

Warszawa, dnia 6 września 2024 r.

Poz. 72

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 6 września 2024 r.

**w sprawie kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej dotyczących organizacji i postępowania
klinicznego w raku wątrobowokomórkowym**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) ogłasza się kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w raku wątrobowokomórkowym, stanowiące załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

Izabela Leszczyna

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia
Ministra Zdrowia
z dnia 6 września 2024 r. (poz. 72)

Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w raku wątrobowokomórkowym

Podstawa: M. Krzakowski, J. Reguła, *Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku wątrobowokomórkowym, Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja. 2022; 8, 2: 81–124.*

Numer zalecenia	Zalecenie	Sila zalecenia
1.	U pacjenta z podejrzeniem raka wątrobowokomórkowego bez marskości wątroby lub jeśli nie jest możliwe potwierdzenie rozpoznania za pomocą badań obrazowych, zalecane jest ustalenie rozpoznania patomorfologicznego zgodnie ze standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii ¹⁾ oraz stosując wytyczne dla pracowni i zakładów patomorfologii ²⁾ .	(-)
2.	U pacjenta z podejrzeniem raka wątrobowokomórkowego należy przeprowadzić wywiad rodzinny i rozważyć ocenę ryzyka.	I, A
3.	U pacjenta z marskością wątroby i podejrzeniem raka wątrobowokomórkowego, u którego wykryto zmianę guzkową w badaniu USG, weryfikuje się ją w wielofazowym badaniu tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym z kontrastem.	II, A
4.	Ustalenie sposobu leczenia pacjenta z rozpoznaniem raka wątrobowokomórkowego następuje w ramach wielospecjalistycznego zespołu terapeutycznego (lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii, onkologii i radiologii interwencyjnej, z doświadczeniem z hepatologii).	II, A
5.	U pacjenta z rozpoznaniem raka wątrobowokomórkowego stosuje się klasyfikację BCLC ³⁾ do określania rokowania oraz wyboru metody leczenia zgodnie ze stopniem zaawansowania nowotworu.	II, A
6.	U pacjenta z pojedynczym guzem, funkcją wątroby klasy A według skali Childa i Pugh ⁴⁾ , brakiem nadciśnienia wrotnego, prawidłowym stężeniem bilirubiny, liczbą płytek krwi >100 000/mm ³ lub gradientem ciśnienia wątrobowożylnego około 10 mm Hg, bez nacieku na istotne struktury naczyniowe wątroby stosuje się leczenie z wyboru, którym jest resekcja pierwotnego raka wątrobowokomórkowego.	II, A
7.	U pacjenta z rozpoznaniem nieoperacyjnego raka wątrobowokomórkowego w dobrym stanie sprawności ogólnej (0-1 według ECOG ⁵⁾) i z zachowaną dobrą czynnością wątroby (klasa A według Childa i Pugh) stosuje się leczenie systemowe.	I, A

¹⁾ Standardy zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. poz. 2435).

²⁾ R. Langfort i wsp.: Standardy organizacyjne oraz standardy postępowania w patomorfologii. Wytyczne dla pracowni/zakładów patomorfologii

³⁾ BCLC – Klasyfikacja Barcelońskiej Kliniki Raka Wątroby (ang. Barcelona Clinic Liver Cancer).

⁴⁾ R. N. H. Pugh et al: Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. British Journal of Surgery 1973 Aug; 60:646-649.

⁵⁾ Skala sprawności według ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).

8.	U pacjenta z rozpoznaniem raka wątrobowokomórkowego spełniającego kryteria mediolańskie ⁶⁾ (pojedynczy guz o średnicy do 5 cm lub nie więcej niż 3 ogniska guza o średnicy do 3 cm), niekwalifikującego się do resekcji guza, stosuje się transplantację wątroby.	II, A
9.	U pacjenta z rozpoznaniem raka wątrobowokomórkowego, zakwalifikowanego do transplantacji, z przewidywanym czasem oczekiwania na przeszczepienie powyżej 6 miesięcy, stosuje się leczenie lokoregionalne.	III, A
10.	Pacjentowi należy zapewnić dostęp do wczesnej rehabilitacji, specjalistycznej pomocy psychologicznej oraz, w przypadkach tego wymagających, konsultacji psychiatrycznej.	(-)
11.	Po zakończonym leczeniu należy opracować plan opieki nad pacjentem z określeniem zadań dla onkologa i lekarza pierwszego kontaktu w zakresie obserwacji pacjenta pod kątem powikłań po leczeniu i wczesnego wykrycia możliwej wznowy.	(-)

⁶⁾F.Y. Yao et al., Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: comparison of the proposed UCSF criteria with the Milan criteria and the Pittsburgh modified TNM criteria. Liver Transplantation. 2002 Sep;8(9):765-74.