

Jak leczę chorych na szpiczaka plazmocytozy w 2023 roku. Rola kompleksowej opieki.

Otwarty Kraków



ZAPRASZAMY NA XII KRAKOWSKĄ KONFERENCJĘ

O₂ - onkologia i ortopedia Konieczność wielodyscyplinarnej współpracy



1 grudnia 2023
piątek, godz. 11-16

Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kraków, ul. Św. Anny 12

Uczestnictwo jest bezpłatne!

Punkty edukacyjne
dla lekarzy. Certyfikaty dla
pozostałych uczestników.

Patronat Honorowy

Prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum
Prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki

Patronat

Medyczne Centrum Kształcenia Poddyplomowego Collegium Medicum
Polskie Towarzystwo Onkologiczne - Oddział Śląski
Oddział Małopolski Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
Polskie Towarzystwo Ortopedyczne
i Traumatologiczne - Oddziały Małopolski i Śląski

Konferencja odbędzie
w formie hybrydowej -
stacjonarnie oraz online

Zapisy:

promocja@podarujzycie.org
tel. 12 647 38 37

ZADANIE PUBLICZNE WSPÓŁFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW MIASTA KRAKOWA



prof. dr hab. med. **ARTUR JURCZYSZYN**

Ośrodek Leczenia Dyskrazji Plazmocytozy

Katedra Hematologii Wydział Lekarski

Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego

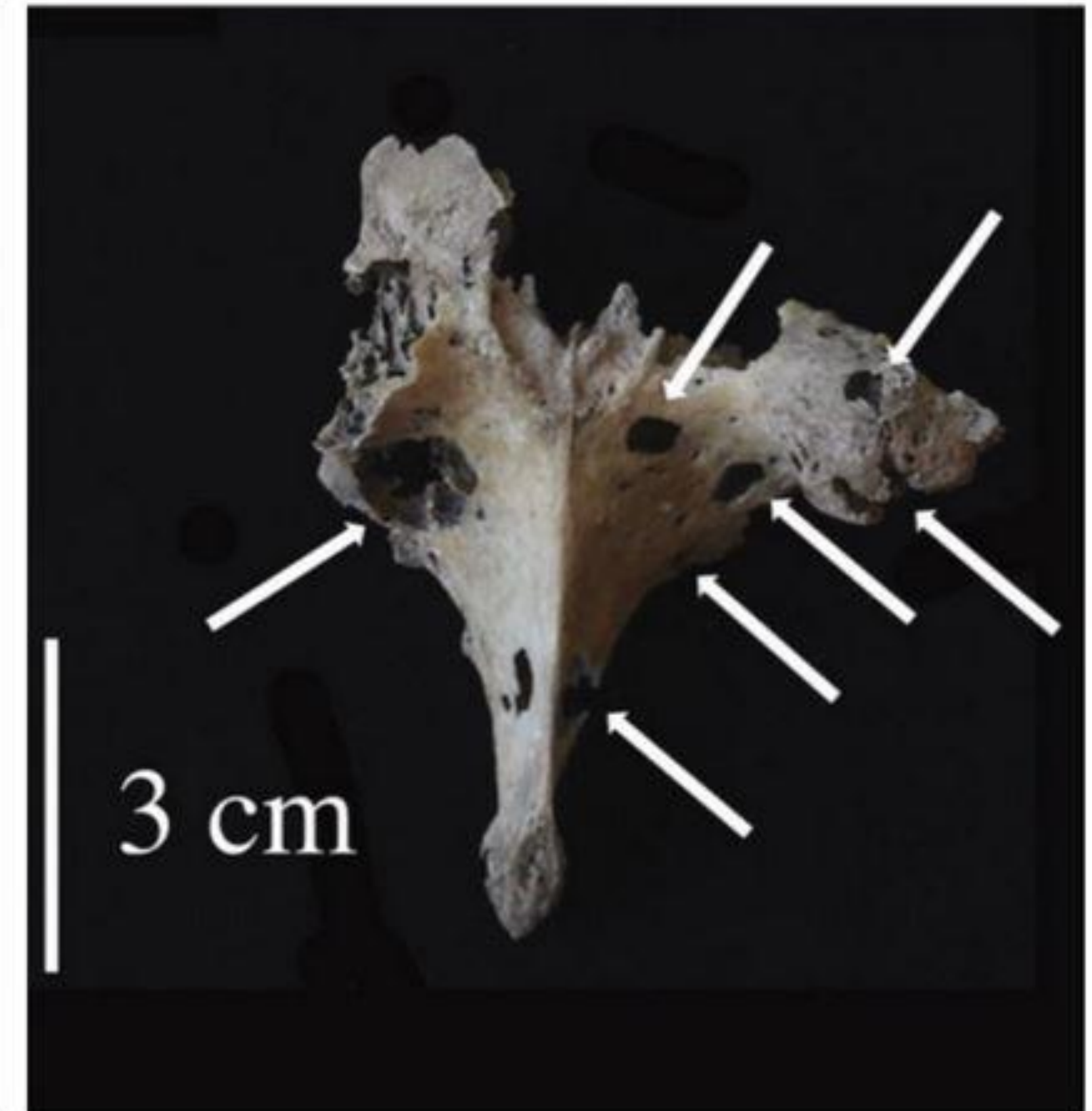
Najwcześniejsze przypadki chorych ze szpiczakiem mnogim



Sarah Newbury 1844

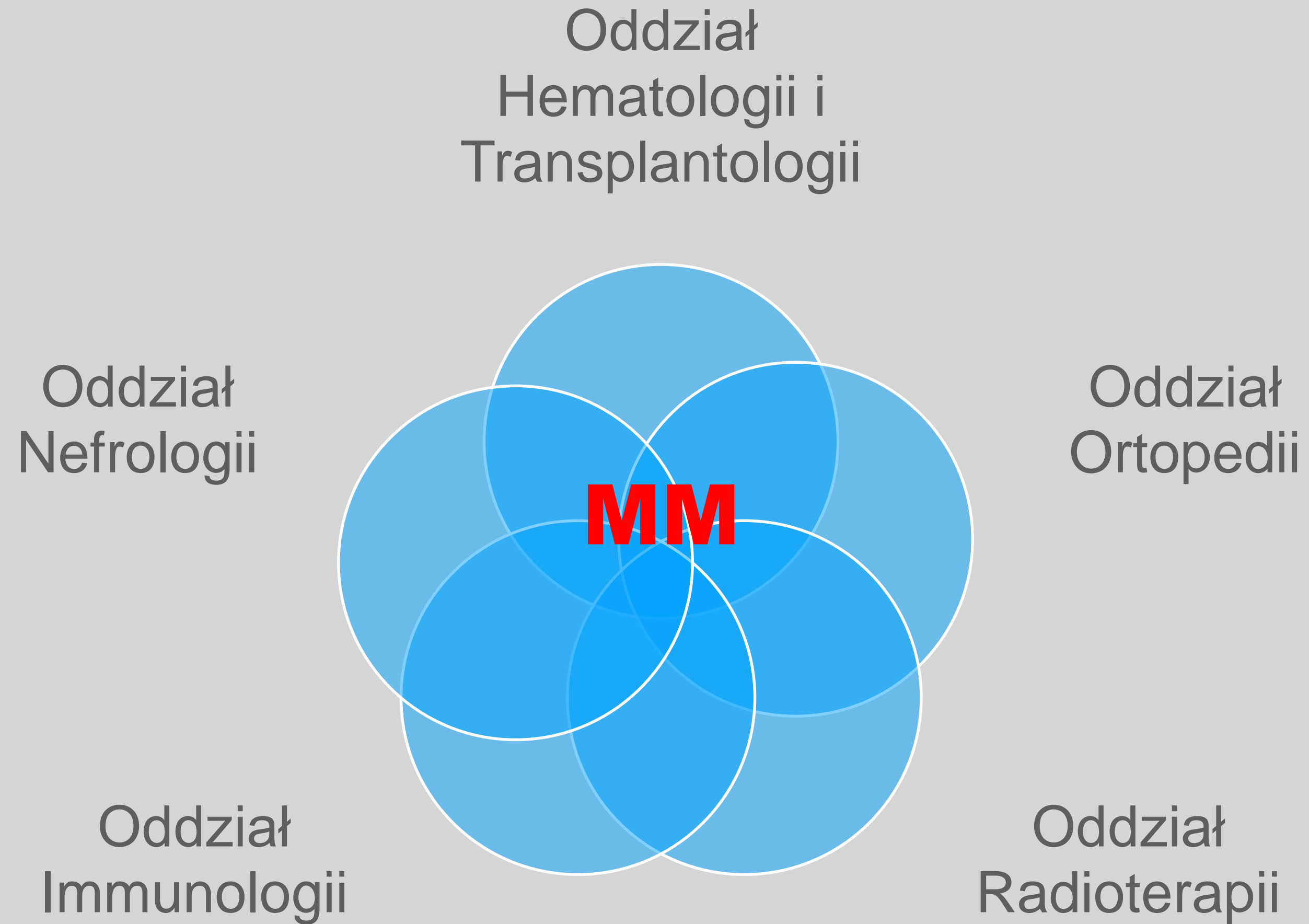


Egyptian Mummy 700 BC

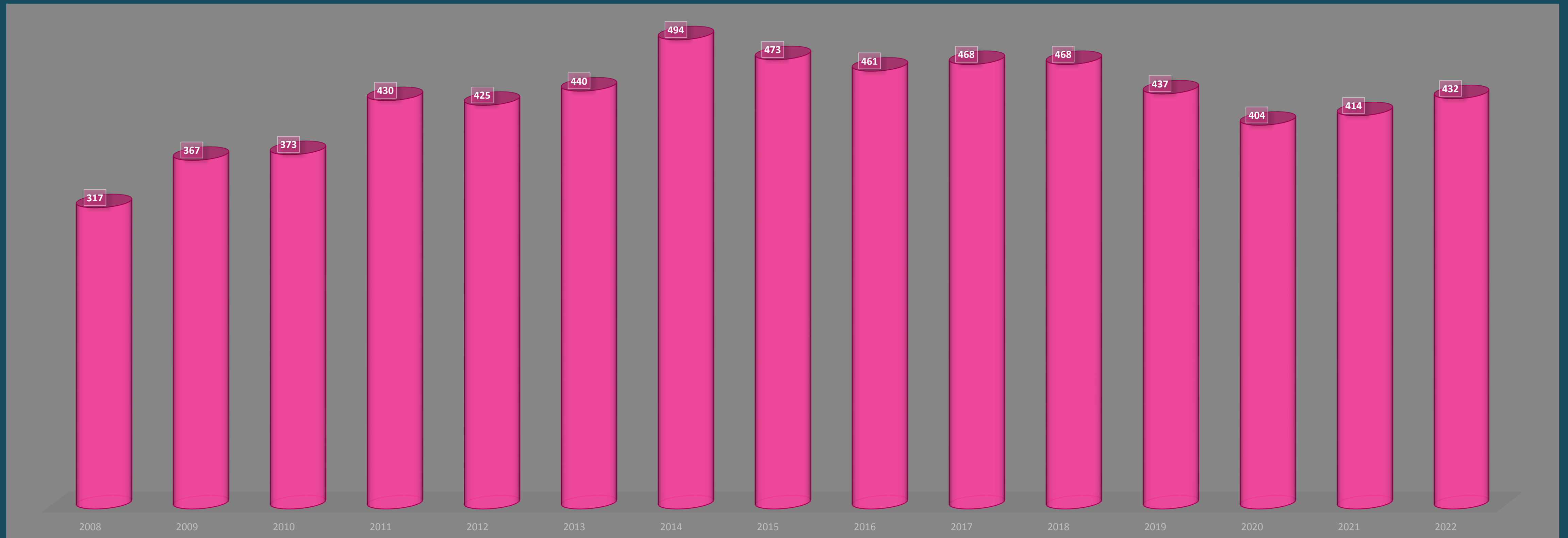


Bronze age China 1750-1400 BC

Szpiczak plazmocytowy

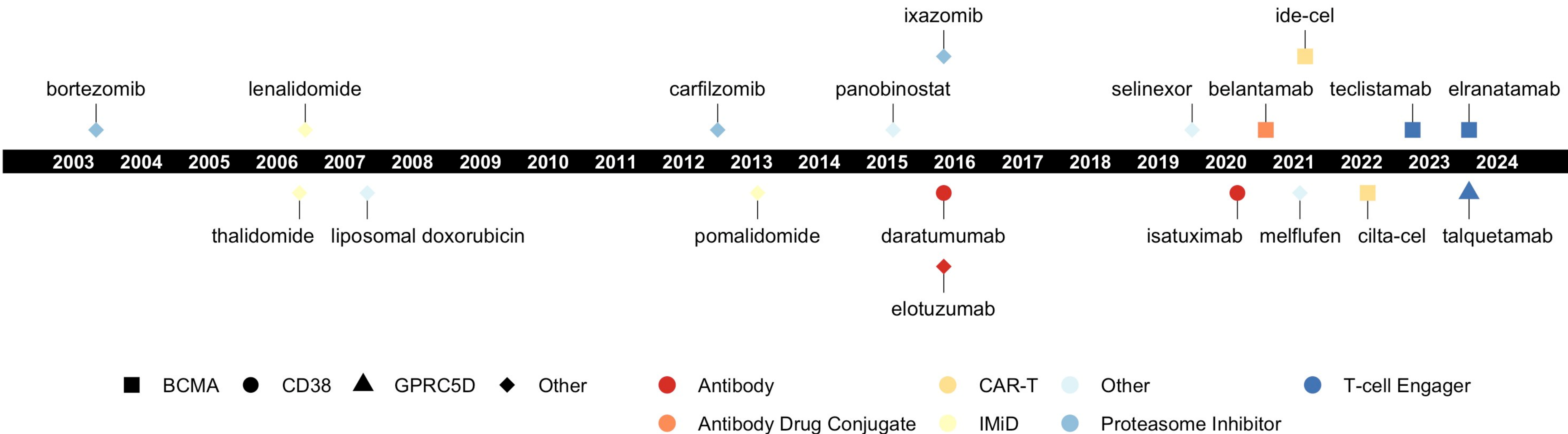


Rola Zespołu Multidyscyplinarnego w leczeniu dyskrzji plazmocytowych

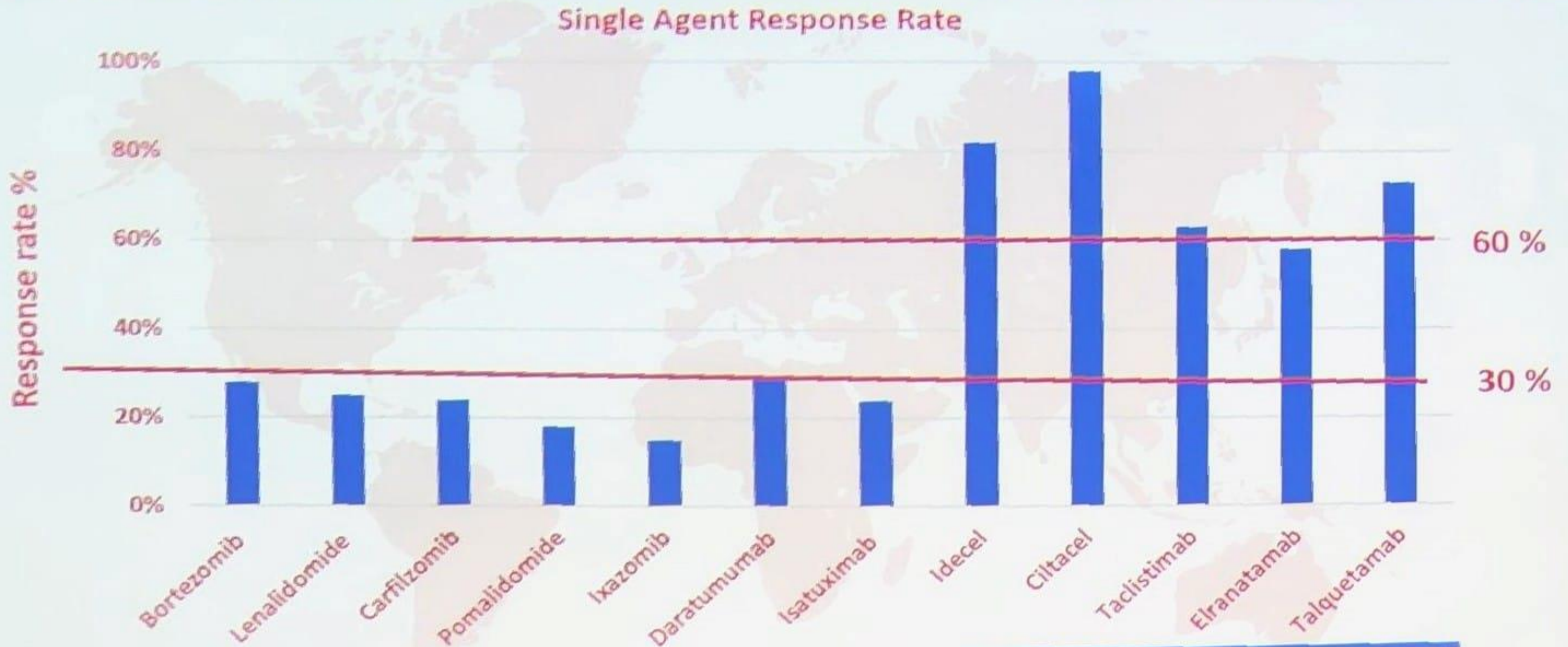


Liczba chorych na szpiczaka plazmocytoowego w Klinice Hematologii UJ CM w latach 2008-2022.

W ciągu ostatnich 20 lat w szpiczaku plazmocytowym zarejestrowano oficjalnie 19 nowych leków na świecie



Single Agent Response Rate – Changing Landscape



LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)



| Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego: | | |
|--|--|--|
| <i>DVTd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem; | <i>KRd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; | |
| <i>PVd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; | <i>IRd</i> – iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; | |
| <i>DVd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; | <i>Pd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem; | |
| <i>DRd</i> – daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; | <i>EloPd</i> – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; | |
| <i>Kd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem; | <i>IsaPd</i> – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem. | |
| ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO | | |
| ŚWIADCZENIOBIORCY | SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE | BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU |
| <p>W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym w I linii leczenia: <i>DVTd</i>, pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym: <i>PVd, DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, Pd, EloPd, IsaPd</i>. <p><i>Uwaga: terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.</i></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> | <p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. Dawkowanie w I linii leczenia w schemacie:</p> <p>1.1.1. DVTd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące)</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8. <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.</p> | <p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; oznaczenie <u>klirensu</u> kreatyniny; oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym |

Szpiczak plazmocytowy – etiopatogeneza

Potwierdzone czynniki ryzyka:

- starszy wiek,
- płeć męska,
- występowanie szpiczaka plazmocytowego u krewnego pierwszego stopnia,
- pochodzenie afroamerykańskie



Rosko i wsp. 2017, Palumbo i wsp. 2011, Cartwright i wsp. 2002, Cook i wsp. 2011, Oberaigner i wsp. 2011, Ailawadhi i wsp. 2018, Waxman i wsp. 2010, Abou-Jawde i wsp. 2006, Iwanga i wsp. 2007, Landgren i wsp. 2009, Greenberg i wsp. 2012, Ailawadhi i wsp. 2012, Hari i wsp. 2010, Kristinsson i wsp. 2009, Landgren i wsp. 2006, Camp i wsp. 2008, Lynch i wsp. 2008.

Potencjalne grupy czynników ryzyka zachorowania na szpiczaka plazmocytowego.

Jedynym udowodnionym czynnikiem prognostycznym związanym ze stylem życia, istotnie obniżającym szanse zachorowania na MM, także wykrytym w analizie wieloczynnikowej, jest sport, uprawiany systematycznie przez co najmniej pół roku (OR=0,401, 95% CI, 0,277-0,581, p<0,001).

Protekcynny wpływ sportu obserwowano zarówno dla aktywności trwających aktualnie (OR=0,33), jak również dla aktywności odległych w czasie (OR=0,453). Nie stwierdzono, by nieprawidłowe BMI oraz używki – alkohol spożywany regularnie czy nikotynizm – miały wpływ na rozwój szpiczaka.

Wśród czynników środowiskowych największą rolę w etiopatogenezie szpiczaka odgrywa **ekspozycja na środki ochrony roślin**, z ponad trzykrotnie wyższą szansą zachorowania względem braku tej ekspozycji (OR=3,288, p<0,001). Pozostałe, zwiększające szanse rozwoju MM ponad dwukrotnie każda, obejmują: **narażenie na asfalt i smołę** (OR=2,417, p=0,026), **pył węglowy** (OR=2,265, p=0,004), **pary rozpuszczalników organicznych** (OR=2,11, p=0,001), **pyły metalowe** (OR=2,072, p=0,023), **pary gazów i spalin** (OR=2,031, p=0,001) oraz **chemikalia** (OR=1,801, p=0,007).

Wywiad **rodzinny** pozostawał nieistotny dla rozwoju MM, jednakże wszystkie odnotowane zgłoszenia szpiczaka plazmocytowego w rodzinie (w pierwszym stopniu pokrewieństwa) dotyczyły pacjentów z MM.

Wykazano niekorzystny wpływ przewlekłego stosowania leków z grupy **inhibitorów pompy protonowej** (OR=2,378, 95% CI, 1,169-4,839, p=0,017), **blokerów kanałów wapniowych** (OR=1,806, 95% CI, 1,029-3,17, p=0,039) i **beta blokerów** (OR=1,601, 95% CI, 1,044-2,456, p=0,031) na rozwój szpiczaka.

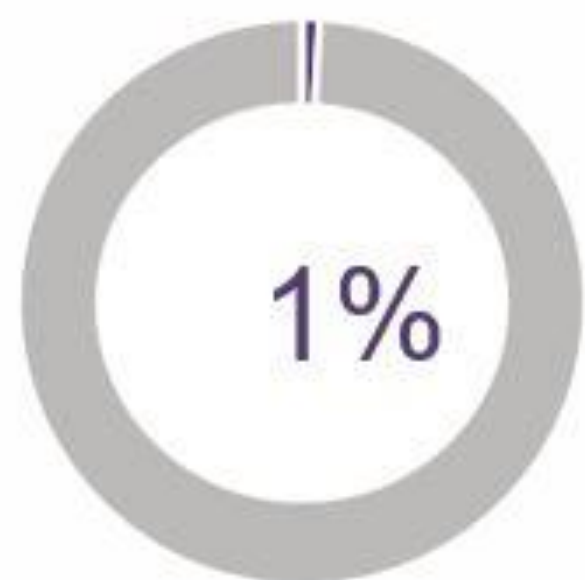
Wiek w momencie diagnozy, a także regularna aktywność fizyczna w ciągu życia, mają wpływ na wyniki niektórych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w toku diagnostyki MM (Hgb, kreatynina, mocznik, eGFR, beta-2-mikro).

Patogeneza szpiczaka jest złożonym procesem, w którym istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, uwarunkowania socjodemograficzne, podłoże genetyczne, wywiad chorobowy.

Kluczowe znaczenie ma styl życia, z aktywnością zawodową i aktywnością fizyczną.



Obraz kliniczny szpiczaka plazmocytozy



wszystkich nowotworów złośliwych



nowotworów układu krwionośnego



/100 000 - zapadalność roczna



UKŁAD KOSTNO-STAWOWY

W 70% przypadków ból kostny (kręgosłup L-S, miednica, żebra).



UKŁAD NERWOWY

W 30 % ucisk lub uszkodzenie rdzenia kręgowego, korzeni nerwów rdzeniowych lub nerwów czaszkowych oraz polineuropatia obwodowa czuciowa i czuciowo – ruchowa symetryczna, dystalna. Ból i zawroty głowy.



NERKI

Objawy hiperurykემii, niewydolność nerek (w około 30% przypadków w chwili rozpoznania), Hiperkaliemia: wielomocz, wapnica i kamica nerek.



MIĘŚNIE

Osłabienie



UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

Nadciśnienie tętnicze, tachykardia, niemierność



UKŁAD POKARMOWY

Nudności, wymioty, zaparcia, choroba wrzodowa.



INNE

- Utrata masy ciała (24%)
- Nawracające zakażenia (10-20%)
- Zespół nadmiernej lepkości,
- Kompresja guza plazmocytozy pozaszpikowego,
- Hepatomegalia,
- Zespoły paraneoplastyczne.

Współczesny algorytm leczenia szpiczaka plazmocytoowego

Terapia 1 linii

Inhibitory proteasomów

Bortezomib, Karfilzomib,*
iksazomib*

Sterydy

Deksametazon, prednizon

Leki immunomodulujące

Talidomid, lenalidomid

Daratumumab

Leki alkilujące

Cyklofosfamid, melfalan

HSCT

Tak

Nie

Terapia nawrotu

Rozważania

Wiek, stan sprawności,
choroby współistniejące

Skuteczność wcześniejszej terapii

Tolerancja wcześniejszej terapii

Rodzaj nawrotu: kliniczny
vs biochemiczny

Wczesny vs późny nawrót

Decyzje

Dublet vs triplet?

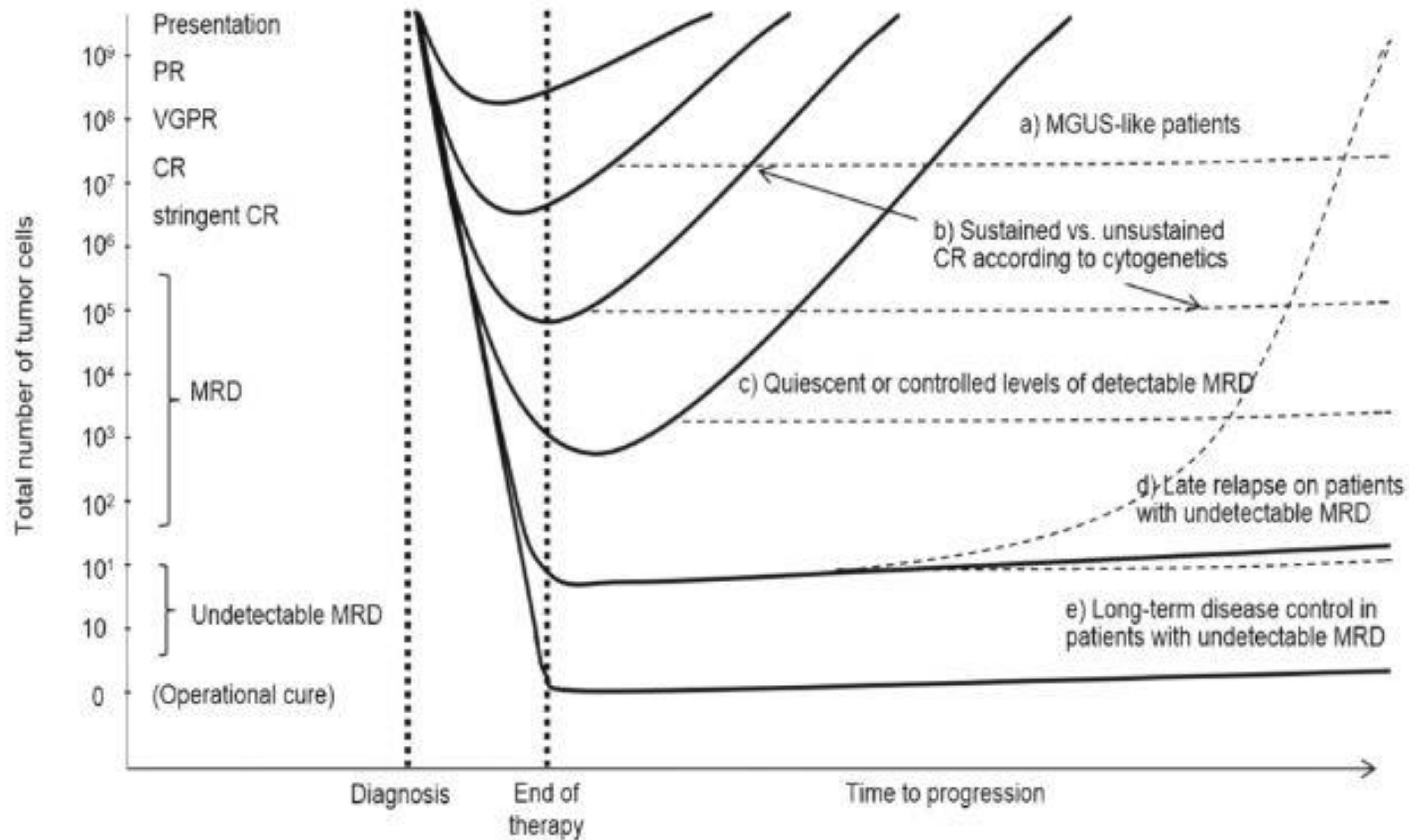
Intensywność dawki?

Zmiana klasy leku?

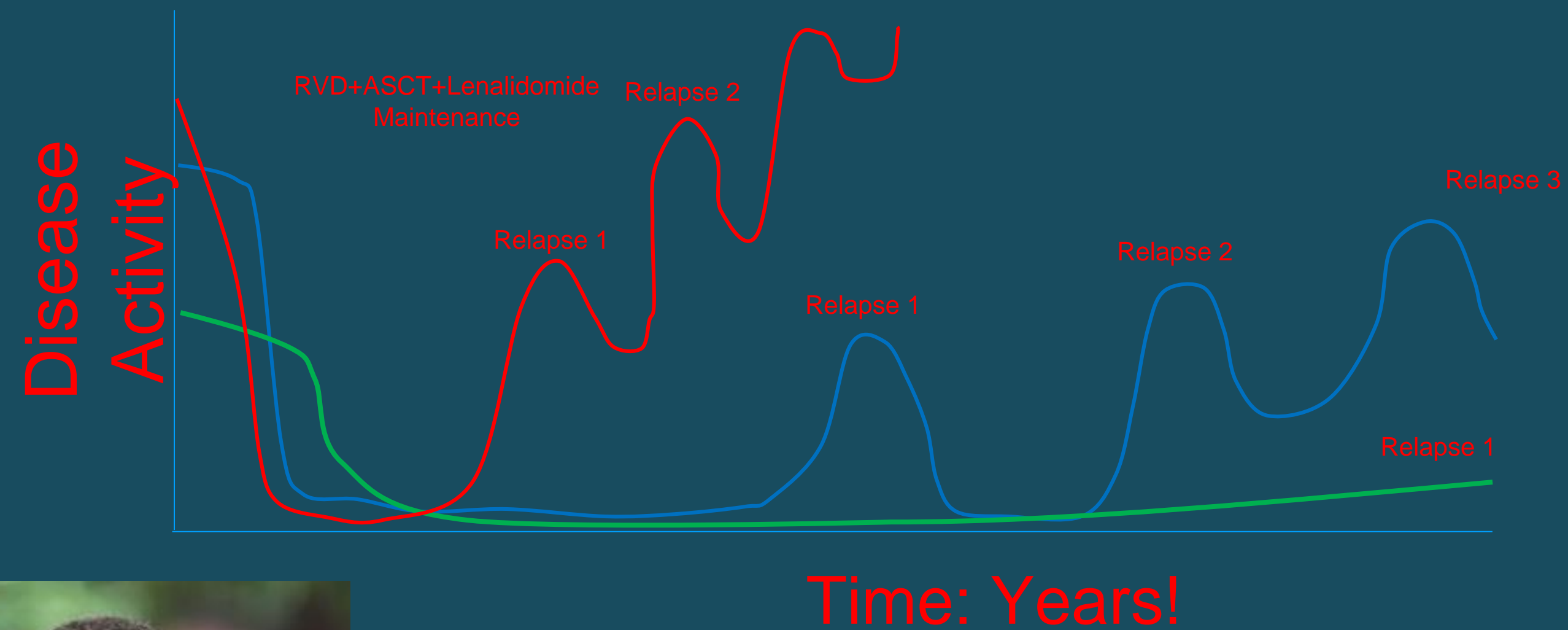
1. lub 2. HSCT?

Bardzo duża liczba opcji 1 linii = wiele profili pacjentów w chwili nawrotu

Depth of Response Influence Time to Progression

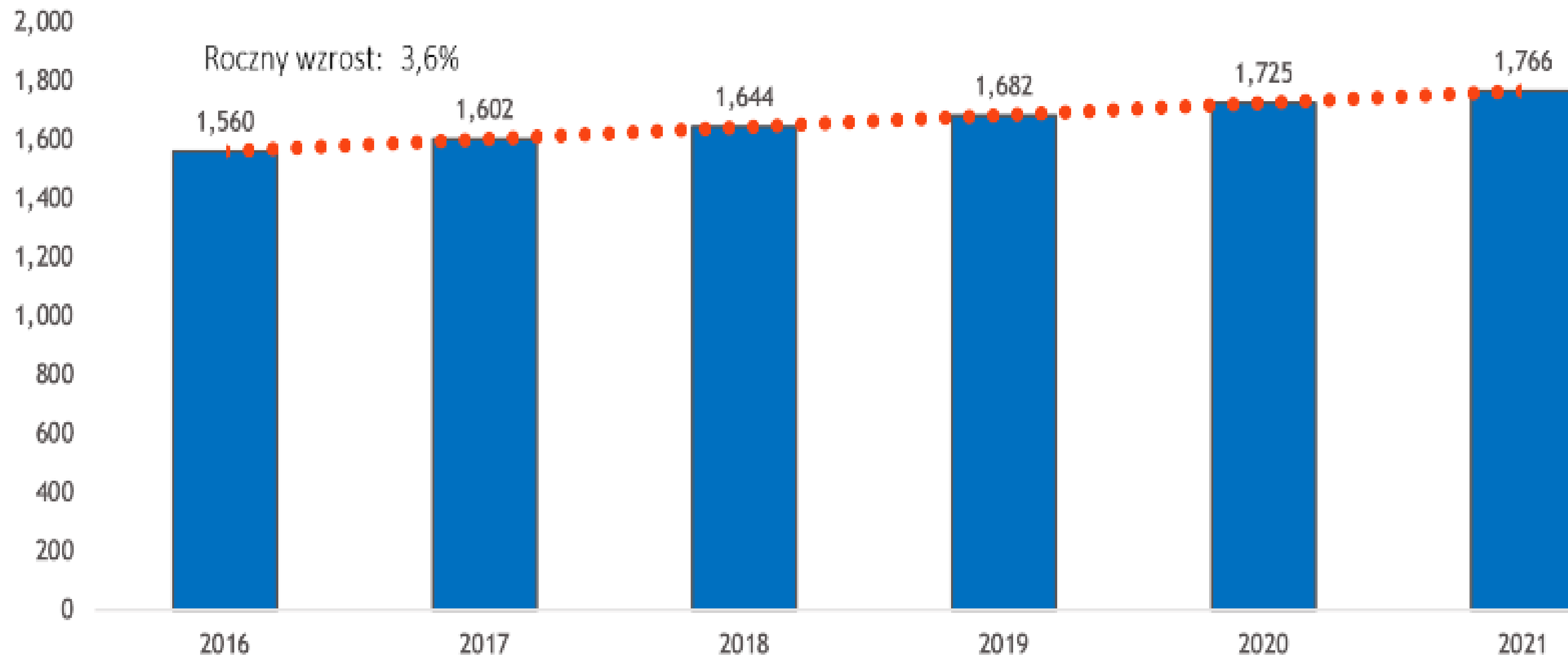


Multiple Myeloma is Not One Disease!



prof. Joseph Mikhael, IMF

Liczba nowych zachorowań: C90 szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych*



| Populacja | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Liczba nowych zachorowań: C90 szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych* | 1 560 | 1 602 | 1 644 | 1 682 | 1 725 | 1 766 |
| % rozpoznań ze szpiczakiem mnogim spośród wszystkich nowych rozpoznań o kodzie ICD-10 C90** | 92% | | | | | |
| Liczba nowych zachorowań szpiczak mnogi | 1 435 | 1 474 | 1 512 | 1 548 | 1 587 | 1 625 |

Kompleksowa Opieka Specjalistyczna KOS –HEM



MIEJSCE REALIZACJI:

szpital zapewniający oddział i poradnię hematologiczną oraz spełniający dodatkowe kryteria jakościowe, jak i organizacyjne

Leczenie onkohematologiczne – elementy, które wymagają poprawy

Wskazane przez ekspertów:

- wczesny dostęp do nowych terapii onkohematologicznych
- dostęp do innowacyjnych refundowanych leków
- wielkość nakładów finansowych na hematologię
- dostęp pierwszorazowy do lekarza specjalisty/poradni specjalistycznej
- istnienie map potrzeb zdrowotnych
- poziom przestrzegania standardów leczenia
- efektywna organizacja ośrodków



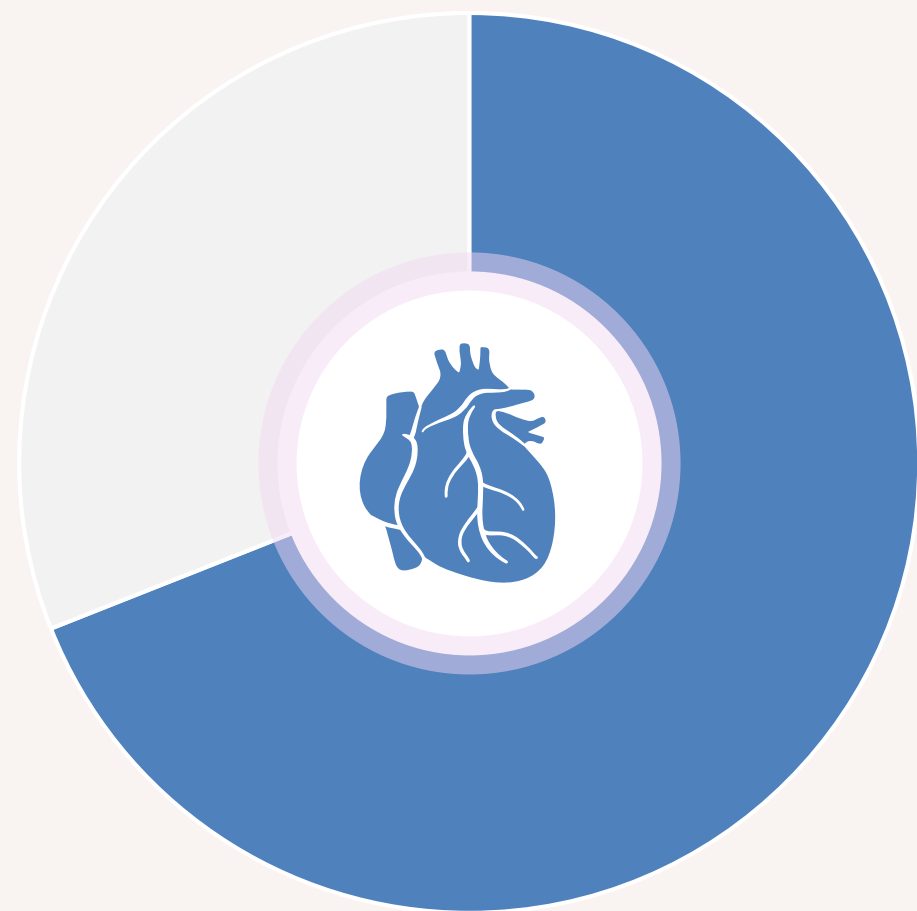
Wskazane przez pacjentów:

- zwiększenie dostępu do nowych leków, które są niedostępne w Polsce
- skrócenie czasu diagnostyki
- zagwarantowanie możliwości kompleksowej opieki w jednym ośrodku (leczenie onkohematologiczne, badania kontrolne, wsparcie psychologiczne, porady dietetyka, rehabilitacja)
- zmniejszenie biurokracji w procesie leczenia
- zwiększyć czas poświęcony pacjentowi przez lekarza podczas wizyty
- wskazać osobę, która pełni rolę koordynatora - przewodnika pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia

MAMY NADZIEJĘ IŻ DZIEKI NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ POWSTANĄ W POLSCE LICZNE CENTRA LECZENIA SZPICZAKA OFERUJĄCE KOORDYNOWANĄ I KOMPLEKSOWĄ OPIEKĘ

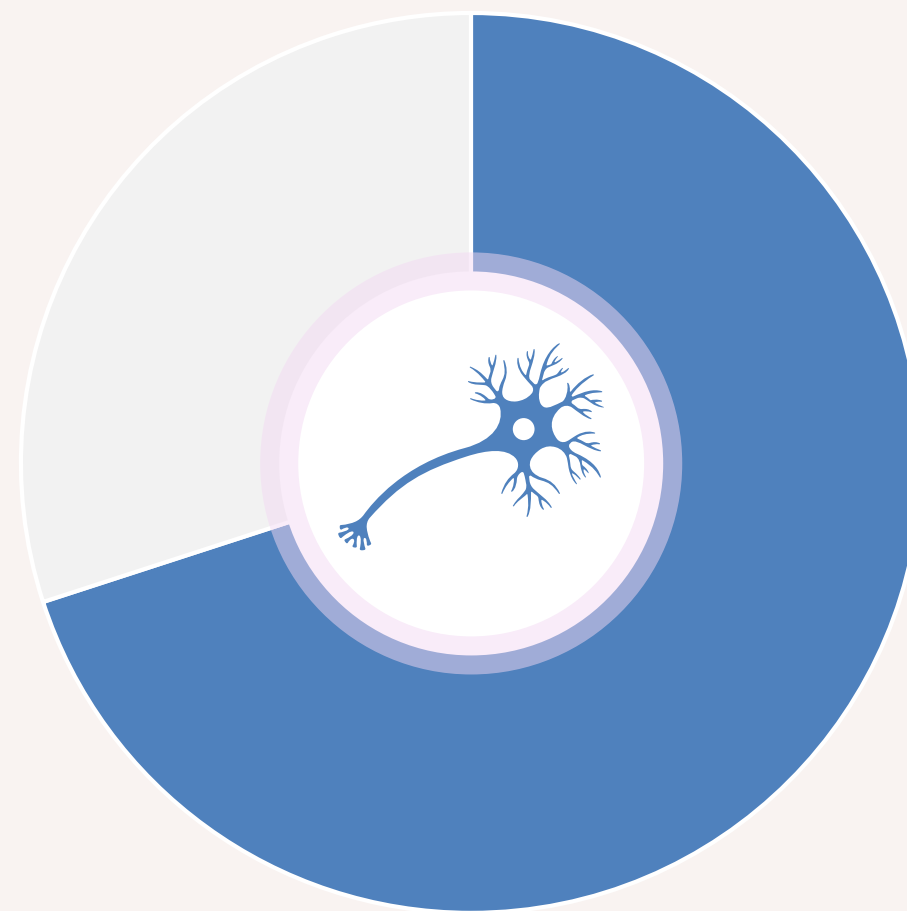
Ilu pacjentów ze szpiczakiem dotyczą choroby współistniejące?

sercowo-naczyniowe



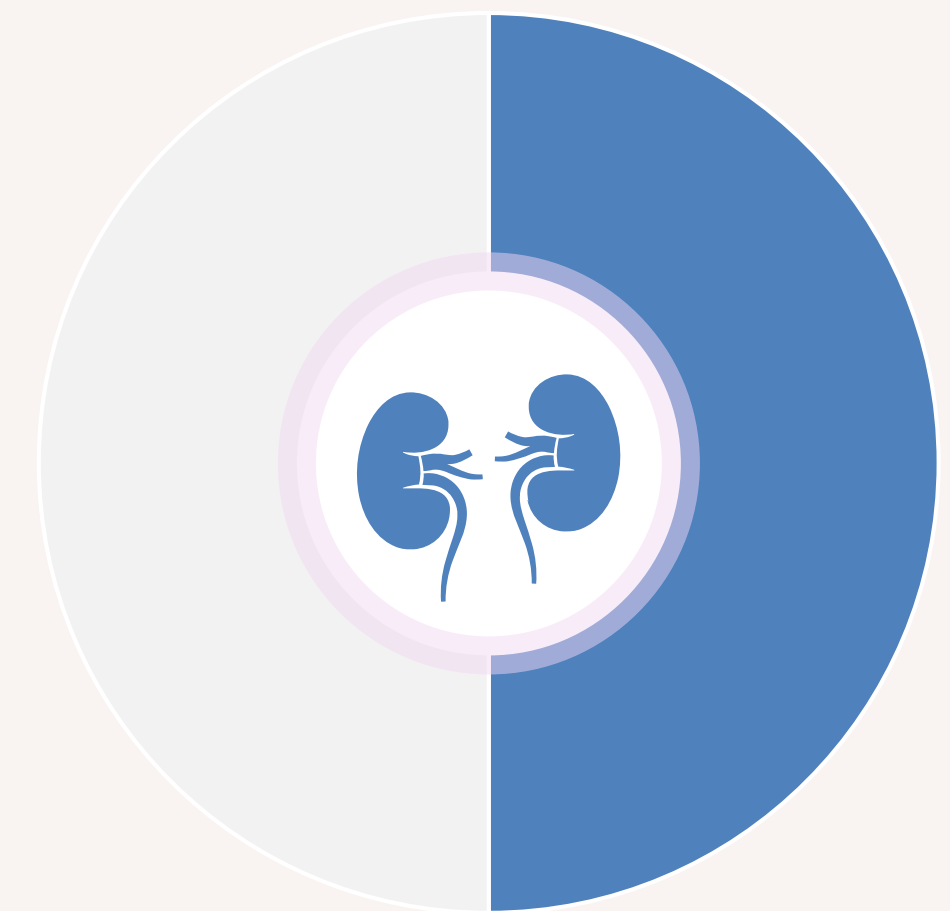
u **69%** pacjentów
z nowo rozpoznanym
szpiczakiem
plazmocytowym¹

neurologiczne



u **70%** chorych
leczonych
bortezomibem mogą
pojawić się objawy
neuropatii obwodowej²

niewydolność nerek



nawet u **50%** chorych
z nowo rozpoznanym
szpiczakiem
plazmocytowym³

Wytyczne leczenia chorych na szpiczaka przebiegającego z uszkodzeniem nerek

Nowo rozpoznany szpiczak plazmocytowy

Oporny i nawrotowy szpiczak plazmocytowy

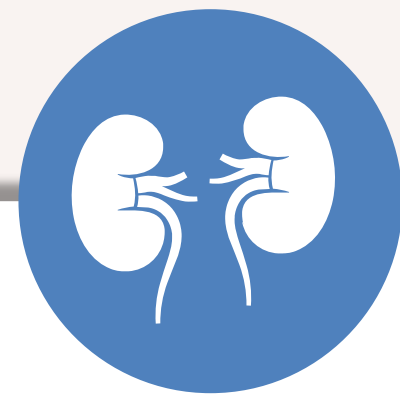
BORT

Leczenie z wyboru
Schematy oparte na Bort

BORT

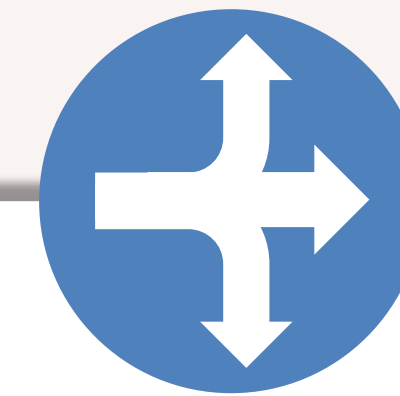
Przeciwwskazania do leczenia Bort

Talidomid
Lenalidomid



Ostra niewydolność nerek

- duże dawki deksametazonu w czasie pierwszych 2-3 cykli,
- dodanie trzeciego leku (np. VRd) w celu zwiększenia skuteczności w indukowaniu remisji.



Wybór leczenia zależny od odpowiedzi na wcześniejszą linię terapii:

- **Odpowiedź na Bort i brak przeciwwskazań do jego stosowania:**
Powtórzenie terapii bortezomibem
- **Przeciwwskazania do leczenia Bort:**
Rozpocząć leczenie lenalidomidem
 - **Oporność na Bort:**
Leczenie lenalidomidem, karfilzomibem, pomalidomidem.

**Neurologiczne
powikłania szpiczaka plazmocytowego**



Szerokie spektrum neurologicznych objawów i powikłań szpiczaka plazmocytoowego

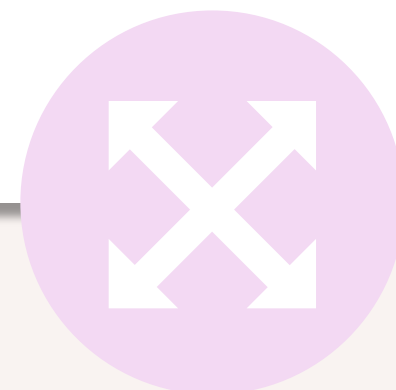
BEZPOŚREDNIA INFILTRACJA STRUKTUR

- **Czaszka:** ból głowy, napady padaczkowe
- **Kręgosłup:** radikulopatie, złamania i pęknięcia kręgów
 - **Opony mózgowo-rdzeniowe:** radikulopatia, encefalopatia, porażenie nerwów czaszkowych
- **Nerwy obwodowe:** asymetryczne neuropatie (np. zespołu zdętwiałego podbródka)



EFEKTY POŚREDNIE

- **Zespół paraneoplastyczny:** neuropatia
- **Zespół metaboliczny:** hiperkalcemia i uremia
- **Zespół nadkrzepliwości:** zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, zakrzepica żył i zatok mózgu, udar
- **Amyloidoza:** neuropatia obwodowa i autonomiczna



SKUTKI LECZENIA

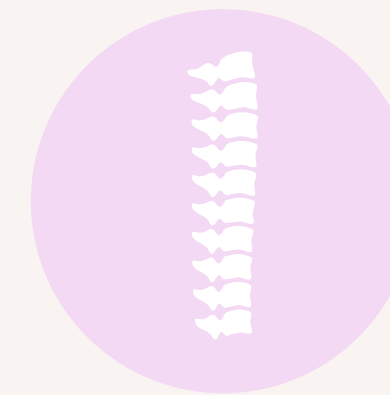
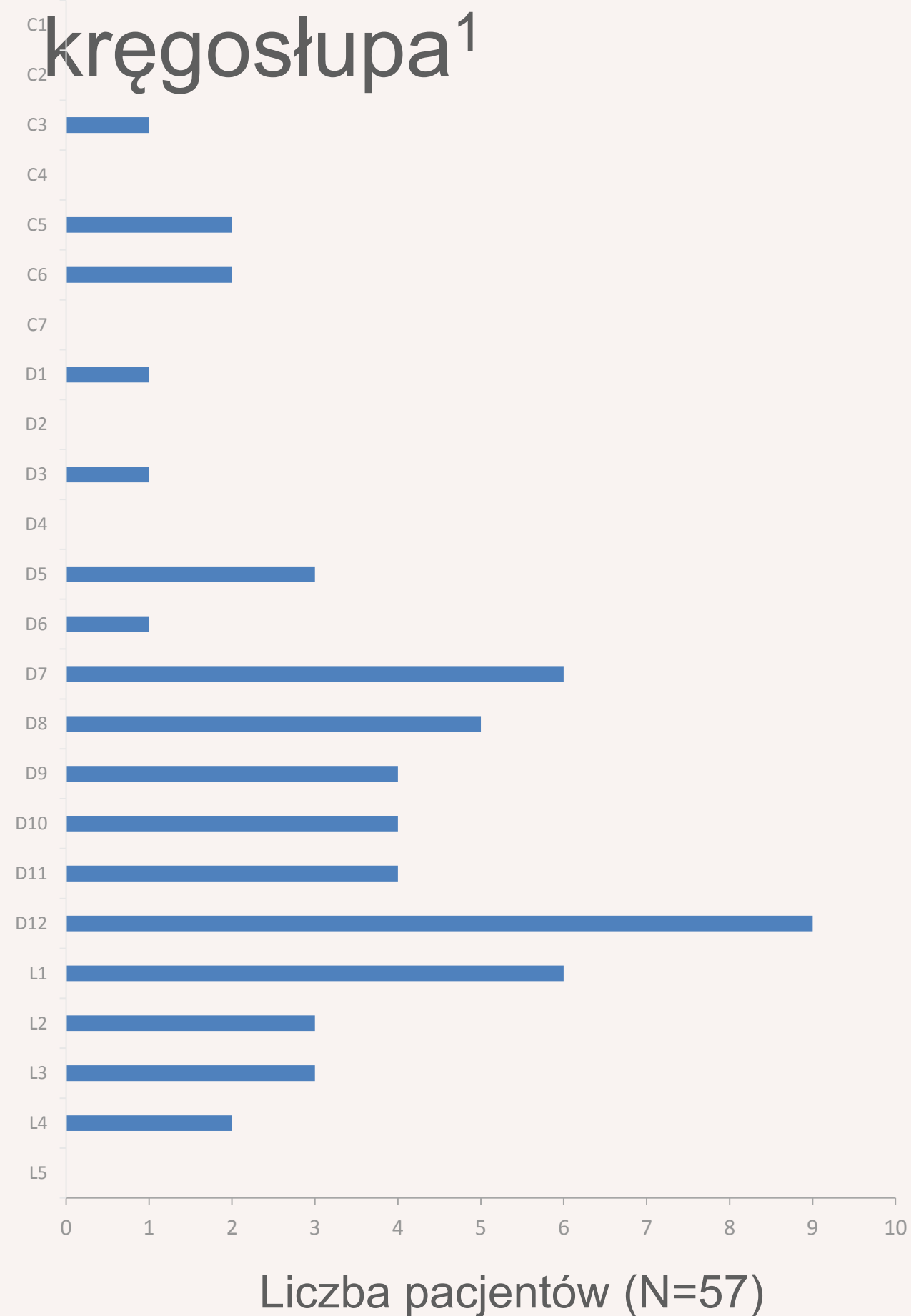
- **Infekcje** wtórne do immunosupresji
- **Neuropatia** (bortezomib, talidomid)
 - **Miopatia** (kortykosteroidy)
- **Napady padaczkowe** (melfalan)
 - **Zespół odwracalnej tylnej leukoencefalopatii** (bortezomib)



Radikulopatie w przebiegu szpiczaka plazmocytyowego



Częstość złamań kręgów
w różnych odcinkach



Neurologiczne objawy ucisku
na korzenie nerwowe i rdzeń
kręgowy^{2,3}

Objawy korzeniowe:

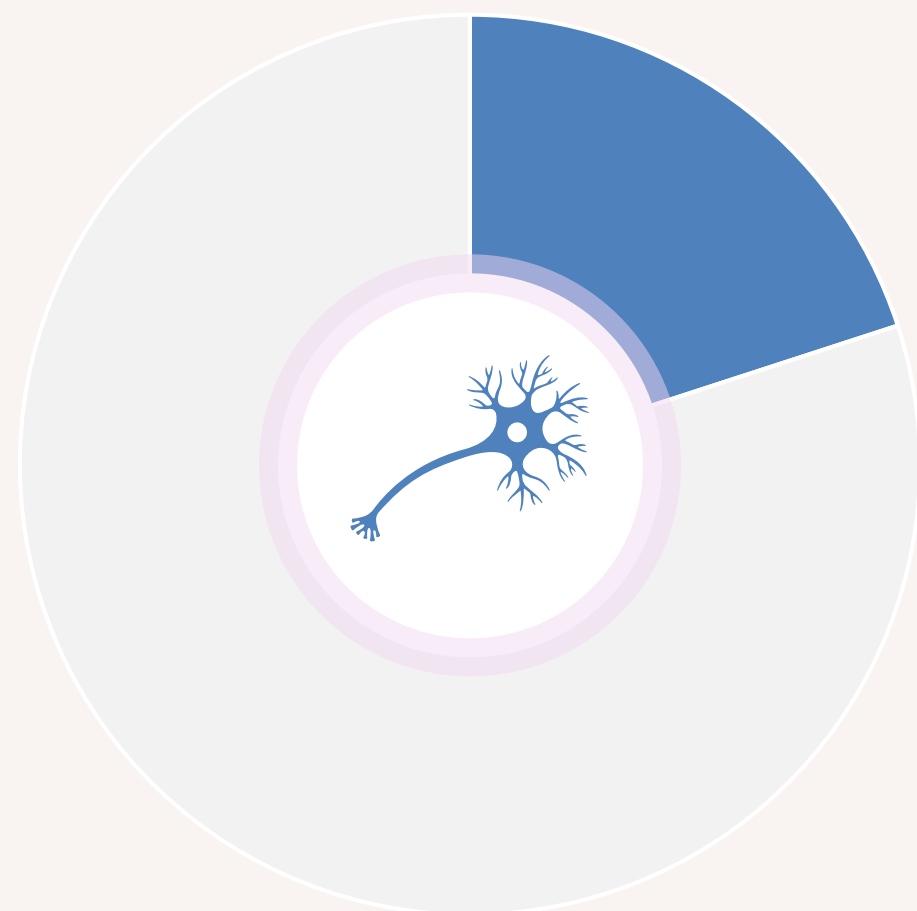
- Drętwienie i mrowienie
 - Ból
 - Osłabienie mięśni
- Zaburzenia czynności jelit i pęcherza moczowego

Objawy rdzeniowe:

- Ból przeszywający i przetrwały
- Niedowład i porażenie kończyn
 - Parestezje i utrata czucia
 - Ataksja

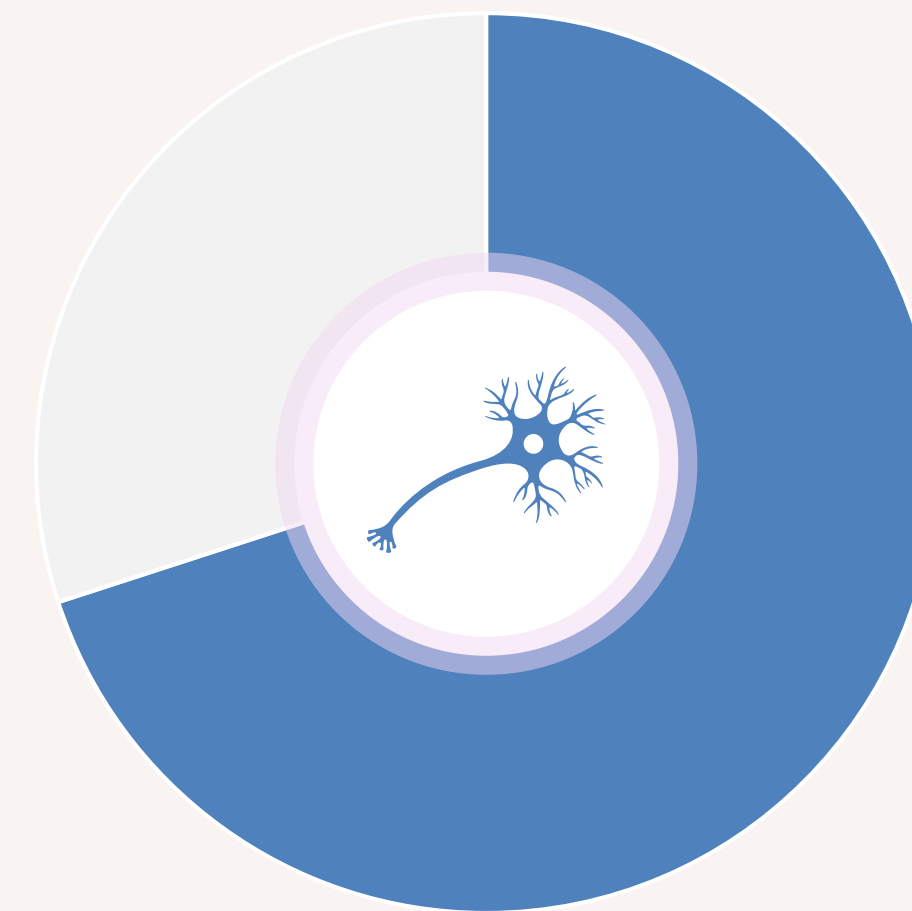
Neuropatia obwodowa jest częstym powikłaniem choroby

Częstość neuropatii obwodowej związanej ze szpiczakiem wynosi od kilku do nawet 20%¹



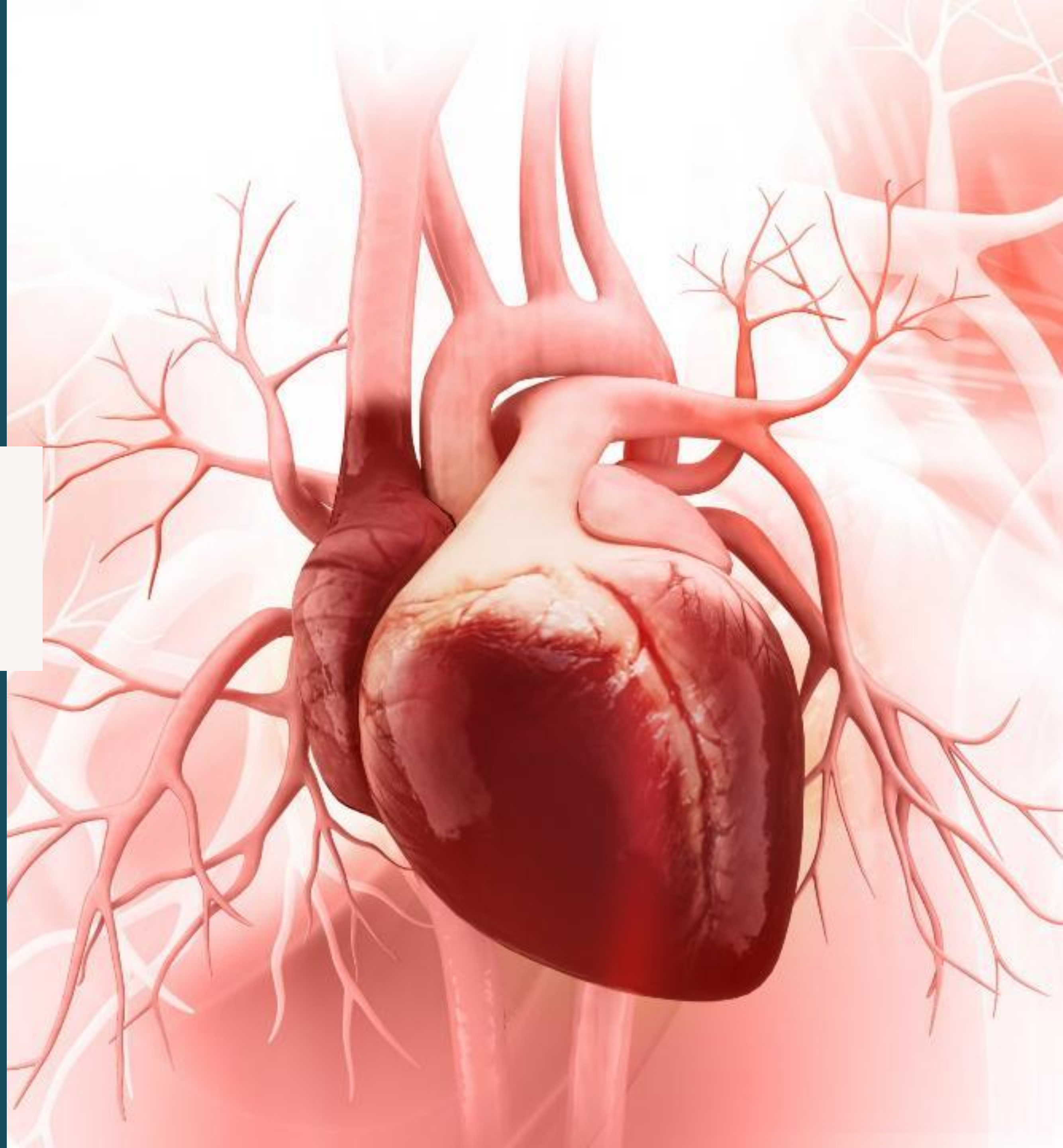
Objawy neuropatii związanej ze szpiczakiem są zwykle obustronne i obejmują parestezje, drętwienie, pieczenie i osłabienie.¹

Częstość neuropatii obwodowej związanej z leczeniem bortezomibem sięga 70%¹



Objawy neuropatii związanej z leczeniem są zwykle obustronne i symetryczne, dystalne i postępujące.^{1,2}

**Choroby sercowo-naczyniowe
w przebiegu szpiczaka
plazmocytowego**



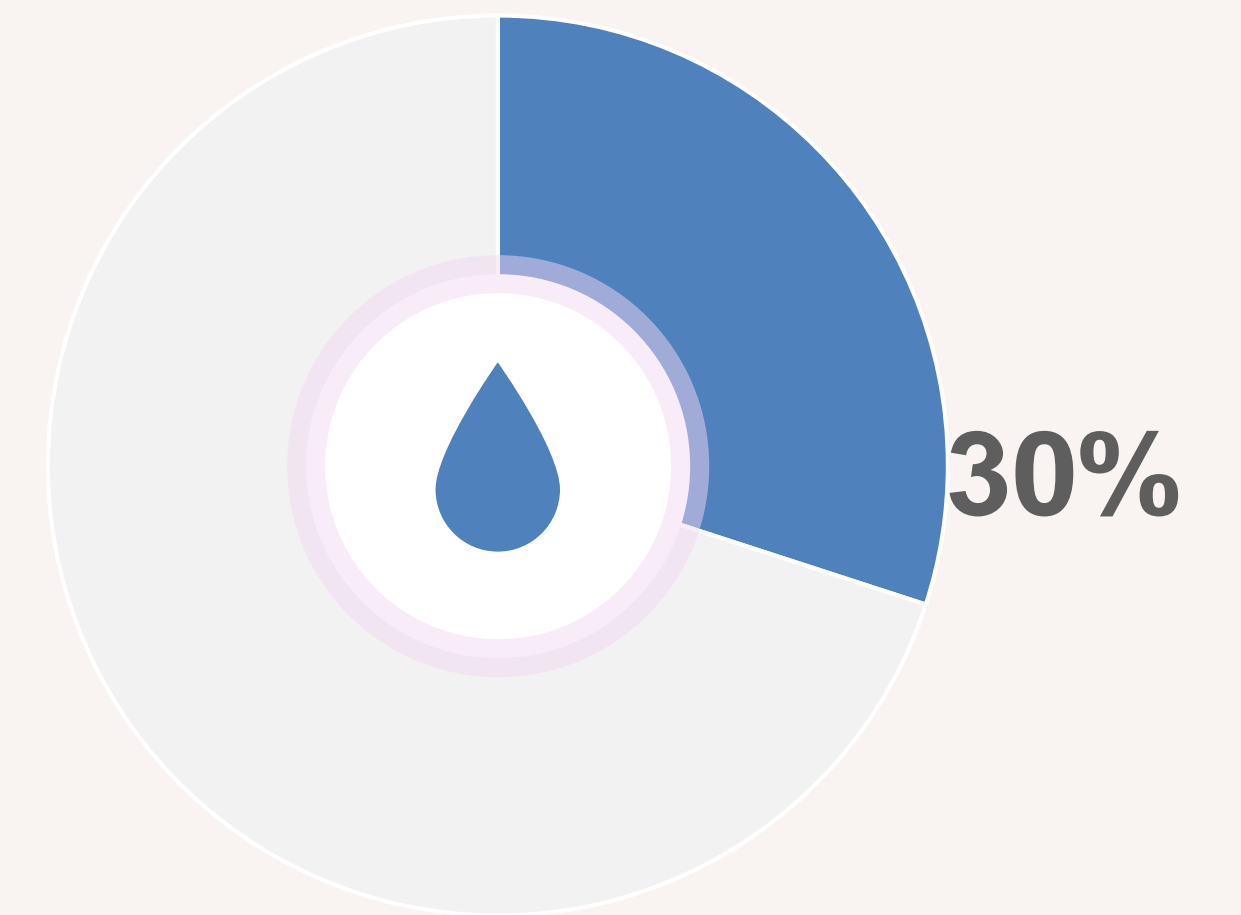
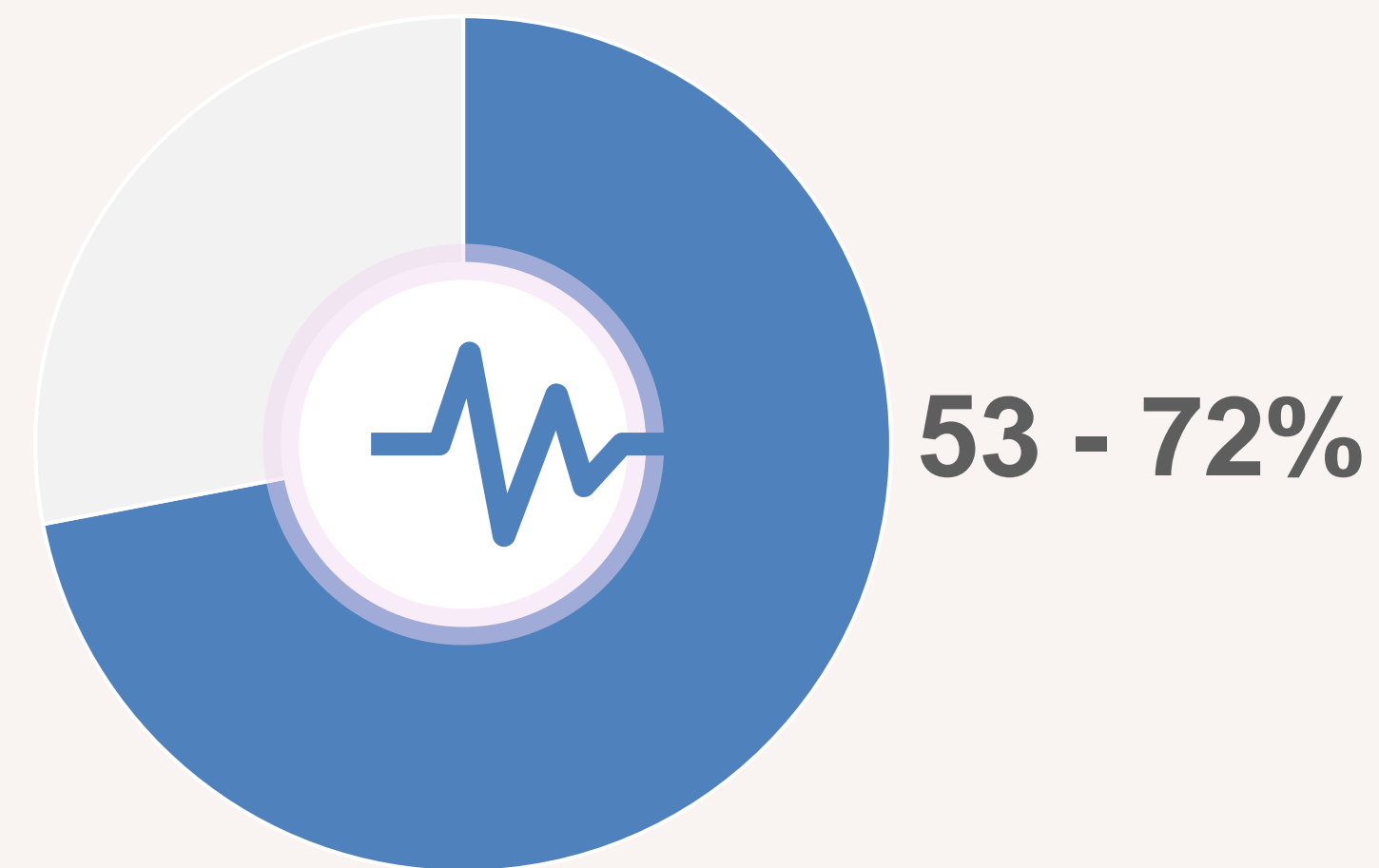
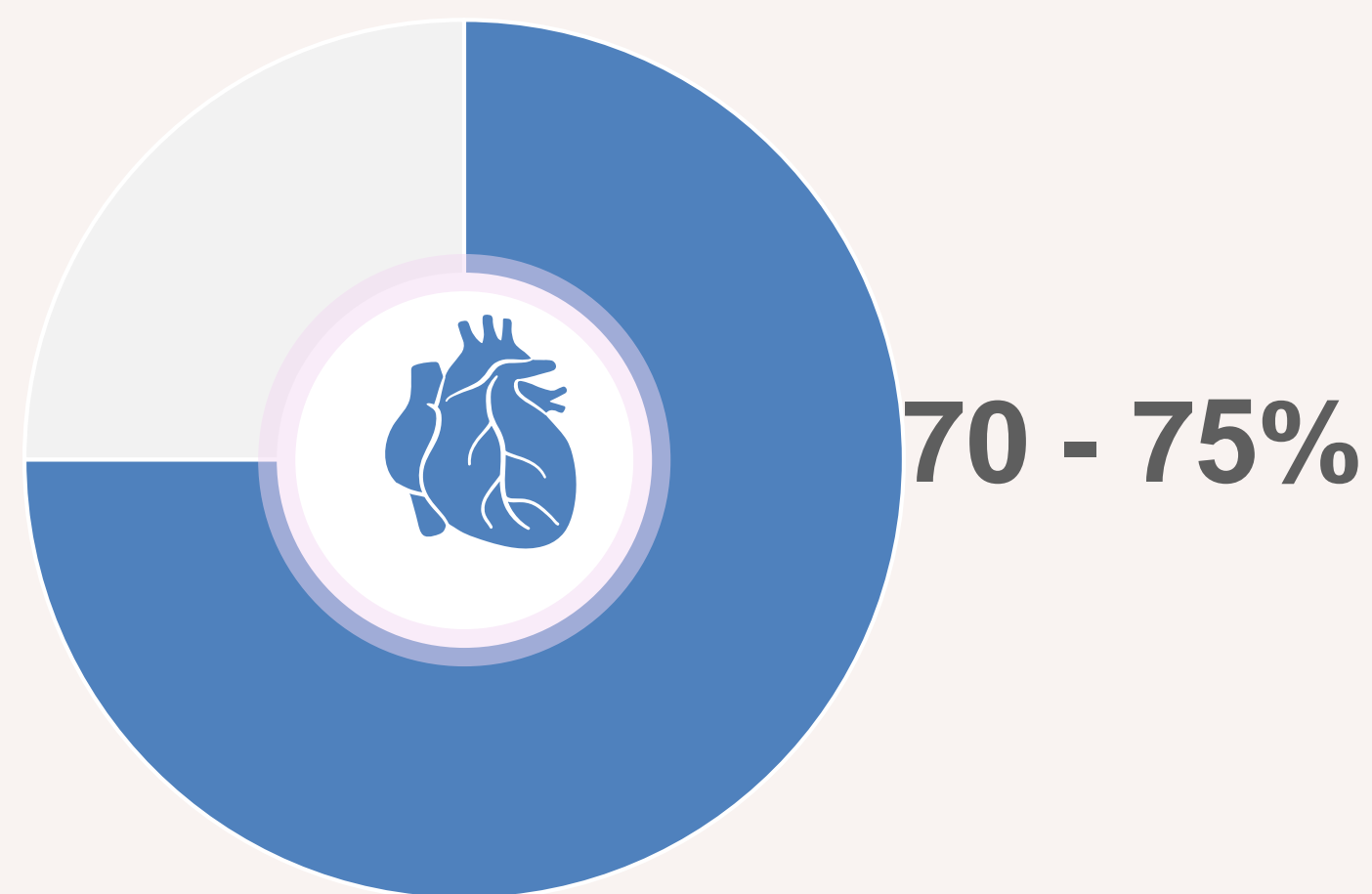
Choroby układu krążenia są powszechne u osób w wieku podeszłym

 **70 lat**

to mediana wieku zachorowania
na szpiczaka plazmocytowego¹

Wśród pacjentów w wieku 70 lat kluczowymi chorobami współistniejącymi są choroby układu krążenia i cukrzyca nadciśnienie tętnicze³

choroby układu krążenia²

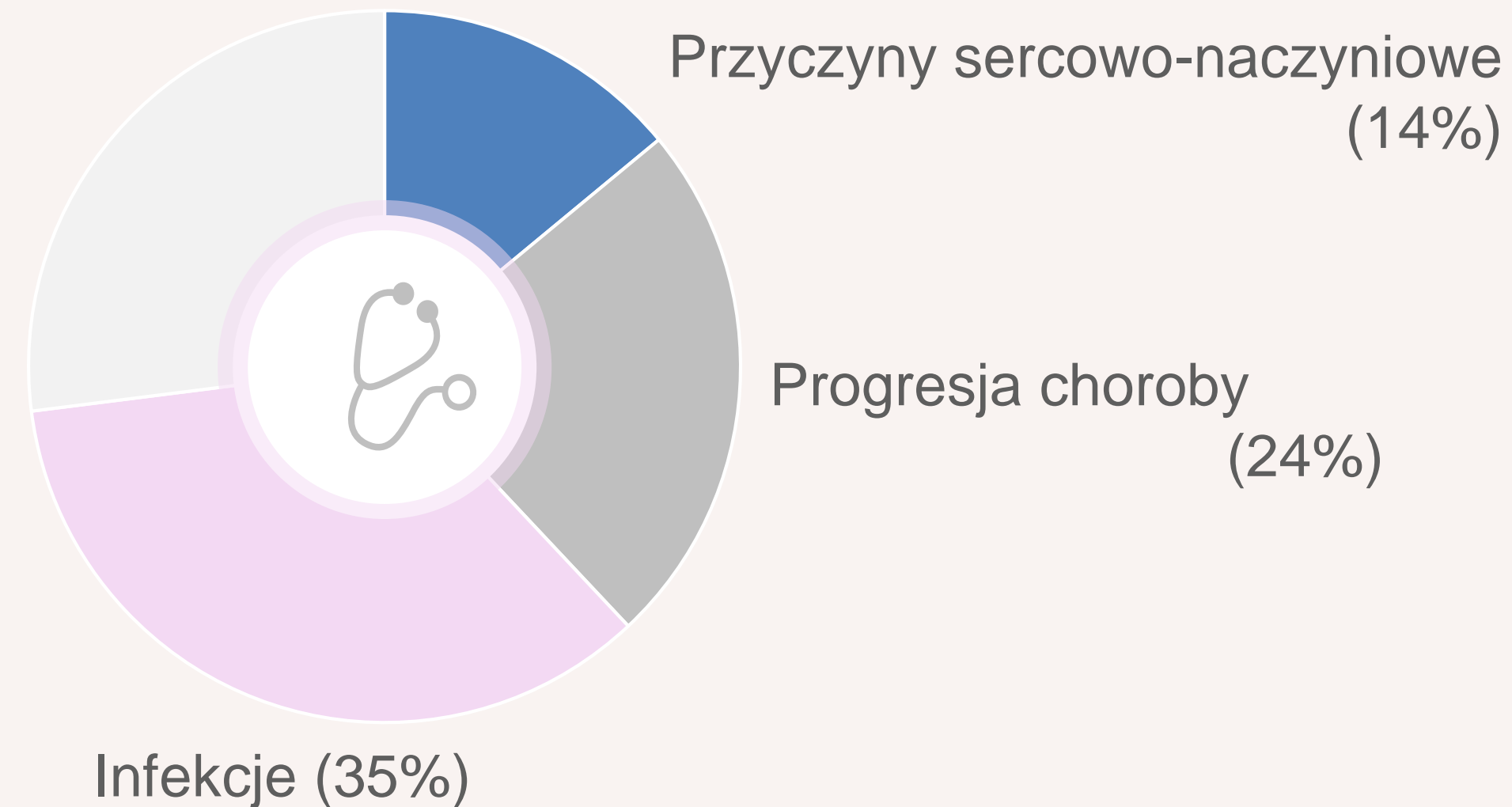


1. Giannopoulos K et al. Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej, 2021. 2. Yazdanyar A, Newman AB. Clin Geriatr Med. 2009;25(4):563-vii. 3. Babatsikou F, Zavitsanou A. Health Science Journal. 2010;4:24-30.

4. Corriere M et al. Curr Diab Rep. 2013;13(6):805-813.

Choroby sercowo-naczyniowe są czynnikiem ryzyka wczesnej śmierci chorych na szpiczaka plazmocytoowego^{1,2}

Choroby sercowo-naczyniowe są trzecią najczęstszą przyczyną wczesnych zgonów wśród chorych na szpiczaka (zgony w ciągu 1 roku od rozpoznania)



Występowanie chorób sercowo-naczyniowych lub ich czynników ryzyka skraca czas przeżycia pacjentów ze szpiczakiem^{1,2}

1. Charliński G et al. *Pol Arch Intern Med.* 2021;131:527-534.
2. Bacs D et al. *Oncotarget.* 2019;10:3154-3165.

Choroby sercowo-naczyniowe w przebiegu szpiczaka plazmocytozowego

- Choroby sercowo-naczyniowe są powszechne wśród chorych na szpiczaka plazmocytozowego¹
- Choroby sercowo-naczyniowe zwiększają ryzyko zgonu chorych na szpiczaka plazmocytozowego^{1,2}
 - Ocena czynników ryzyka i budowanie świadomości pacjenta
 - Działania profilaktyczne (profilaktyka incydentów zakrzepowych)
 - Farmakologiczna kontrola ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i glikemii
 - Modyfikacja osobniczych czynników ryzyka (palenie, dieta, aktywność fizyczna)
- Dostosowanie leczenia szpiczaka plazmocytozowego do indywidualnego ryzyka sercowo-naczyniowego.

JAK AKTYWNIENIE ŻYCIE Z NOWOTWOREM PORADNIK

DEKALOG ZDROWEGO ŻYCIA

1. Poznaj samego siebie.
2. Utrzymuj swój organizm w dobrej kondycji.
3. Nie nadużywaj leków.
4. Pozbądź się nałogów.
5. Regularnie uprawiaj sport i bądź aktywny fizycznie.
6. Odżywiaj się prawidłowo.
7. Pamiętaj o hartowaniu organizmu.
8. Rozwijaj umiejętność radzenia sobie ze stresem.
9. Bądź życzliwy dla innych.
10. Żyj uczciwie, ufaj innym i bądź godny zaufania.

„Jak aktywnie żyć z nowotworem?” – to pytanie zadaje wiele osób z wywiadem onkologicznym. Jeszcze więcej nie wie, że można, a nawet trzeba tak żyć na co dzień.

Dlatego opracowaliśmy poradnik skierowany przede wszystkim do osób chorujących na nowotwory i ich rodzin, które często pragną być aktywnymi partnerami w procesie leczenia.

Artur Jurchyszyn i Piotr J. Majcher



JAK AKTYWNIENIE ŻYCIE Z NOWOTWOREM PORADNIK

JAK AKTYWNIENIE ŻYCIE Z NOWOTWOREM • PORADNIK

REDAKCJA NAUKOWA
ARTUR JURCZYSZYN
I PIOTR J. MAJCHER





Korzyści przeważają nad wątpliwościami



Nigdy nie jest za późno

Na rozpoczęcie pozazawodowej aktywności fizycznej nigdy nie jest za późno – skończone 50, 60 czy nawet 70 lat to odpowiedni wiek na to.



Aktywność zmienia życie

regularne ćwiczenia fizyczne prowadzą nie tylko do poprawy samopoczucia, ale również mierzalnych parametrów sprawności fizycznej.



Żyj aktywnie również z chorobą

Choroby nowotworowe stają się chorobami przewlekłymi, więc skoro pacjenta czeka dłuższe życie z chorobą, jakość tego życia powinna być możliwie najwyższa.



Chorzy na nowotwory ćwiczą

12-tygodniowy program ćwiczeń 5 razy w tygodniu doprowadził w grupie 60-latków z nowotworami mieloproliferacyjnymi do zwiększenia wydolności organizmu o ponad 20%.



Efekty są spektakularne

Odpowiada to skróceniu czasu biegu na 10 km z 68 do 58 minut. W 3 miesiące byli chorzy na nowotwór mogli przebiec 10 km w czasie poniżej 1 godziny



Efekty przychodzą szybko

Pierwsze efekty ćwiczeń są widoczne już po 2–3 tygodniach – dzięki poprawie koordynacji ruchowej i usprawnieniu mięśni.

Udowodnione korzyści aktywności fizycznej u osób chorych na nowotwory



Zmniejszenie ryzyka śmiertelności z jakiegokolwiek przyczyny



Korzystne działanie na układ odpornościowy



Zmniejszone ryzyko nawrotów choroby nowotworowej



Poprawa jakości życia



Zmniejszenie zmęczenia wywołanego chorobą nowotworową



Poprawa stanu psychicznego



Złagodzenie ubocznych efektów leczenia przeciwnowotworowego



Utrzymanie odpowiedniej masy ciała i składu ciała



Korzystny wpływ na postrzeganie własnego ciała

Ile wysiłku fizycznego potrzebujemy?



150 minut/ tyg.

Wysiłek umiarkowany, np. szybki marsz w tempie 5 – 7 km/h, zwykle pozwalający na swobodną rozmowę w jego trakcie.

Czynność serca przyspiesza do 64-76% tętna maksymalnego.

Tętno maksymalne = 220 – wiek w latach



75 min/ tyg.

Wysiłek intensywny, np. marsz, trucht, bieg w tempie powyżej 7 km/h.

Czynność serca przyspiesza do 77-93% tętna maksymalnego.



300 min/ tyg. wysiłku umiarkowanego lub 150 min/ tyg. wysiłku intensywnego

Podwojenie czasu ćwiczeń pozwala na osiągnięcie dodatkowych korzyści zdrowotnych

Ograniczenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce



Starzenie się społeczeństwa

Powodujące zwiększenie odsetka pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz znaczny wzrost kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia



Fragmentaryzacja opieki

Wynikające z niej zagubienie pacjenta w systemie ochrony zdrowia, marnowanie pieniędzy



Czas

Długi czas oczekiwania pacjentów na świadczenia specjalistyczne (ambulatoryjne i szpitalne)



Negatywne nastawienie

Negatywna ocena pacjentów nt. sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dystansowanie się wobec systemu.



Niski poziom profilaktyki

Nieefektywny poziom realizacji kompleksowych programów profilaktycznych. Fragmentaryzacja profilaktyki.



Kinezyterapia



Cel

Przywrócenie współpracy grup mięśniowych, rozluźnienie mięśni posturalnych, wzmocnienie mięśni fazowych.



Forma

Zaleca się ćwiczenia grupowe w formie treningu stacyjnego, obejmującego różne zestawy ćwiczeń.



Zespół

Rehabilitacja medyczna pacjentów onkologicznych z wielochorobowością typową dla wieku podeszłego powinna być prowadzona przez zespół rehabilitacyjny.

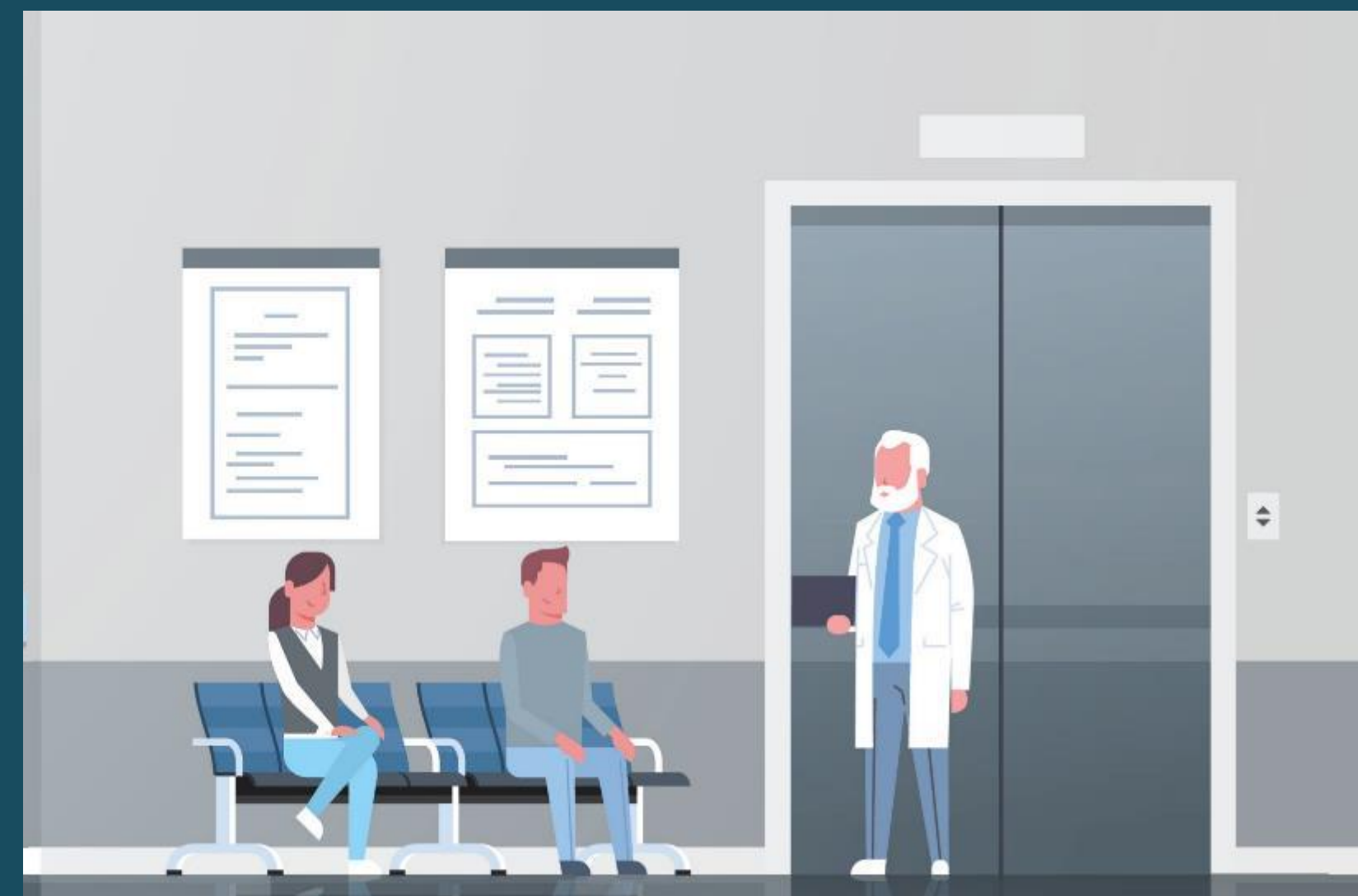
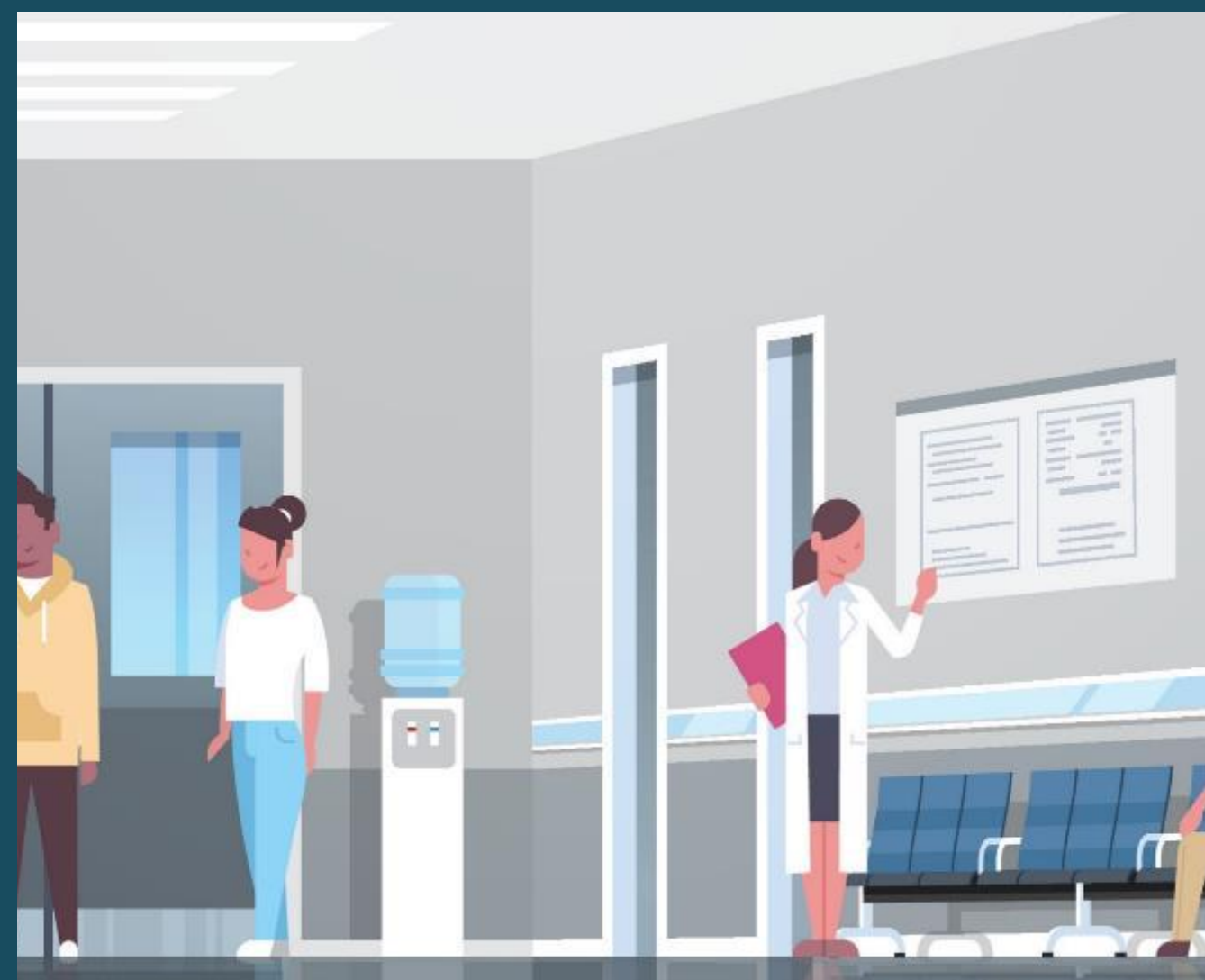
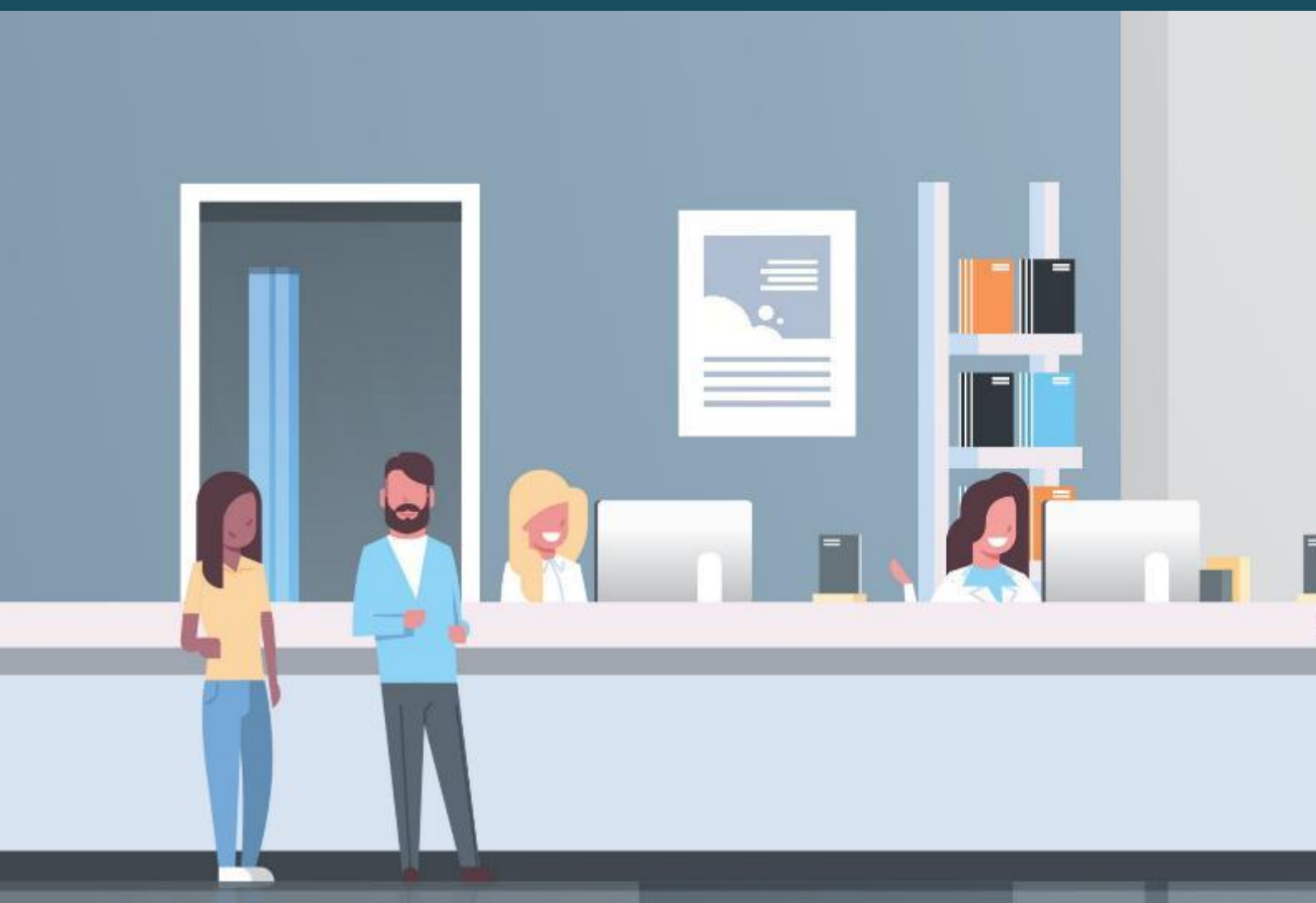


Bezpieczeństwo

Należy ograniczać ryzyko upadków, a u osobom z chorobami ukł. krążenia nie zalecać wykonywania ćwiczeń beztlenowych.

Potrzeba koordynacji opieki





Cancer Units

wielospecjalistyczne ośrodki, w których diagnostyka i leczenie przebiegają zgodnie z koncepcją kompleksowości postępowania, co umożliwia znaczne skrócenie czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i wdrożenia terapii.

Proces

Tworzenie koordynowanej opieki zdrowotnej przebiega etapowo: zaplanowanie świadczeń wg potrzeb zdrowotnych, budowanie siatki połączeń pomiędzy świadczeniodawcami, koordynacja usług zdrowotnych, formalne połączenie zasobów.

Aktualne problemy

Brakuje współpracy między ośrodkami o różnym stopniu referencyjności, najnowocześniejsze metody lecznicze często są niedostępne lub nier refundowane, a efekty terapii, szczególnie jej odległe skutki, nie podlegają należytej ewaluacji.



Zespół konsultantów

Zespół złożony z osób wykonujących zawody medyczne i niemedyczne, realizujących proces rehabilitacji pod kierunkiem lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

Lekarz prowadzący

Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej prowadzi diagnostykę, zleca (w razie konieczności) badania dodatkowe, ustala rozpoznanie, ustala i prowadzi nadzór nad programem rehabilitacji, określa rokowanie oraz ocenia skuteczność rehabilitacji. Dobiera on również pozostały skład zespołu rehabilitacyjnego.

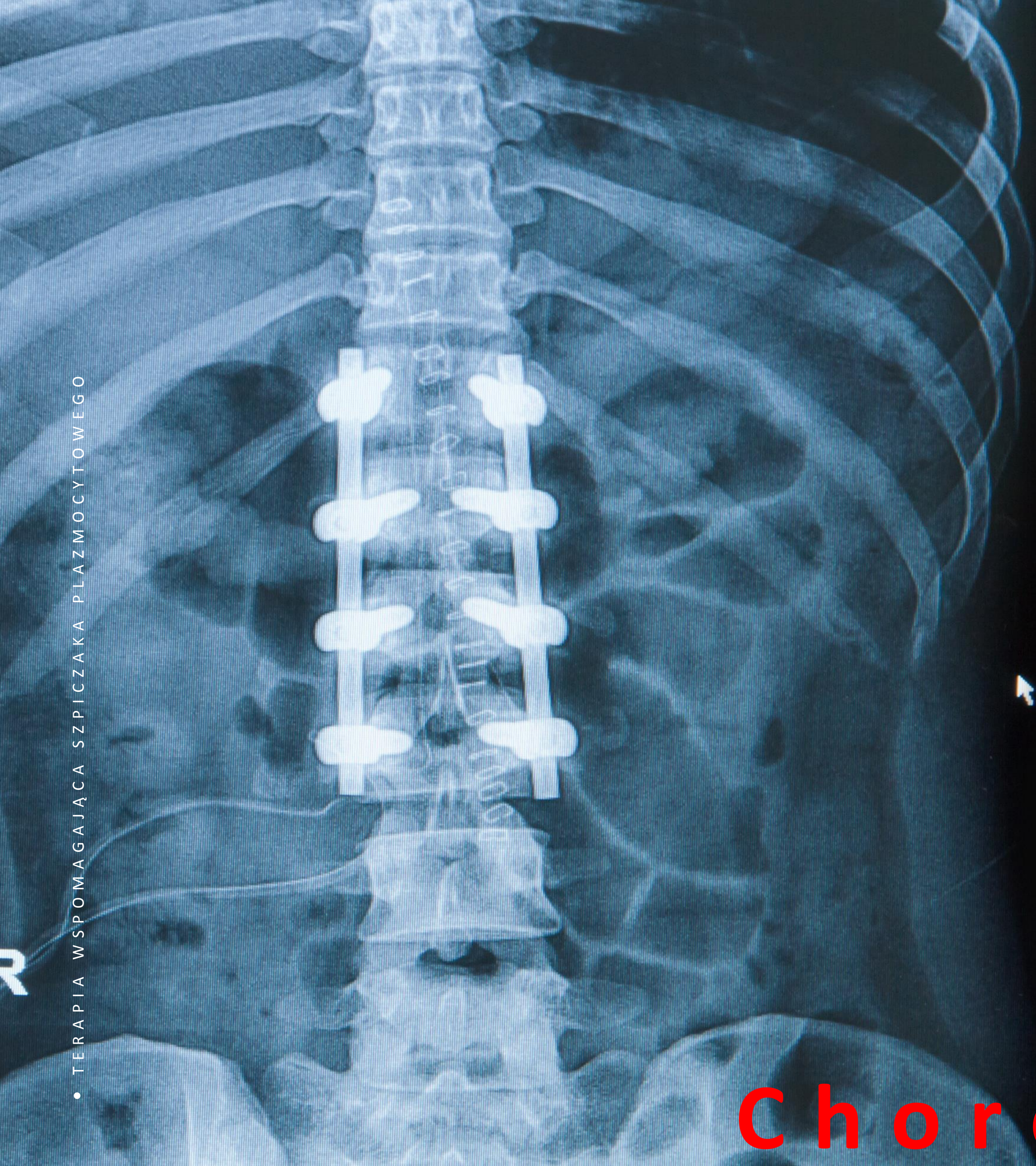
Telekonsultacje

Ze względu na niedobory specjalistów, m.in. geriatrów ważna jest możliwość zapewnienia Telekonsultacje, aby zwiększyć dostępność usług medycznych

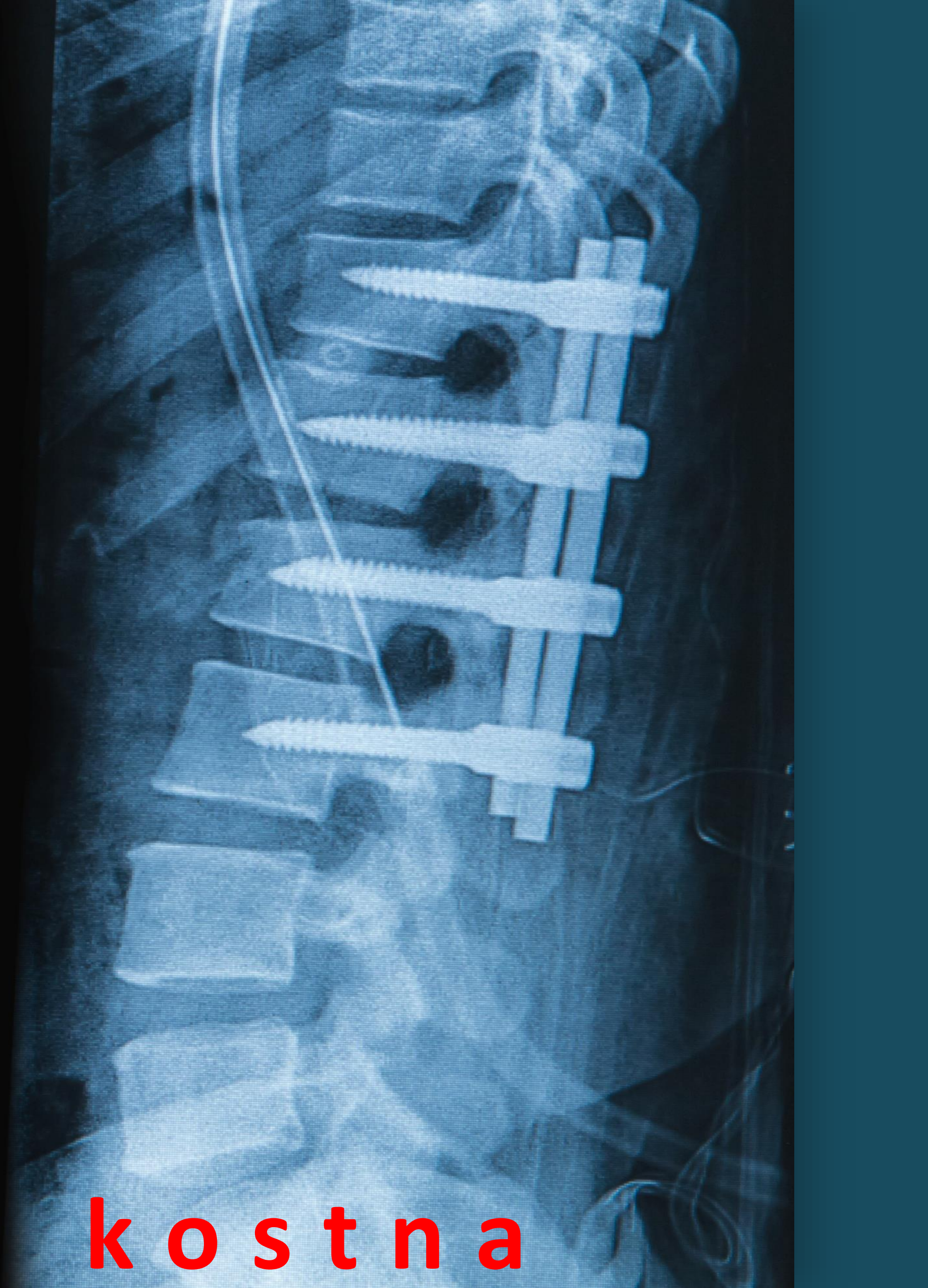
Bezpieczeństwo kinezyterapii

Stany wymagające dostosowania lub okresowego wstrzymania terapii

- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
- ortostatyczny spadek ciśnienia tętniczego
- niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia
- złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca,
- wyzwalane wysiłkiem zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe,
- stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia,
- wyzwalane wysiłkiem zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego,
- wyzwalana wysiłkiem bradykardia,
- znacznego stopnia zwężenie zastawek,
- kardiomiopatia ze zwężeniem drogi odpływu,
- niedokrwienne obniżenie odcinka ST o 2 mm w spoczynkowym badaniu elektrokardiograficznym,
- niewyrównana niewydolność serca,
- ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące,
- powikłania pooperacyjne.



• TERAPIA WSPOMAGAJĄCA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO

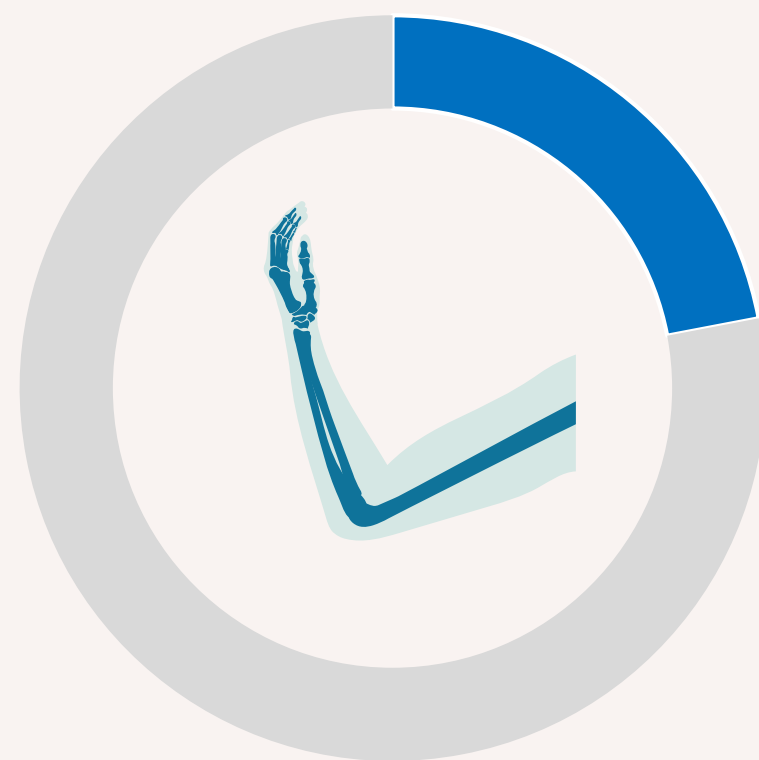


Choroba kostna

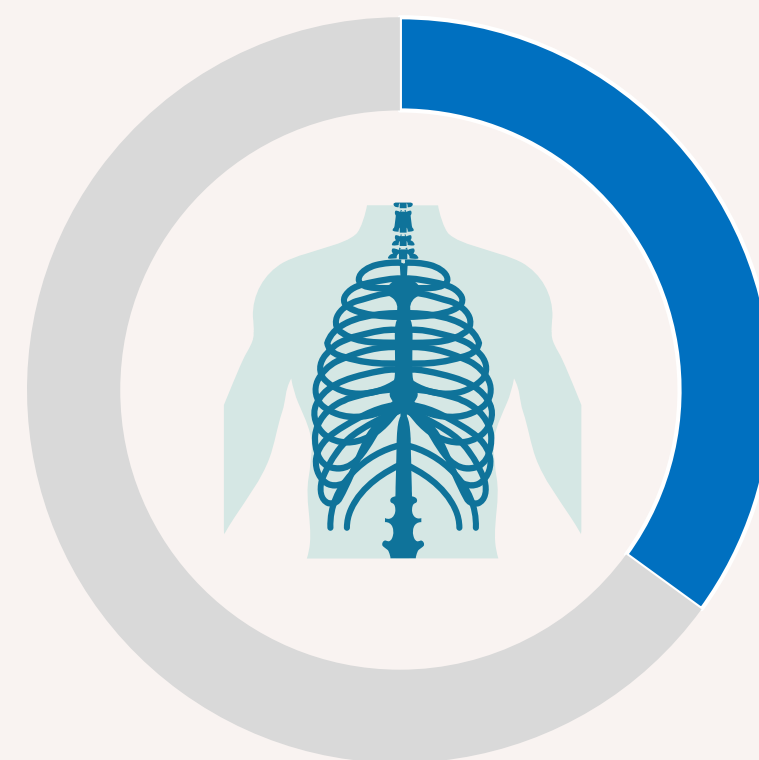
Lokalizacja choroby kostnej



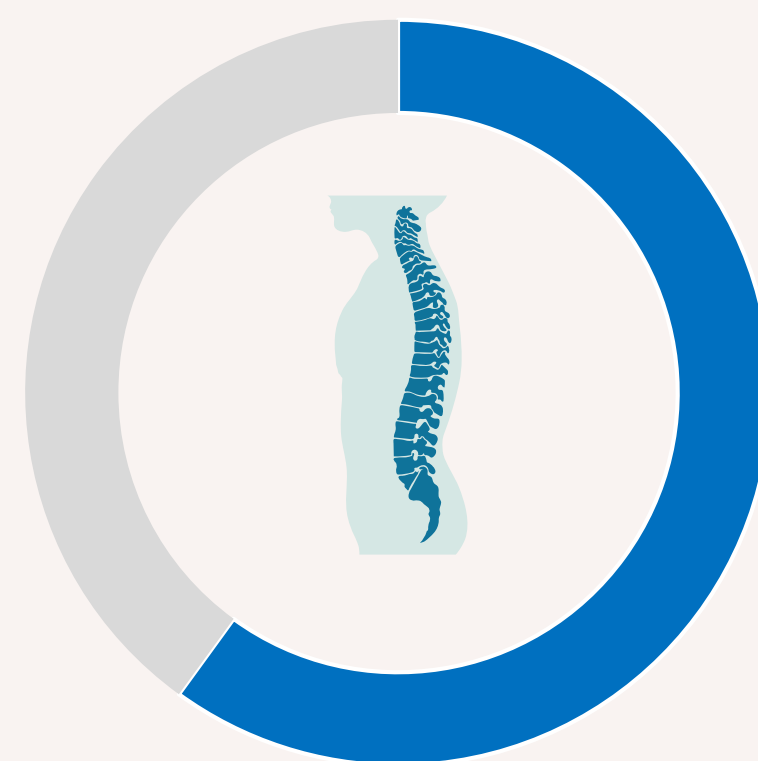
Czaszka; 35%



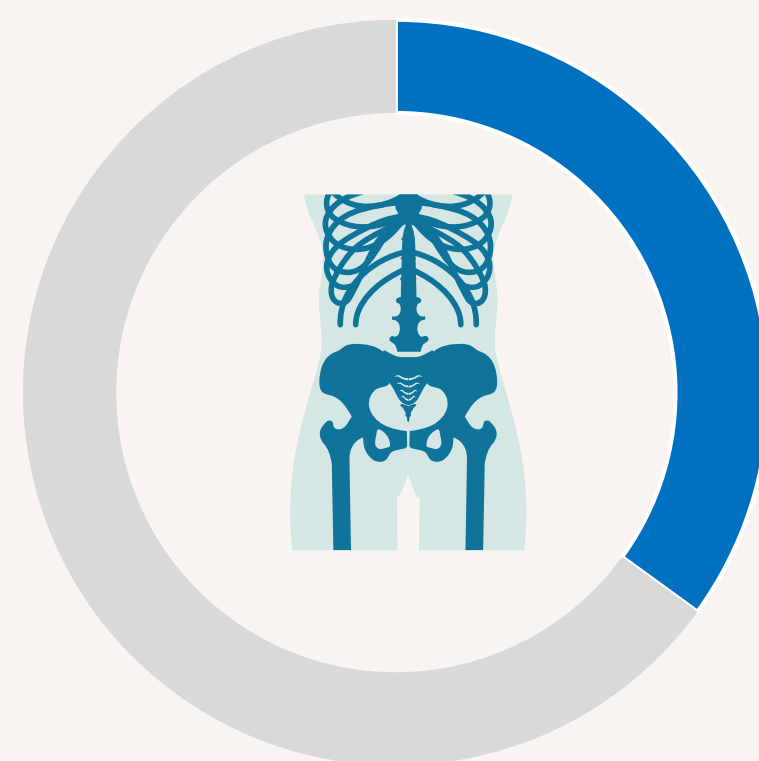
Kość ramienna; 22%



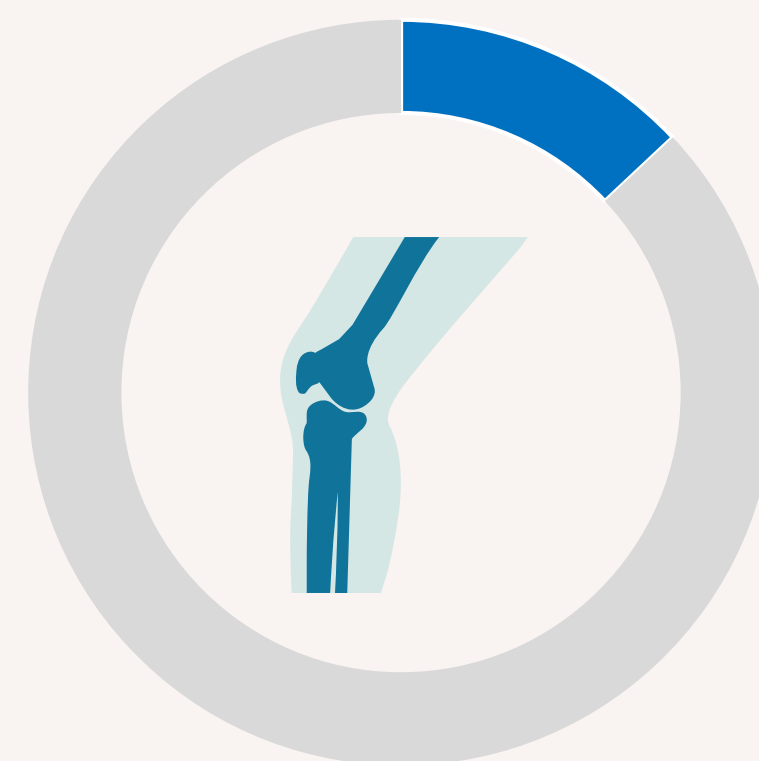
Żebra; 22%



Kręgosłup; 60%

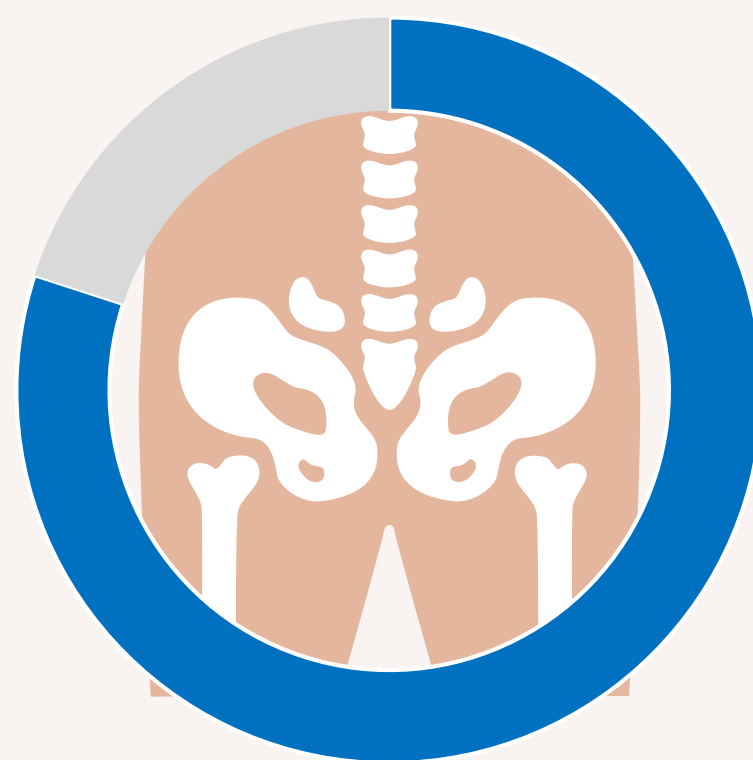


Miednica; 35%



Kość udowa; 13%

Choroba kostna w przebiegu szpiczaka

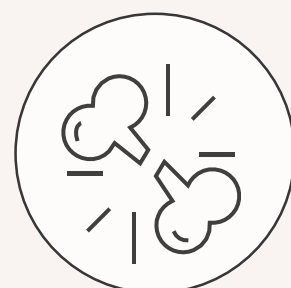


U nawet 80% pacjentów z nowo rozpoznanym szpiczakiem plazmocytowym można rozpoznać objawy choroby kostnej

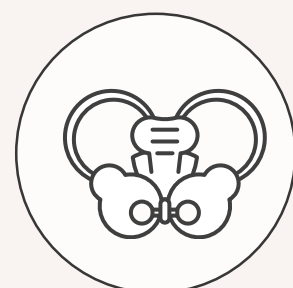
Zmiany osteolityczne powstają wtórnie do zwiększonej resorpcji kości i zahamowaniu ich odbudowy

Sekwencja zdarzeń związanych z chorobą kostną

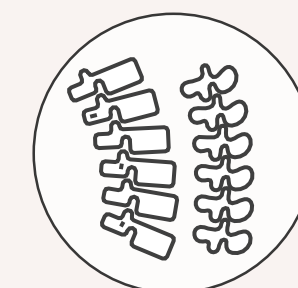
- Złamania patologiczne

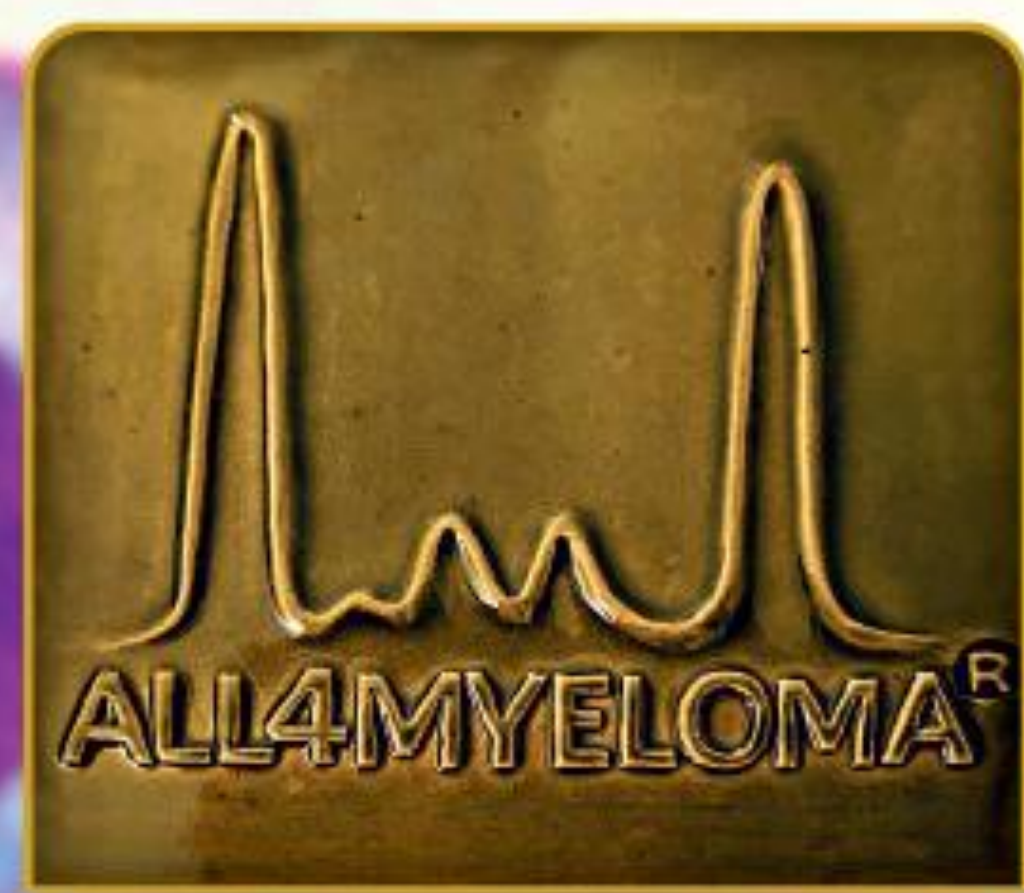


- Hiperkalcemia



- Kompresja nerwów i rdzenia kręgowego





Aktywność wydawnicza Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka z Krakowa



www.szpiczak2024.jordan.pl

12th International Conference Complex treatment of plasma cell dyscrasias in 2024

September 6-7, 2024

LOCATION:
Jagiellonian University Medical College
St. Anna 12, 31-008 Krakow



www.szpiczak2024.jordan.pl



CONFERENCE PROGRAM

September 6, 2024 (Friday)

19.00 Welcome Dinner at Kopiec Kościuszki <https://weselenakopcu.pl/>

September 7, 2024 (Saturday)

12.00-12.10 OPENING THE CONFERENCE **prof. TOMASZ GRODZICKI** and **prof. ARTUR JURCZYSZYN**
Jagiellonian University, Kraków, Poland

SESSION I Chairmen: **prof. Wiesław W. Jędrzejczak**, **prof. Lidia Usnarska-Zubkiewicz**, **prof. Piotr Rzepecki**

12.10-12.30 **prof. SURBHI SIDANA**
Stanford University, USA
"CAR-T cell therapy in multiple myeloma: current limitations and potential strategies"

12.40-13.00 **prof. VAISHALI SANCHOROWALA**
Boston Medical Center, USA
"Advances in systemic AL amyloidosis"

13.10-13.30 **prof. AARON CIECHANOVER**
Technion-Israel Institute of Technology, Faculty of Medicine, Haifa, Israel.
"The Ubiquitine Proteolytic System: From the Bench to the Bedside"

13.40-14.00 **prof. DAVID H. VESOLE**
Hackensack University Medical Center, New Jersey Medical School,
Rutgers University, New Jersey, USA
"T-cell redirecting antibody in patients with relapsed or refractory multiple myeloma"

14:15-15.00 **COFFEE BREAK**

SESSION II Chairmen: **prof. Aleksander B. Skotnicki**, **prof. Bogusław Machaliński**, **prof. Jacek Roliński**

15:00-15:20 **prof. RAMON GARCIA-SANZ**
Department of Hematology, University Hospital of Salamanca (HUSA/IBSAL), CIBERONC,
CIC-IBMCC (USAL-CSIC), Salamanca, Spain
"Minimal residual disease in multiple myeloma: past, present and future"

15.30-15.50 **prof. ELENA ZAMAGNI**
Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale,
Università di Bologna, Bologna, Italy
"How I treat high-risk multiple myeloma"

16.00-16.20 **prof. GABOR MIKALA**
National Institute for Hematology and Infectious Disease, Hungary
"The Importance of metabolism in long-term myeloma care"

16.30-16.50 **prof. ARTUR JURCZYSZYN**
Jagiellonian University, Kraków, Poland
"Supportive care in multiple myeloma in 2024"

18.00 **DINNER at Restaurant Hotel Estera**
sponsored by Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka
<https://hotelestera.pl/en/hotel/meet-us> 6 Estery Street, Kraków

XV Charytatywne Spotkanie Górskie im. Hani i Mieczysława Król-Łęgowskich

PENSJONAT „ADRIA”

34-500 Zakopane ul. Grunwaldzka 5



8 marca 2024 roku (piątek)

18.30 – przyjazd do pensjonatu „Adria”
19.00 – wspólna kolacja

9 marca 2024 roku (sobota)

08.00 – wspólne śniadanie
09.00 – wyjście skiturowe lub piesze w TATRY (trasa w zależności od pogody oraz umiejętności uczestników)
16.00 – „Profesor Ludwik Hirszfeld – twórca polskiej szkoły immunologicznej” – wykład Artura Jurczyszyna
16.30 – „Mieczysław Karłowicz – polski kompozytor, taternik i fotografik” – wykład Piotra Lityńskiego
17.00 – tradycyjna aukcja na rzecz OPP - FUNDACJI CENTRUM LECZENIA SZPICZAKA – Artur Jurczyszyn
19.00 – kolacja połączona z kuligiem i ogniskiem

10 marca 2024 roku (niedziela)

08.00 – wspólne śniadanie w pensjonacie „Adria”
09.00 – wycieczka górską w TATRY
15.00 – zakończenie XV Charytatywnego Spotkania Górskiego im. Hani i Mieczysława Król-Łęgowskich i powrót do domu

Zapisy przez stronę: www.szpiczak.org

