinie miałam historię choroby jelit i to było dla mnie naturalne skojarzenie.

Po wypisie zostałam skierowana na leczenie onkologiczne. Szybko trafiłam do ginekologa-onkologa. Pobrano wycinek, a potem dostałam termin operacji.

Zabieg był rozległy. Usunięto mi jajniki, macicę, jajowody i szyjkę. Wtedy byłam

przekonana, że to „tylko” rak jajnika.

Na wynik histopatologii czekałam długo. Pamiętam, że odebrałam go i poszłam od razu do lekarza. Usłyszałam: „ma pani dwa nowotwory”. Rak jajnika i rak trzonu macicy.

To mnie złamało. Byłam przygotowana na jedną diagnozę. Nie na dwie.

Zaczęło się leczenie. Chemioterapia była dla mnie bardzo ciężka. Miałam takie osłabienie, że nie mogłam chodzić. Byłam wyłączona z życia. Po każdym wlewie potrzebowałam czasu, żeby dojść do siebie.

Potem była radioterapia. I to był najtrudniejszy etap pod względem doświadczenia pacjentki. Na chemioterapii czułam się zaopiekowana – pielęgniarki były wspaniałe, lekarze życzliwi. Na radioterapii zdarzało się, że czułam się jak ktoś, kto przeszkadza.

Nikt nie powiedział mi jasno, że mogą pojawić się biegunki, że trzeba pilnować diety, że warto przygotować się do możliwych skutków ubocznych. Musiałam dowiadywać się wszystkiego sama. Kiedy miałam bardzo złe wyniki krwi i musiałam przerwać radioterapię, usłyszałam komentarz, że „pewnie się odchudzam”. Do dziś pamiętam to zdanie.

Po leczeniu zostały skutki uboczne: neuropatia, ból miednicy, problemy jelitowe. Mam opiekę bólową i przyjmuję leki. Funkcjonuję, ale to jest inne życie. Są rzeczy, które bywają wstydlive – jak trudności z wejściem do wanny, z chodzeniem po schodach, z dłuższym stanieniem.

Z zewnątrz często nie widać, że jestem po ciężkim leczeniu. Ludzie patrzą i myślą: „wygląda dobrze”. A ja w środku codziennie walczę o normalność.

Jest też strach. Nawet jeśli wyniki są dobre, mam trudność, żeby im zaufać. Znam historię osoby, która miała czysty tomograf, a kilka miesięcy później zmarła. Wiem, że nie mogę żyć wyłącznie lękiem, bo bym zwariowała. Staram się ufać lekarzom i wynikom, ale nie zawsze jest to łatwe.

Moja historia nauczyła mnie też, że objawy mogą być bardzo niespecyficzne. U mnie długo wyglądało to jak problem jelitowy albo „hormonalny”. Gdybym miała powiedzieć coś innym kobietom, to raczej: nie bagatelizuj objawów, które trwają długo i wracają falami, nawet jeśli „nie pasują” do typowych wyobrażeń o chorobie ginekologicznej. Zwłaszcza jeśli czujesz, że coś w Twoim organizmie jest inaczej niż zwykle.

Dziś staram się wracać do normalności, ale już bez udawania, że wszystko jest jak

dawniej. Uczę się żyć z konsekwencjami leczenia i z tą świadomością, że zdrowienie to proces – czasem wolniejszy, czasem pełen zakrętów, ale jednak możliwy.

Joanna, 42 lata

Moja historia z rakiem endometrium zaczęła się dość nagle i od podejrzenia nowotworu jajnika. Nie miałam „klasycznych” objawów, czułam się dobrze, byłam aktywna zawodowo i fizycznie. Dlatego pierwsze sygnały z ciała nie kojarzyły mi się z chorobą onkologiczną.

Pewnego dnia obudziłam się z bardzo silnym bólem brzucha, całkowicie innym od wcześniej doświadczanych, do tego doszedł w ciągu dnia ból głowy, a po całym dniu pracy także wymioty. Dla mnie to było nietypowe, rzadko wymiotuję. Pierwsza moja myśl była prosta: problem z przewodem pokarmowym, może potrzeba konsultacji gastrologicznej.

Po kilku dniach doszedł jeszcze ból w okolicy jajnika – podobny do tego, który czasem czułam przy owulacji lub miesiączce, ale tym razem niepasujący do żadnego momentu cyklu. Wtedy uznałam, że powinnam pójść do ginekologa i tego samego dnia umówiłam się na wizytę po pracy.

Była to wizyta prywatna. Lekarka podeszła do sytuacji bardzo profesjonalnie, ale spokojnie: bez straszenia, za to z jasnym komunikatem, że trzeba wykonać diagnostykę i niczego nie można wykluczyć. W badaniu USG okazało się, że mam mocno powiększony jajnik i płyn w zatoce Douglasa. Pojawiło się wspomniane podejrzenie nowotworu jajnika.

Dostałam skierowania na pakiet badań: markery, badania obrazowe oraz diagnostykę w kierunku zmian z przewodu pokarmowego. Pamiętam, że wtedy po raz pierwszy poczułam, że sprawa może być poważna. Jednocześnie miałam wrażenie, że ktoś traktuje mnie poważnie i prowadzi krok po kroku.

Dalsze wydarzenia potoczyły się bardzo szybko. W poniedziałek wieczorem byłam u ginekologa, we wtorek rano dostałam telefon od pani Doktor z propozycją konsultacji u ginekologa-onkologa, a w piątek wychodziłam już z szpitala z wyznaczonym terminem operacji. Od podejrzenia do zabiegu minął niecały miesiąc.

Na salę operacyjną wchodziłam z przekonaniem, że problem dotyczy jajnika. W głowie miałam różne scenariusze: zmiana do usunięcia, ewentualnie nowotwór, ale ograniczony. Nie spodziewałam się, jak rozległy będzie zabieg.

Operacja okazała się bardzo rozległa. Usunięto nie tylko zmieniony jajnik, ale też

macicę (która wyglądała na zdrową), drugi jajnik, sieć większą oraz węzły chłonne. Dopiero później zrozumiałam, że decyzja była radykalna – po to, by dać mi jak największą szansę na skuteczne leczenie.

Trudne było oczekiwanie na wynik histopatologii. Trwało to ponad sześć tygodni. W jajniku wykryto tkankę charakterystyczną dla endometrium i lekarze musieli ustalić, czy są to dwa równoległe nowotwory, czy przerzut. Od tego zależało dalsze leczenie. Ostatecznie usłyszałam diagnozę: pierwotny rak trzonu macicy, a zmiana w jajniku była przerzutem, zresztą nie jedynym.

Po operacji rozpoczęłam leczenie uzupełniające: brachyterapię, następnie teleradioterapię z elementami chemioterapii, a na końcu kolejne wlewy chemioterapii. Cały intensywny proces trwał kilka miesięcy – od operacji w maju do zakończenia leczenia w grudniu.

***Nie miałam klasycznych objawów
i czułam się dobrze, dlatego pierwsze
sygnały z ciała w ogóle nie kojarzyły mi
się z chorobą onkologiczną.***

Psychicznie funkcjonowałam w trybie zadaniowym. Tak reaguję na stres: działam, przechodzę krok po kroku przez kolejne etapy. Mimo to były momenty, które bardzo mnie poruszyły.

Bardzo trudny był czas przed operacją, m.in. kiedy dostałam do podpisu zgodę na ewentualne wyłonienie stomii jeśli zajdzie taka potrzeba. Nikt wcześniej mi o tym nie powiedział, nie było rozmowy ani przygotowania. Zobaczenie tego słowa na papierze wywołało we mnie panikę i płacz.

Wtedy duże wsparcie dostałam nie tylko od bliskich ale i od personelu szpitala na moim oddziale. Zaproponowano mi rozmowę z psychoonkologiem. Po operacji przyszła do mnie psycholożka – to była ważna rozmowa. Pamiętam też ciepłe, ludzkie wsparcie pielęgniarek, lekarzy i personelu pomocniczego które pomagało mi przetrwać pierwsze dni po zabiegu.

Z perspektywy czasu wiem, że w leczeniu onkologicznym liczy się nie tylko medycyna, ale też nastawienie psychiczne pacjentki do tego co ją będzie czekać. Ja miałam świetnych lekarzy i czułam, że jestem w dobrych rękach, ale brakowało mi informacji o praktycznych aspektach rekonwalescencji. Dla mnie było ważne by wiedzieć czego mogę się spodziewać w trakcie leczenia, ale sama nie szukałam tych informacji w internecie.

Nikt nie powiedział mi, że po laparotomii trudne może być np. nawet umycie zębów a wyzwaniem założenie skarpetek. Brzmi to nieprawdopodobnie z perspektywy sprawnego i zdrowego człowieka. Dopiero po operacji zrozumiałam, jak wiele codziennych czynności staje się trudnych – i jak ważne byłoby przygotowanie do tego wcześniej.

Podczas leczenia najtrudniejszy dla mnie czas oprócz operacji był w trakcie radioterapii. Miałam bardzo nasilone objawy ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, uczucie silnego dyskomfortu w brzuchu. Pomogły leki przeciwwymiotne. Chemioterapię natomiast w dużej mierze „przespałam” – byłam bardzo zmęczona. Zaskoczyło mnie, że można się wyczerpać czymś tak prostym jak rozwieszanie prania.

Według mnie warto zaprzyjaźnić się z kimś kogo codziennie widzi się na korytarzu w trakcie leczenia, to są bardzo budujące i wspierające relacje, często na dłużej niż czas leczenia. Dają też dużo uśmiechu w tym trudnym czasie.

Dziś wracam do pracy i próbuję układać życie na nowo. Czuję ogromną wdzięczność, że żyję, ale też lęk, jak dam radę funkcjonować w moim życiu po chorobie. Mam skutki uboczne radykalnego leczenia: obrzęki limfatyczne, neuropatię, dolegliwości bólowe. Uczę się, że leczenie nie kończy się w dniu ostatniego wlewu – ono trwa dalej w ciele i w psychice.

Chciałabym, żeby inne kobiety wiedziały jeszcze jedno: słabsze dni, lęk, zmęczenie i brak siły nie oznaczają porażki. Masz do nich prawo. To naturalna reakcja na doświadczenie, które jest ekstremalnie obciążające. I w takiej sytuacji naprawdę można – i warto – prosić o pomoc oraz warto pozwolić sobie tą pomoc przyjmować.

Anna, 57 lat

W moim przypadku wszystko zaczęło się bardzo niepozornie. Pojawiały się niewielkie plamienia – rzadko, sporadycznie. Nie miałam bólu ani innych wyraźnych dolegliwości. Sama tłumaczyłam to menopauzą i zmianami hormonalnymi.

Do lekarza poszłam dopiero po czasie. Impulsem była sytuacja, która dziś wydaje mi się wręcz absurdalna: ktoś z rodziny, kierując się „intuicją” i ziołolecznictwem, zasugerował, że mogę mieć poważną chorobę ginekologiczną. Śmiałam się z tego, ale w głowie został mi niepokój. Zaczęłam myśleć, że może jednak warto to sprawdzić.

Po kilku miesiącach trafiłam do ginekologa. Okazało się, że mam polipa. Zrobiono łyżeczkowanie, pobrano materiał do histopatologii. Wynik: rak endometrium, G1.

Pamiętam, że usłyszałam wtedy słowa, które z jednej strony miały mnie uspokoić, a z drugiej – dziś budzą we mnie złość: że „od tego się nie umiera”. Że to wczesne, że trzeba wykonać operację, usunąć narządy i sprawa będzie zamknięta.

Przeszłam zabieg – usunięto macicę, jajniki i jajowody. Po operacji miałam poczucie, że to koniec historii. Byłam przez jakiś czas monitorowana: najpierw kontrole co trzy miesiące, później rzadziej.

W międzyczasie zaczęły pojawiać się guzki w płucach. Najpierw zobaczyłam je w badaniu wykonanym prywatnie, potem pojawiały się także w badaniach obrazowych zlecanych przez lekarzy. Za każdym razem słyszałam jednak podobne wyjaśnienia: „pozapalne”, „po infekcji”, „po COVID-zie”. Sugerowano, że nie ma powodu do niepokoju.

***Bałam się, że umrę nie dlatego,
że medycyna jest bezradna, ale dlatego,
że system nie dopilnuje mojego
leczenia.***

Chciałam w to wierzyć. Po leczeniu onkologicznym człowiek bardzo pragnie normalności i spokoju. Chce przestać żyć w ciągłym napięciu.

Przełom nastąpił zupełnie przypadkowo. Złamałam rękę i trafiłam na badanie klatki piersiowej. Wtedy okazało się, że mam liczne przerzuty do płuc – tak rozległe, że zajęta była duża część płuc.

To był szok. W mojej głowie funkcjonowała narracja: „jestem po leczeniu, mam to za sobą”. Nagle usłyszałam: „choroba wróciła, i to w zaawansowanej postaci”.

Najbardziej obciążające było poczucie, że mogło zostać to wykryte wcześniej. Że guzki były widoczne, że były opisywane, że ja o nich mówiłam. A jednak nikt nie pogłębił diagnostyki w odpowiednim momencie.

Przeszłam chemioterapię. Dwa ostatnie wlewy skończyły się hospitalizacją z powodu gorączki neutropenicznej. Byłam w stanie poważnym, usłyszałam, że mogło dojść do sytuacji zagrożenia życia.

A jednocześnie miałam poczucie, że moja lekarka prowadząca nawet o tym nie wiedziała. Nie było realnego kontaktu. Wizyty wyglądały jak szybkie spotkania w biegu: kilka zdań, skierowanie i koniec. Bez rozmowy o skutkach ubocznych, bez omówienia planu, bez poczucia, że ktoś trzyma ten proces w rękach.

Po zakończeniu chemii zostałam praktycznie sama. Miałam zaplanowane teleporady, które się nie odbyły. Nikt nie zadzwonił. Nie było wpisu w grafiku. Przez kilka miesięcy nie miałam żadnej kontroli, tomografii ani planu dalszego postępowania.

Bałam się, że umrę nie dlatego, że medycyna jest bezradna, ale dlatego, że system nie dopilnuje mojego leczenia.

Wtedy zrozumiałam, że w chorobie przewlekłej najważniejsze jest poczucie, że ktoś „trzyma” ścieżkę leczenia: że jest ustalony harmonogram, wiadomo, kiedy i jakie badania wykonać, do kogo się zgłosić, gdy dzieje się coś niepokojącego. Brak takiej ciągłości odbiera pacjentowi bezpieczeństwo – a w onkologii bezpieczeństwo często jest warunkiem tego, żeby w ogóle mieć siłę walczyć.

Dziś wiem, że nie potrzebowałam wielkich deklaracji ani „złotych rad”. Potrzebowałam konkrety: jasnego planu follow-up, informacji, kiedy mam zgłosić się na kontrolę, i kogo mogę zapytać, jeśli pojawią się powikłania. Nawet krótka rozmowa, ale porządkująca sytuację, robi ogromną różnicę.

Jeśli mogłabym coś zmienić w systemie, to właśnie to: żeby pacjentka po leczeniu nie wypadła z opieki przez przypadek, błąd organizacyjny czy brak terminu. Bo choroba onkologiczna nie kończy się wraz z ostatnim wlewem – a poczucie osamotnienia potrafi być równie obciążające jak sama terapia.

Oferujemy wsparcie psychologiczne i psychoonkologiczne dla pacjentów i ich rodzin. Nasze grupy wsparcia pomagają radzić sobie z chorobą, dzieląc się doświadczeniami i emocjami. Pamiętaj, że rak to nie wyrok – razem można pokonać wiele trudności.

Fundacja OnkoCafe - Razem Lepiej

ul. Madalińskiego 50/52 lok. U30, 02-581 Warszawa
tel. 537 888 789, sekretariat@onkocafe.pl

numer KRS 0000504682 | NIP 5213669451

Numer konta Fundacji PKO BP 59 1020 1068 0000 1002 0253 2166

onkocafe.pl • badajbiust.pl • breastfit.onkocafe.pl • prostatahistoria.pl •
mundurniezbroya.pl • onkopomocnik.pl • rozowypatrol.pl • Koalicja Onkozdrowia
Kobiet • Hematokoalicja

KOALICJA

ONKOZDROWIA KOBIEC



onkocafe.pl



facebook

Koalicji Onkoko zdrowia Kobiet



raport

Koalicji Onkoko zdrowia Kobiet

organizacja
pożytku
publicznego

KRS 0000504682



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu naszych Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.