

Wstęp

Agnieszka Bogusławska-Kapała
Izabela Strużycka

Jak wynika z danych epidemiologicznych, nowotwory złośliwe stanowią systematycznie narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny współczesnego społeczeństwa. Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań w Polsce, w ciągu ostatnich trzech dekad zwiększyła się ponad dwukrotnie, osiągając w 2017 r. blisko 165 tys. nowych przypadków. Obecnie ponad 1 mln osób w naszym kraju jest obciążonych nowotworem złośliwym [1].

Rosnąca zapadalność na nowotwory wynika zarówno ze struktury wieku populacji, jak i ze zmian dotyczących narażenia na czynniki rakotwórcze. U mężczyzn najczęściej występują: rak gruczołu krokowego (19,7% wszystkich zachorowań), płuca (16,7%), jelita grubego (7%) i pęcherza moczowego (6,7%). Wśród kobiet dominuje rak piersi (22,5%), a następnie płuca (9,4%), trzonu macicy (7,3%) i jelita grubego (6,2%) [1].

Wzrasta również współczynnik zachorowalności na nowotwory układu krwiotwórczego. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. wynosił on dla:

- ◆ ostrej białaczki szpikowej (AML – *Acute Myeloid Leukemia*) – 4,1/100 tys. osób,
- ◆ przewlekłej białaczki szpikowej (CML – *Chronic Myeloid Leukemia*) – 1,0/100 tys. osób,
- ◆ nowotworów mieloproliferacyjnych Filadelfia-ujemnych (np. czerwienica prawdziwa) – 8,9/100 tys. osób,
- ◆ zespołów mielodysplastycznych (MDS – *Myelodysplastic Syndrome*) – 3,8/100 tys. osób [2].

Rośnie także zapadalność na nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła. Na świecie to ponad 500 tys. przypadków rocznie [3], natomiast w Polsce, w 2017 r. zachorowało 4168 osób, z których 2951 stanowili mężczyźni, a 1217 – kobiety [1].

Mimo znacznego postępu w rozwoju terapii onkologicznej, nadal wiąże się ona z wieloma powikłaniami, w tym również występującymi w jamie ustnej. Z raportu Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO) oraz European Society for Blood and Marrow Transplantation (ESBMT), opublikowanego w 2015 r. wynika, że aż 80% pacjentów poddanych leczeniu przeciwnowotworowemu cierpi na różnego rodzaju dolegliwości w układzie stomatognatycznym. Objawy te mogą być bezpośrednim lub pośrednim skutkiem działania terapii onkologicznej, a także manifestacją choroby podstawowej. Powikłania w jamie ustnej pojawiają się na różnych etapach leczenia przeciwnowotworowego i utrzymują nawet wiele lat po jego zakończeniu. Nie tylko obniżają one jakość życia pacjentów, ale także mogą zagrażać ich zdrowiu i życiu [4, 5].

Jak wynika z doświadczeń własnych autorów, powikłaniom stomatologicznym związanym z leczeniem onkologicznym można do pewnego stopnia zapobiegać poprzez odpowiednią sanację jamy ustnej wdrożoną przed rozpoczęciem chemioterapii, radioterapii lub przed przeszczepieniem komórek krwiotwórczych (HSCT – *Hematopoietic Stem Cell Transplantation*). Istotna jest także systematyczna opieka stomatologiczna w trakcie i po zakończeniu leczenia podstawowego [6].

Tymczasem analiza piśmiennictwa pozwala stwierdzić, że do tej pory wyczerpująco opracowano zasady pielęgnacji jamy ustnej dedykowane głównie chorym onkologicznym przebywającym na oddziałach szpitalnych. Natomiast wciąż brakuje szczegółowych algorytmów opieki stomatologicznej na pozostałych etapach terapii przeciwnowotworowej, tj. podczas przygotowania do leczenia i po jego zakończeniu [7, 8].

Według naszej wiedzy, zarówno wśród szeroko pojętej grupy personelu medycznego, jak i wśród pacjentów, istnieje potrzeba korzystania ze schematów uwzględniających złożoną specyfikę ogólnomedyczną oraz stomatologiczną w poszczególnych fazach leczenia onkologicznego. W dalszym ciągu lekarze i stomatolodzy niejednokrotnie stają przed

dylematami, takimi jak: czy u pacjenta przygotowywanego do leczenia przeciwnowotworowego należy bezwzględnie usuwać każdy ząb leczony kanałowo? Czy w trakcie chemioterapii można leczyć ząb endodontycznie? Jak należy traktować zęby zatrzymane? W jakich okolicznościach wymagana jest ostona antybiotykowa? Czy zabiegi inwazyjne mogą być przeprowadzane ambulatoryjnie? Jakie leczenie przeciwbólowe można zastosować? Na podstawie własnych obserwacji możemy stwierdzić, że te i inne wątpliwości niejednokrotnie skutkują obawą stomatologów przed leczeniem chorych poddawanych terapii onkologicznej. Być może jest to jedna z przyczyn, dla których np. tylko ok. 40% pacjentów zakwalifikowanych do HSCT zostaje wcześniej poddanych specjalistycznemu badaniu stomatologicznemu i przygotowaniu jamy ustnej do transplantacji [9].

Ponadto stomatolog i higienistka rzadko są włączani do zespołu leczenia onkologicznego lub zespołu transplantacyjnego. Brakuje również usystematyzowanej, długoterminowej opieki stomatologicznej nad osobami, które zakończyły terapię onkologiczną. Jak wykazują badania, nawet w krajach rozwiniętych tylko ok. 60% pacjentów, którzy przebyli leczenie przeciwnowotworowe, zgłasza się regularnie do lekarza stomatologa. Aż 20% z tych osób podaje, że nie było nigdy zachęcanych przez personel medyczny/stomatologiczny do systematycznej, profesjonalnej kontroli stanu zdrowia jamy ustnej [10].

Przedstawione dane i obserwacje własne skłoniły nasz wielospecjalistyczny zespół do opracowania monografii, która w przejrzysty sposób zaprezentuje obecny stan wiedzy dotyczący profilaktyki i leczenia chorób jamy ustnej, występujących na różnych etapach terapii onkologicznej. Ponadto, na podstawie najnowszego piśmiennictwa oraz wieloletnich doświadczeń, opracowaliśmy praktyczne zasady mające za zadanie ułatwić stomatologom planowanie i realizowanie działań profilaktyczno-leczniczych u chorych leczonych przeciwnowotworowo [11]. W algorytmach oparliśmy się przede wszystkim na ogólnych zasadach podstawowej opieki stomatologicznej (*basic oral care*) zaproponowanych w raporcie MASCC/ISOO i EBMT [5]. Przedstawione informacje będą także pomocne onkologom, hematologom i lekarzom rodzinnym w lepszym zrozumieniu zagadnień stomatologicznych w kontekście planowania leczenia onkologicznego.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K. i wsp.: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 r.* Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2019.
2. Budziszewska B.K., Więckowska B., Lech-Marańda E. i wsp.: *Zachorowalność i chorobowość na nowotwory układu krwiotwórczego w Polsce (2009–2015) określone na podstawie analizy danych Narodowego Funduszu Zdrowia wykorzystanych w projekcie „Mapy potrzeb zdrowotnych – baza analiz systemowych i wdrożeńiowych.* *Hematologia.* 2017; 8(2): 89–104.
3. Warnakulasuriya S., Greenspan J.S.: *Epidemiology of oral and oropharyngeal cancers.* W: *Textbook of Oral Cancer. Textbooks in Contemporary Dentistry* (red. S. Warnakulasuriya, J. Greenspan), Springer 2020.
4. Elad S., Raber-Durlacher J.E., Brennan M.T. i wsp.: *Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT).* *Support Care Cancer.* 2015; 23: 223–236.
5. Elad S., Shapira M.S., McNeal S. i wsp.: *Oral effects of nonmyeloablative stem cell transplantation: a prospective observational study.* *Quintessence Int.* 2008; 39: 673–678.
6. Melkos A.B., Massenkeil G., Arnold R. i wsp.: *Dental treatment prior to stem cell transplantation and its influence on the posttransplantation outcome.* *Clin Oral Invest.* 2003; 7: 113–115.
7. Brennan M.T., Spijkervet F.K.L., Elting L.S.: *Systematic reviews and guidelines for oral complications of cancer therapies: current challenges and future opportunities.* *Support Care Cancer.* 2010; 18: 977–978.
8. Bos-den Barber J., Potting C.M.J., Bronkhorst E.M. i wsp.: *Oral complaints and dental care of haematopoietic stem cell transplant patients: a qualitative survey of patients and their dentists.* *Support Care Cancer.* 2015; 23: 13–19.
9. Barker G.J.: *Current practices in the oral management of the patient undergoing chemotherapy or bone marrow transplantation.* *Support Care Cancer.* 1999; 7: 17–20.
10. Dyer G., Brice L., Schifter M. i wsp.: *Oral health and dental morbidity in long-term allogeneic blood and marrow transplant survivors in Australia.* *Aust Dent J.* 2018; 63(3): 312–319.
11. Schmidt H., Boese S., Bauer A. i wsp.: *Interdisciplinary care programme to improve self-management for cancer patients undergoing stem cell transplantation: a prospective non-randomised intervention study.* *Eur J Cancer Care.* 2017; doi: 10.1111/ecc.12458.