

Jó eredményekkel kecsegtető, de mégis elvesztett mérkőzés

Tirozinkináz-gátló kezelés kontra „Germán Új Medicina”

Dr. Egerszegi Sándor

Uzsoki Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Budapest

Bevezetés

A tüdő rosszindulatú daganatos megbetegedései a globális halálozási statisztikák harmadik helyén állnak. A tüdőrák kialakulása döntően inhalatív toxikus noxákkal, a dohányzással áll összefüggésben, azonban a betegek 5–8%-a soha nem dohányzott és passzív dohányfüst expozíciónak sem volt kitéve. Ezeknél a betegeknél a daganat kialakulása más, genetikai mechanizmusokkal magyarázható. A citotoxikus kemoterápia az új készítmények és a szövettantól függő kombinációk ellenére is elérte hatékonyságának határait, azon már nem lehetett tovább javítani. A 2000-es évektől a személyre szabott terápia jegyében megjelentek a tumor genetikai mutációinak figyelembevételével előállított, azokra specifikusan ható aktív szerek.

A tüdődaganatok szempontjából a nem kissejtes (NSCLC), nem laphám (adenocarcinoma) típusú tumorkor esetén a K-RAS és az EGFR mutációra, illetve az ALK transzlokációra adott terápiásan hatékony készítmények jelentették az áttörést. Ezek a tirozinkináz-gátló szerek a citosztatikus kemoterápiától merőben eltérő hatásmechanizmussal fejtik ki daganatgátló hatásukat. Ambulánsan adhatók és a mellékhatás profiljuk is eltérő, az esetek döntő többségében a mellékhatások jól tolerálhatók, kezelhetők.

Számos közlemény számol be súlyosan előrehaladott, metasztatizáló daganatok látványos regressziójáról, a beteg állapotának jelentős és tartós javulásáról. Osztályunk is beszámolt tirozinkináz-gátló szerrel sikeresen kezelt esetekről. Progresszió esetén kemoterápia, T7980M mutáció fennállása esetén 3. generációs, rezisztenciát áttörő gyógyszerek adhatók, illetve PDL-1 pozitív tumorkor esetén daganat-immunterápiás szerek alkalmazhatók.

Esetbemutató

Egy 46 éves, foglalkozására nézve sikeres, exkluzív vevőkörrel rendelkező varrónő esetéről és annak tanulságairól számolunk be. A beteg anamnézisében 12 éve, 2004-ben történt bal oldali látóideg daganat eltávolítás szerepel, mely miatt rendszeresen ellenőrizték, a műtét óta bal szemére gyengénlátó volt, de a munkáját kitűnően el tudta látni. A beteg soha nem dohányzott.

2016 májusában másfél hétig tartó, alig csillapítható homloktáji fejfájása volt, ami spontán elmúlt és nem ismétlődött. Júniusban jelentkeztek bal oldali lumboschialgiás panaszai, és ezzel egyidőben észlelt bal oldali



1. kép: A mellkasi röntgenfelvételen bal oldali, középmezői, alsó lebenyi kb. 4 cm-s góccárnyék és miliáris jellegű, bilaterális disszemináció ábrázolódott

supraclaviculáris nyirokcsomó megnagyobbodást. Ez utóbbinak gégészeti okát nem találták, nem szteroid gyulladásgátló adása mellett a lymphadenomegália nem változott. A betegnek semmilyen pulmonális panasza – köhögés, mellkasi fájdalom, dyspnoe – nem volt.

A „góckeresés” keretében végzett mellkasi röntgenfelvételen bal oldali, középmezői, alsó lebenyi kb. 4 cm-s góccárnyék és miliáris jellegű, bilaterális disszemináció ábrázolódott (1. kép). A beteget ezzel a lelettel kivizsgálásra vettük fel osztályunkra 2016. július 25-én. Másnap megtörtént a nyaki nyirokcsomó aspirációs citológiája, a következő két napban nyaki és hasi ultrahangvizsgálat, mammográfia és mellkasi CT, majd ezt követően bronchoszkópia történt. A mellkasi CT a bal S6-ban 3,5×4×5 cm méretű térfoglalást, hiláris nyirokcsomó propagációt (2. kép), bilaterálisan multiplex, 2–4 mm méretű szekunder pulmonális térfoglalást (3. kép), bal oldalon nyaki nyirokcsomó megnagyobbodást írt le, és felvetette multiplex máj és bal oldali mellékvese metasztázis gyanúját. Koponya CT-n áttét gyanú nem volt. Csontizotópos, majd sacrum MR vizsgálat történt, ez utóbbin a jobb oldali S-1 rés közepső/alsó harmadában, az os ileiben egyegy 10 mm-s, a csípőlapát dorzális szélé mentén 40 mm-s patológiás átépülés, és a sacrum bal oldalának teljes tumoros átépülése igazolódott. A nyaki nyirokcsomó aspirációs citológiája GATA3

fokálisan pozitív adenocarcinomát igazolt. Ekkor felmerült az emlő eredet, de ezt a mammográfia és az emlő ultrahangvizsgálata nem erősítette meg. Bronchoszkóposan a bal alsó lebenyből vett kefecitológia szintén adenocarcinomát igazolt. A nyaki nyirokcsomóból végzett vastagtű-biopszia hisztológiai feldolgozása TTF-1, nap-szin és GATA3 (fokálisan) együttes pozitivitása, és a negatív emlő státusz alapján pulmonális adenocarcinoma nyirokcsomó metasztázisát bizonyította.

A fentiek alapján a pulmonológiai onkoteam a vastagtű-biopsziás anyagból K-RAS, EGFR, ALK és PDL-1 státusz meghatározást, ennek eredményétől függő kezelést, valamint a neurológiai tüneteket és fájdalmat okozó csontfolyamat sugárkezelését javasolta. A beteget 2016. augusztus 5-én emittáltuk, augusztus 10-én zoledronsav infúziót kapott. A kemoterápiáról és az esetleges tirozinkináz-gátló kezeléssel (melyekről először a beteghez korban közelebb álló, megértő, együttérző rezidens kolléga adott tájékoztatást) mind a beteg, mind a beteg édesanyja szkeptikusan, negativisztikusan nyilatkozott. A beteg a sacrum besugárzásra is mindössze két alkalommal ment el a tervezett tíz kezelés helyett.

2016. augusztus 15-én a Semmelweis Egyetem I. Patológiai Intézetéből megérkezett a genetikai vizsgálat eredménye, miszerint az EGFR-gén 19. exonjában a tirozinkináz-gátló kezelés



2. kép: A mellkasi CT – a bal S6-ban 3,5×4×5 cm méretű térfoglalás és hiláris nyirokcsomó propagáció



3. kép: A mellkasi CT – bilaterálisan multiplex 2–4 mm méretű szekunder pulmonális térfoglalás

hatását fokozó E746-os mutáció mutatható ki. A 18. és 21. exonok vad típusúak voltak (Prof. Dr. Kovalszki Ilona).

A beteg augusztus 30-án jelent meg ambulanciánkon, amikor konkrétan a tirozinkináz-gátló kezelés részleteiről, várható hatásáról és mellékhatásairól tájékoztattuk. A beteg „továbbra sem volt biztos” abban, hogy elfogadja ezt a kezelést. Ezt követően hónapokig nem jelentkezett, sem a megkezdett sugárkezelésre, sem a számára megrendelt tirozinkináz-gátló kezelésre nem jött el. Többszöri telefonhívásra sem reagált, az édesanyjával folytatott beszélgetés szerint „ő sem tudja a lányának és az élettársának az álláspontját befolyásolni, a döntésük megváltoztatását elérni”. A beteg alternatív „kezeléseket” folytatott, energia-adó személy járt hozzá, és a „Germán Új Medicina” (German New Medicine, GNM) elvei szerint élt.

A „Germán Új Medicina”

A módszert egy *Ryke Geerd Hamer* nevű müncheni onkológus orvos fejlesztette ki, amikor a családját ért tragédiák után kialakult saját daganatos megbetegedését követően elkezdte vizsgálni a betegeinél a megbetegedésük előtörténetét. Megállapította, hogy mindegyikük „valamilyen súlyos traumán esett át”, ahogyan ő maga is. Egyértelmű volt számára az „elme és a betegség kapcsolata”.

Hamer doktor megvizsgálta betegei agyi CT képeit, és ezeket összevetette a kórelőzményekkel. Egy bizonyos „koncentrikus vibrációt” fedezett fel az agy adott területén, mely „azonos daganatos elváltozásoknál tökéletesen azonos helyen jött létre”. Megállapította, hogy minden betegséget egy olyan érzelmi sokk okoz, ami az egyént felkészületlenül éri. Kijelentette, hogy például a „tüdőrák kialakulását egy halálfélelem típusú konfliktus okozza, mert a ‚halálpánik’ megbénítja a tüdőt, és a sokkhatással egyidőben a tüdőszövet alveoláris sejtjei elkezdnek burjánozni”. A betegséget kiváltó konfliktus rendezéséhez a betegnek az orvossal együtt ki kell dolgoznia egy „konfliktus megoldó programot mentális és gyakorlati szinten”. Mindeközben „a pihenés és a megfelelő tápanyagbevitel elengedhetetlen a felépüléshez; (...) a betegnek el kell utasítania a ráktól és a haláltól való félelmet a gyógyulás érdekében; (...) a konfliktus em-

pirikus megoldásához segítség lehet még a pszicho-, a hypno- és a regressziós terápia”. Végül pedig „amennyiben a beteg nem kapott még semmilyen kezelést (kemoterápiát vagy sugárterápiát), akkor a German New Medicina sikeressége eléri a 95–98%-t, ami lenyűgöző”.

Diszkusszió

Betegünk, aki a GNM elvei szerint és alternatív kezeléseket használva élt, a betegsége igazolásától számított 6 hónap elteltével halt meg 2017 januárjában alig 46 évesen. Meggyógyítani ugyan nem tudtuk volna, de a rendelkezésünkre álló kezelési lehetőségekkel – sikeres tirozinkináz-gátló válasz esetén – jó minőségű életet élve, akár még éveket adhattunk volna neki.

Érzékelhető a tendencia a betegek alternatív kezelési lehetőségek felé fordulására, amit a média egyáltalán nem csillapít, és az internet betegfórumain egyre terjed. A téma aktualitására utal az a közelmúltban megjelent könyv is, mely a betegágy körül megjelenő „hiénákról”, az alternatív kezelésekről, mozgatórugóiról szól, és ezeket a hagyományos medicina, a tudományosság szemszögéből tárgyalja.

Megdöbbenő és elkésztő volt látni, ahogyan mind a beteg és élettársa, mind pedig az édesanya mereven elzárkóztak attól, hogy legalább kipróbálják a felajánlott tirozinkináz-gátló kezelést, és ehelyett az alternatív „terápiát” választottak. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy még többet kell(ene) tennünk betegeink pszichés vezetésére (ami a jelenleg általánosan tapasztalható orvos és szakszemélyzet létszám mellett egyre nehezebb), és arra is, hogy milyen fontos az, hogy ki, milyen tapasztalattal beszél a beteggel és hozzátartozójával egy kezelésről. Nem elég a szimpátia és az önbizalom, a szakmai tapasztalat és a hitelesség is elengedhetetlen. Jó volna, ha a tumoros betegek kezelésénél nemcsak onkoteam működne, hanem lenne lehetőség egy multidiszciplináris team összehívására is onkopszichológus, gyógytornász, dietetikus és a kezelőorvos közreműködésével.

Végül pedig nem kerülhető meg a természetgyógyászok felelősségének kérdése sem, mert az általuk javasolt kiegészítő „kezelések” elvonhatják a beteget a valóban hatásos kezelésektől, ami ebben a konkrét esetben a beteg rövid határidejű halálát „siettette”. ■