



Medexpress, 2020-09-02 08:08

## Eksperci: Dajmy pacjentom nadzieję i równą szansę



27 sierpnia odbyło się pierwsze posiedzenie Rady Ekspertów ds. Drobnokomórkowego Raka Płuca. Pomysłodawcą powołania Rady jest Anna Żyłowska prezes Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca Oddział w Szczecinie. Inicjatywa pacjentów i klinicystów to odpowiedź na potrzebę edukacji i pilnych zmian w dostępie do leczenia i wprowadzenia kompleksowej opieki nad pacjentami z DRP.

Drobnokomórkowy rak płuca charakteryzuje się dużą agresywnością, wcześniejszym daniem przerzutów i bardzo wysoką śmiertelnością. Pacjenci od kilku dekad czekają na nowe możliwości leczenia, które przedłużą życie i podniosą jego jakość. Anna Żyłowska inicjatorka powołania Rady mówiła, że wśród pacjentów i ich rodzin jest bardzo mała świadomość drobnokomórkowego raka płuca (DRP). Problemem jest również diagnostyka i dostęp do nowych metod immunoterapii, które dałyby dużo większą szansę na przeżycie dla pacjentów. Żyłowska podkreśliła, że wszyscy chorzy powinni mieć równy dostęp do immunoterapii oraz do wszystkich leków ukierunkowanych molekularnie.

### **Dobra współpraca**

Prof. Dariusz Kowalski przypomniał, że dzięki współpracy klinicystów z organizacjami pacjenckimi w niektórych obszarach rak płuca stał się choroba przewlekłą. - Wszyscy, którzy zajmują się leczeniem raka płuca wiedzą, że poprawa wydłużenia całkowitego czasu przeżycia w NDRP w ciągu ostatnich lat dokonała się tylko i wyłącznie dzięki lekom innowacyjnym - mówił prof. Kowalski. Ale jak podkreślił, pozytywne zmiany dot. jedynie NDRP. - W DRP przez wiele lat mimo intensywnych prac, nie wykazywano większej skuteczności badanych cząsteczek wobec klasycznej chemioterapii. Dopiero od

niedawana dysponujemy wynikami dwóch bardzo dużych badań leków immunokompetentnych, które wskazują drogę w tunelu i nadzieję w leczeniu DRP – nowotworu o odmiennej biologii, charakterystyce i sposobach leczenia niż NDRP – mówi prof. Kowalski i dodaje, że implementacja leków immunokompetentnych pozwoli poprawić wyniki leczenia.

### **Trudny przeciwnik**

Dr Izabela Chmielewska wskazała, że większość chorych z DRP trafia do lekarza z chorobą zaawansowaną. - 75 proc. zgłasza się z chorobą rozсіяną. Rak płuca z założenia nie może być leczony operacyjnie ze względu na istniejące przerzuty – mówi dr Chmielewska. Dodaje, że o ile chemioterapia daje bardzo szybkie efekty, o tyle u znaczącej części pacjentów następuje nawrót choroby, z kolei około 15 proc. pacjentów nie reaguje na chemioterapię pierwszego rzutu. U nich leczenie drugiego rzutu nie jest w ogóle możliwe do zastosowania. - Pacjentów z DRP trzeba szybko zdiagnozować, bo czas działa na ich niekorzyść, co szczególnie widać teraz w czasie epidemii Covid – mówi onkolog.

### **Od diagnozy do leczenia z perspektywy pulmonologa**

Za większą część diagnostyki odpowiedzialni są pulmonolodzy i torakochirurdzy. - Do nas trafia pacjent, który może mieć różne scenariusze kliniczne – mówi pulmonolog prof. Rafał Krenke. Specjalista musi odpowiedzieć na podstawowe pytanie czy jest to choroba nowotworowa czy inna choroba układu oddechowego o podobnych objawach klinicznych. Jeśli jest to choroba nowotworowa, to trzeba ustalić rozpoznanie histopatologiczne. - Raport „The Economist” pokazuje, że w raku płuca i walce z czasem Polska nie wypadła dobrze – podkreśla prof. Krenke.

### **Spójna kompleksowa opieka nad pacjentem z DRP**

Leczenie chorych na drobnokomórkowego raka płuca wymaga współdziałania wielu specjalistów. - Nie wyobrażam sobie braku współpracy między torakochirurgiem, pulmonologiem, onkologiem klinicznym, radiologiem, radioterapeutą, bardzo często uzupełnioną o biologię molekularnego – dodaje prof. Kowalski.

Eksperti mówili o potrzebie zmian w opiece nad pacjentami z rakiem płuca, uwzględniającej polskie realia. - To powinien być model dobrej, funkcjonalnej współpracy, gdzie pacjent powinien mieć z jednej strony zapewnioną najszybszą i najlepszą jakości diagnostykę, dość blisko miejsca zamieszkania, realizowaną przez ośrodki pulmonologiczne i torakochirurgiczne. - Zgadzam się tu z opiniami onkologów, że jakość w niektórych ośrodkach pulmonologicznych jest zbyt niska i być może należałoby z części z nich zrezygnować na rzecz tych, które byłyby lepiej wyposażone i przygotowane do przeprowadzenia pełnej diagnostyki – mówi prof. Krenke.

### **Leczenie**

Jak podkreślają eksperci, połączenie immunoterapii z chemioterapią to nadzieja dla pacjentów. - W przypadku raka drobnokomórkowego nie możemy zastosować wyłącznie immunoterapii, gdyż jest to rak bardzo agresywny i tu skojarzenie chemioterapii z immunoterapią działa synergistycznie. Wiemy jak to leczenie zmieniło czas przeżycia pacjentów – mówi dr Chmielewska. Dodaje, że jest to bardzo dobre połączenie, ponieważ daje pacjentom szansę na wydłużenie przeżycia i nieczekanie na nawrót choroby w domu bez leczenia. Jak podkreśla dr Chmielewska, to bardzo duże odciążenie pacjenta nie tylko psychiczne, ale również przedłużenie przeżycia. Klinicyści wiedzą z doświadczeń w leczeniu raka niedrobnokomórkowego, że immunoterapia w fazie podtrzymującej jest bardzo dobrze tolerowana, ma dużo mniej działań niepożądanych w stosunku do chemioterapii i poprawia jakość życia. - Myślę, że na to pacjenci z rakiem drobnokomórkowym czekają – mówi dr Chmielewska. Dodaje, że chorzy nie zawsze rozróżniają, jaki mają rodzaj nowotworu, wiedzą tylko, że mają raka płuca. Często jest to trudne do wytłumaczenia, że akurat im immunoterapia nie przysługuje, że nie jest dla nich refundowana, a jest dostępna jedynie komercyjnie – podkreśla dr Chmielewska. Chemioterapia w

połączeniu z atezolizumabem może być stosowana w Europie, a w Polskich warunkach dziś jedynie teoretycznie.

- Na pewno uczyniono pierwsze kroki do znamiennej poprawy warunków wyleczalności i wydłużenia czasu przeżycia pacjentów z DRP – podkreśla prof. Kowalski. I dodaje, że immunoterapia jest nową opcją terapeutyczną porównaną do tzw. złotego standardu, jakim jest chemioterapia dwulekowa. - Pierwszy krok został poczyniony. Teraz będziemy starać się znaleźć populacje, które jeszcze lepiej odpowiadają na leczenie. Natomiast to nie tylko pierwsza linia leczenia. Mówimy również, że tego typu postępowanie może być aktywne również w drugiej albo trzeciej linii leczenia w stanach zjednoczonych dostępny jest w tych wskazaniach pembrolizumab czy niwolumab – podkreśla onkolog.

Dr Chmielewska przypomniała, że minister złożył obietnice dot. raka płuca. - W DRP pacjent nie ma czasu, żeby czekać i musimy go leczyć tym co mamy. Mamy nadzieję, że MZ będzie chciało wyrównać tę szansę pacjentom z rakiem niedrobnokomórkowym i drobnokomórkowym. A pacjentów z rakiem drobnokomórkowym jest ok. 3 tysięcy w Polsce. Oczywiście nie wszyscy oni będą się do tego leczenia kwalifikować, bo program lekowy, tak samo jak w przypadku raka niedrobnokomórkowego, wprowadza pewne ograniczenia, również wynikające z możliwości zastosowania chemioterapii. Ale pacjenci są tego świadomi.

### **Priorytety w DRP**

Anna Żyłowska wskazuje na potrzebę wprowadzenia opieki koordynowanej. - Przede wszystkim pacjenci nie wiedzą czego mogą oczekiwać i do kogo się zwrócić. Czasami my też się gubimy. Nie ma lekarza, który by bezpośrednio poprowadził pacjenta kompleksowo – podkreśliła Żyłowska. Przypomniała również, że w tym roku, z powodu epidemii dostęp do leczenia jest jeszcze bardziej utrudniony, niż normalnie. - Po drugie, w dalszym ciągu zdarzają się sytuacje, że nie można u nas wdrożyć leczenia, które jest już praktycznie w całej Europie stosowane. Pacjenci proszą nas o kontakty do klinik poza Polską, a moim marzeniem jest, by można było ich leczyć w kraju – powiedziała Anna Żyłowska i podziękowała ekspertom za udział w Radzie - Mam nadzieję, przy ich pomocy uda się przybliżyć ludziom problem tego typu nowotworu i uda się zmobilizować decydentów od spraw zdrowia, którzy obiecywali nam, że ten rok to będzie rokiem raka płuca, bo na razie skończyło się na obietnicach.

Jeśli chodzi o najpilniejsze zmiany, to również prof. Krenke wskazuje na konieczność zdefiniowania ścieżek dla pacjenta. Lekarz POZ powinien mieć bardzo ściśle określoną ścieżkę dokąd kieruje pacjenta na diagnostykę a potem do procesu leczenia. Profesor wskazał także na konieczność wyeliminowania nieprawidłowości w zakresie refundacji niektórych świadczeń, „które prowadzą nas bardzo często na manowce”. - NFZ wyobraża sobie, że diagnostyka powinna być prowadzona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ale odpowiednio nie finansuje tam procedur, w związku z czym wiele ośrodków nie prowadzi diagnostyki ambulatoryjnej, przekierowując na diagnostykę szpitalną – wskazuje prof. Krenke.

Prof. Kowalski zaapelował o utworzenie ośrodków doskonałości dla raka płuca, funkcjonalnych, nie strukturalnych, aby można było bardzo szybko diagnozować, rozpoznawać jedną patomorfologię i diagnostyką obrazową oraz ze świetnymi możliwościami terapeutycznymi, w tym również możliwościami kwalifikacji do leków innowacyjnych w ramach programów lekowych.

Dr Chmielewska wśród priorytetów wskazała rolę edukacji, w tym lekarzy rodzinnych, którzy powinni kierować pacjentów, zwłaszcza palących i z objawami do pulmonologów i onkologów, a nie leczyć w ciemno. W jej ocenie absurdem jest fakt, że tomografia komputerowa, która jest już podstawową metodą diagnostyki, nie może być zlecana przez lekarzy rodzinnych, nawet w oczywistych przypadkach.

Prof. Krenke tłumaczył, że wszyscy są tego samego zdania, że aby poprawić rokowanie, skuteczność leczenia pacjentów z DRP, konieczna jest współpraca między pulmonologiem, torakochirurgiem, onkologiem klinicznym i radioterapeutą. I oni wszyscy chcą ze sobą współpracować, ale oczekują stworzenia ram tej współpracy, które by ją ułatwiały i zapewniały odpowiednie finansowanie. - A my chętnie podpowiemy, jakie rozwiązania uważamy za najlepsze, które poprawią zarówno skuteczność, zmniejszą stopień opóźniania w procesie diagnostyki, jak i w procesie późniejszego leczenia - podsumował prof. Krenke.

**Rada Ekspertów ds. Drobnokomórkowego Raka Płuca będzie spotykać się cyklicznie i wskazać najistotniejsze kwestie mające wpływ na poprawę sytuacji pacjentów z drobnokomórkowym rakiem płuca. Kolejne spotkanie poświęcone będzie priorytetom terapeutycznym. Redakcja Medexpressu jest partnerem medialnym REDRP.**