

✖ Renata Furman, 2020-12-15 17:19

Debata Medexpressu: Zwyrrodnienie plamki żółtej jednym z największych wyzwań okulistycznych

✖

Kolejna debata Medexpressu poświęcona jest schorzeniom oczu, a w szczególności zwyrodnieniu plamki żółtej, które stanowi najczęstszą przyczynę upośledzenia wzroku u osób starszych.

Renata Furman: Będziemy dziś rozmawiali o schorzeniach oczu, w szczególności o jednym głównym problemie. W Europie i w Polsce mamy w tej chwili do czynienia ze zjawiskiem demograficznym, które określamy mianem starzejącego się społeczeństwa. Żyjemy coraz dłużej, ale, niestety, schorzenia i choroby wieku podeszłego nas nie omijają. Dotyczy to także schorzeń oczu. Właśnie ze względu na prognozy dotyczące rosnącej liczby osób starszych na szczególną uwagę zasługuje profilaktyka, leczenie chorób oczu związanych z wiekiem, w szczególności zwyrodnienia plamki żółtej, które stanowi najczęstszą przyczynę upośledzenia wzroku czy też utratę centralnego widzenia u osób starszych. Są z nami znakomici eksperci:

Prof. Katarzyna Michalska-Małecka, Śląski Uniwersytet Medyczny

Małgorzata Pacholec, prezes Retina AMD Polska

Prof. Robert Rejda, UM w Lublinie

Dr Sławomir Teper, Śląski Uniwersytet Medyczny

R.F.: Czym jest zwyrodnienie plamki żółtej?

Sławomir Teper: Zwyrrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem jest na pewno jednym z największych wyzwań okulistycznych. Przez wiele lat było to schorzenie, które nie poddawało się jakimkolwiek leczeniu, a biorąc pod uwagę, że stanowi ono główną przyczynę funkcjonalnej ślepoty w krajach rozwiniętych to można sobie wyobrazić jak bardzo przygnębiające jest to schorzenie zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. Na szczęście to się zmieniło. Zwyrrodnienie plamki najlepiej przedstawić jest trochę za pomocą fizjologii i anatomii tzn. kiedy sobie wyobrazimy jak używamy swojego wzroku, to niewątpliwie plamka to jest ta struktura, która służy nam do tego, by codziennie widzieć jak najprecyzyjniej. Za każdym razem gdy zależy nam na precyzyjnym widzeniu, używamy plamki. I niestety 1,5 proc. z nas, powyżej 50 roku życia, rozwija schorzenie, które tę plamkę niszczy. Pomimo tego, że każdy z nas ma do czynienia z procesami starzenia, które dotyczą również siatkówki, to nie zawsze przebiega to dramatycznie. U 1,5 proc. osób starszych dochodzi niestety do zmian w siatkówce, najpierw odkładania się nieprawidłowych substancji, potem pojawia się atrofia, nieprawidłowe naczynia, bliznowacenie i to wszystko składa się na bardzo osłabione widzenie centralne i tzw. prawną ślepotę, jeżeli tego procesu nie zatrzymamy. To schorzenie możemy podzielić na dwa główne elementy – rodzaje. Pierwsze to AMD, gdzie dochodzi do stopniowego zaniku widzenia, ale na szczęście choroba postępuje bardzo powoli. Drugie to postać wysiękowa, czyli neowaskularna, w której mamy do czynienia z nieprawidłowymi naczyniami. I to schorzenie odpowiada za prawie 90 proc. prawnej ślepoty wśród wszystkich osób ze zwyrodnieniem plamki. Także jest to niewątpliwie epidemia, z którą na szczęście obecnie możemy już walczyć.

R.F.: Powiedział Pan o parametrach anatomicznych siatkówki. Jaka jest ich rola w ocenie skuteczności terapii?

Katarzyna Michalska-Małecka: To bardzo istotne pytanie. Właśnie stwierdzenie obecności płynu wśród czy podsiatkówkowego u pacjentów z wysiękową postacią AMD świadczy o aktywności procesu, o tym że zaistniała niebezpieczna sytuacja i należy jak najszybciej wdrożyć właściwą terapię, skuteczną i prowadzoną pod odpowiednim nadzorem specjalistów z doświadczeniem, aby zapobiec ślepotcie. Badania w Danii czy w Australii stwierdzają, że po dziesięcioletnich obserwacjach stwierdzenie prawidłowego leczenia pacjentów, prowadzenie programów lekowych w Danii zmniejszyło liczbę osób z prawną ślepotą o 50 procent. Natomiast w Australii nawet o 75 procent. W Polsce program lekowy został wprowadzony w 2015 roku. Nie liczyliśmy na tak duży sukces programu lekowego wysiękowym AMD, natomiast aktualnie obejmuje on opieką ponad 25 tysięcy osób. W naszym ośrodku prowadzimy ponad 1500 pacjentów w programie lekowym, zapobiegając nieodwracalnym zmianom, o których wspomniał Pan Docent, czyli powstawaniu blizn w obrębie siatkówki, kiedy nie możemy już pomóc pacjentom. W związku z tym terapia i możliwość leczenia pacjentów w ramach programu lekowego, jest bardzo istotna. Ponadto chciałam podkreślić, że mamy świetne, nowoczesne narzędzia do monitorowania pacjentów i rozpoznawania wysiękowego AMD wczesnego, stosując optyczną koherentną tomografię czy tzw. angio OCT, które pozwala ocenić szczegółowo parametry powierzchni niechcianej błony neowaskularnej, powierzchni nieprawidłowych naczyń.

R.F.: Pani Profesor powiedziała, że w tej chwili w Polsce w ramach programu leczonych jest około 25 tysięcy osób. Czy to są wszystkie osoby, które wymagają takiego leczenia? Czy możemy to oszacować?

K.M.-M.: Dane demograficzne wskazują na starzenie się społeczeństwa, w związku z tym liczba osób, u których wzrasta podstawowy czynnik ryzyka, czyli wiek powyżej 50 roku życia, wystąpienie AMD postaci suchej czy wysiękowej. Niestety na to niebezpieczne schorzenie w przypadku nieleczenia jest narażonych coraz więcej osób. I rok rocznie obserwujemy, że przybywa około 6 tysięcy osób. Szacuje się, że ponad półtora miliona osób cierpi w Polsce na AMD, z czego około 15 tysięcy na niebezpieczną formę AMD, wysiękową, z szybszym przebiegiem, co wymaga jak najszybszego, skutecznego i radykalnego leczenia.

R.F.: Jakie są dostępne metody leczenia w Polsce?

Robert Rejda: Jesteśmy bardzo szczęśliwi, że od 5 lat mamy rozwijający się i skutecznie działający program lekowy. On jest oparty o podawanie preparatów anty-VEGF. W tej chwili budżet mniej więcej wydatkował około 200 milionów na ten program. Dzięki temu polska okulistyka dołączyła do grona innowacyjnych i nowoczesnych systemów europejskich. Tym się szczycimy. Oczywiście potrzeby są większe, bo jest jeszcze program w leczeniu cukrzycowego obrzęku plamki, który chcielibyśmy również otrzymać do dyspozycji. Pierwsza linia leczenia AMD to preparaty anty-VEGF. One stają się coraz nowsze, pojawiają się na rynku nowe rozwiązania, również nowe strategie podawania tych preparatów. Dlatego, z drugiej strony, wiemy też że ze względu na obciążenie i dużą liczbę osób wymagających tego leczenia, takie modyfikacje wprowadzone przez zespół koordynacyjny i oczywiście MZ, takie jak przesunięcie tych iniekcji do ambulatorium czy podejście do tego, żeby osoby stabilne wychodziły z programu, robiąc miejsce nowym, potrzebującym tego leczenia pacjentom, to są nowe rozwiązania w polskim programie lekowym, które są bardzo uzasadnione. Oczywiście, nakłada się teraz pandemia, która jest nowym wyzwaniem dla nas. Od marca staramy się dostosować do wymogów pandemicznych, stąd te nowe rozwiązania lecznicze są bardzo nam potrzebne.

R.F.: Mówimy o programie lekowym. Jaka jest dostępność w tej chwili do okulisty i potem możliwość leczenia w ramach istniejącego programu lekowego?

Małgorzata Pacholec: Pandemia pokrzyżowała niestety też drogę do okulisty. Pamiętajmy, że aby

dostać się do lekarza okulisty trzeba mieć skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. Przez kilka miesięcy można powiedzieć, że POZ-ty były zamknięte dla pacjentów. Mam bardzo dużo zgłoszeń, telefonów od zrozpaczonych pacjentów, że mieli trudność w dotarciu do okulistów. Ludzie już wiedzą co to jest test Amslera, a więc orientują się, że coś złego się dzieje i że trzeba jak najszybciej reagować. Z całą pewnością pandemia nie sprzyja leczeniu. To schorzenie dotyczy osób starszych, które też są zależnione. Mówi się im: nie wychodź z domu. Jest to więc dla nich dramatyczna sytuacja. Niemniej jednak program lekowy w naszej opinii jest największym dobrodziejstwem, jakim w ostatnich latach pacjenci zostali obdarowani. Pamiętamy, jacy pacjenci trafiali do programu na początku. To były osoby w bardzo zaawansowanym stadium choroby, gdzie były wielkie oczekiwania ze strony pacjentów, którzy oczekiwali, że wróci im widzenie sprzed choroby. A wiadomo było, że jest to już nie możliwe, dlatego że choroba była na etapie bardzo zaawansowanym. Myślę, że potwierdzą Państwo, że dziś coraz więcej pacjentów trafia do programu we wczesnym etapie choroby, pacjentów aktywnych, pracujących, dla których program lekowy jest tak naprawdę wielką szansą na kontynuację swojego aktywnego życia zawodowego i rodzinnego. Myślę, że to jest najlepsza ocena tego programu, że jest on niezbędny, że są też potrzebne leki do wyboru, o innym mechanizmie działania. Pamiętajmy, że używane dzisiaj leki nie są terapiami przyczynowymi, które wyleczą chorobę, tylko opóźniające chorobę. Jeśli taką terapię szybko „złapiemy”, na początku choroby, to jest szansa dla pacjenta na dłuższe życie w lepszej jakości. Program lekowy, jak powiedziałam, to dobrodziejstwo i życzymy takiego również pacjentom cierpiącym z powodu obrzęku plamki w cukrzycy.

R.F.: Pani Prezes powiedziała o korzyściach dla pacjentów. Korzyści dla lekarzy wydają się być oczywiste - dostępność do wachlarza terapeutycznego, możliwość zastosowania istniejących terapii i pomoc dla pacjentów. Ale czy program lekowy przynosi także korzyści dla systemu?

R.R.: Bezwzględnie tak, ponieważ osoby, które cierpią na schorzenia plamki, przede wszystkim utrzymujemy w aktywności zawodowej, społecznej, one nie wymagają opieki, jeśli jeszcze wykazują funkcjonalne widzenie. Pamiętajmy, że koszty społeczne schorzeń plamki są wielkie. By pacjent dojechał do szpitala, musi mieć zazwyczaj opiekuna, który bierze zwolnienie z pracy. W ogóle aktywność codzienna tych pacjentów jest utrudniona. Schorzenia plamki wyłączają widzenie centralne, czyli nie możemy czytać, nie rozpoznajemy rysów twarzy, nie korzystamy z komputera, telefonu komórkowego i wielu innych przejawów życia społecznego, wykluczona jest jazda samochodem, przemieszczanie się, także są to ludzie w bardzo dużym stopniu inwalidztwa, często będąc fizycznie zdrowymi, bo pamiętajmy, że plamka żółta jest to tak newralgiczną, niewielką częścią układu nerwowego. Jak wspomniała Pani Profesor, możemy badać, mamy kamery, możemy wychwycić wczesne stadia choroby i odpowiednio zawczasu wprowadzić leczenie po to, żeby schorzenia te zatrzymać. Jest to leczenie objawowe, ale niezwykle skuteczne, czego przełożeniem jest przede wszystkim aktywność zawodowa i społeczna pacjentów. Ci pacjenci nie wymagają już pomocy i nie pociągają wielkich kosztów pośrednich.

R.F.: Wspomniałam o wachlarzu terapeutycznym. Ważne by był on pełen, by były dostępne różne możliwości leczenia. Wiem, że program lekowy, który już działa od wielu lat, który ewaluował, nigdy nie jest zamknięty, mamy taką nadzieję. Niedawno była opublikowana rekomendacja AOTMiT, która dotyczy możliwości refundowania i rekomenduje wprowadzenie do programu nowej cząsteczki. Na ile ważne jest wprowadzenie nowego leku, nowej cząsteczki do programu?

K.M.-M.: Nowy lek daje nowe możliwości. Aktualnie w programie lekowym stosujemy dwa leki, które mają zastosowanie w wisiękowej postaci AMD. Natomiast broliczumab to jest nowa, najmniejsza cząsteczka w grupie anty-VGEF stosowanych w wisiękowym AMD, która według badań klinicznych działa dłużej w porównaniu do innych cząsteczek. Jednocześnie udowodniono na podstawie obserwacji badań klinicznych, że cząsteczka ta jest równie skuteczna. Zakładając, że cząsteczka jest równie

skuteczna, że możemy wykonywać mniej iniekcji, stosować większe odstępy pomiędzy kolejnymi zabiegami, jest to korzyść zarówno dla pacjenta, ponieważ z podróżą i zabiegiem wiąże się każdorazowo stres, a także koszty dla finansujących jednostek czyli NFZ, dla szpitala, są wówczas mniejsze. Jednocześnie chciałabym wspomnieć, że nasz ośrodek posiada pierwsze obserwacje na grupie pacjentów. Wynoszą one około 5 miesięcy. I jesteśmy pod wrażeniem. Nie stwierdziliśmy działań ubocznych ogólnoustrojowych, a podkreślić chciałabym, że postęp jest niezbędny w medycynie i jest naprawdę potrzebna nowa cząsteczka.

R.F.: Zwróć się do Pana Profesora Tepera. Czy Państwo także mają doświadczenia w tej nowej terapii? Jakie są nowe korzyści dla lekarza? Pani Profesor wspomniała o tych korzyściach. One są obustronne. Dla pacjenta to dłuższe działanie, rzadsze podawanie leku, co dla pacjenta jest dużym udogodnieniem. A dla lekarza?

Sławomir Teper: My również mamy paromiesięczne doświadczenia jak większość klinik. I to co obserwujemy na pewno robi bardzo pozytywne wrażenie. Skuteczność terapii jest tak samo ważna dla lekarza jak i dla pacjenta, ponieważ jeżeli mamy lek, który nie działa wystarczająco, to jest to oczywiście kłopot dla lekarza, który musi się zastanowić nad zmianą terapii i jej optymalizacją. My, lekarze, bardzo zwracamy uwagę na anatomię siatkówki i wiemy z badań rejestracyjnych, że jest to lek, który ma większy potencjał, jeżeli chodzi o kontrolę płynu w siatkówce. My lekarze zwracamy uwagę przede wszystkim na morfologię. Jeżeli chodzi o stronę funkcjonalną to ona jest trochę subiektywna, a my lubimy opierać się na tym, co jest najbardziej dostępne, czyli co jest widoczne na optycznej koherentnej tomografii. I lek ten pod tym względem na pewno daje nadzieję, że kontrola wysięku i płynu w siatkówce, będzie lepsza. Są sytuacje, kiedy lek jest bardzo drobny, tak jak właśnie nowa cząsteczka, potrafi penetrować nam siatkówkę bardzo głęboko, docierać do naczyń tam gdzie inne leki mogą mieć z tym problem. I z tego wynika, że pacjenci, którzy byli dla nas bardzo trudni w leczeniu, mający duże odłączenia nabłonka barwnikowego, czyli najbardziej głęboko położony płyn w obrębie tych struktur które leczymy, to poddają się temu lepiej leczeniu lepiej niż z użyciem innych cząsteczek. I bardzo liczymy, że ten lek nam w tym pomoże. To, że możemy pacjenta widzieć nieco rzadziej, bo badania dowiodły, że mniej więcej 50 procent pacjentów już w pierwszym roku może być leczonych co 3 miesiące po dawce nasycającej to oznacza, że pacjentów zabezpieczamy. Bo w sytuacji pandemii my się o naszych pacjentów też boimy, nie chcemy gromadzić ich w dużych grupach, by przychodzili do nas zbyt często. Także ograniczenie tego kontaktu przy bardzo dobrej skuteczności jest niewątpliwie bardzo dobrą drogą na przyszłość.

R.F.: Wszyscy Państwo wspomnieli o korzyściach, jakie przynosi stosowanie czy też leczenie pacjentów w ramach programu lekowego, przy dostępie do pełnego wachlarza terapeutycznego, do wszystkich leków, które są skuteczne i bezpieczne dla pacjentów. One były wymienione. I one przynoszą też korzyści dla płatnika, o czym mówił m.in. Prof. Rejda. Warto wspomnieć, że koszty pośrednie dzięki zastosowaniu nowych leków, które działają dłużej, są rzadziej podawane, przynoszą korzyści także w innych obszarach, bo to oznacza krótsze zwolnienia dla opiekunów osób chorych, znacznie większe możliwości uczestniczenia chorego w życiu zawodowym, wypełnianiu różnych ról w życiu społecznym, rodzinnym. To wszystko wpływa na poprawę jakości życia pacjentów. I chciałabym zapytać Panią Prezes co się składa na tę jakość życia dla osób, które mają naprawdę poważne problemy ze wzrokiem i są leczone w ramach programu lekowego?

M.P: Tak naprawdę leczymy się, by być zdrowymi. A zdrowie to najważniejsza wartość, która determinuje to jak żyjemy. 80 procent informacji, jakie docierają do człowieka, jakie codziennie wykorzystujemy, to jest zmysł wzroku. Nie jest więc przesadą powiedzieć, że jeżeli tego wzroku nie ma, to jakość życia dramatycznie spada. Wiem, bo sama tego doświadczam od dwudziestu już prawie lat. Ale też mam do czynienia z osobami, które są przerażone groźbą utraty wzroku. Choroby oczu to jest rezygnacja codzienna z wielu aktywności. Nie można jeździć na rowerze, samochodem, nie można

pisać, czytać, spojrzeć człowiekowi w oczy. Trudno jest nalać wrzątek do szklanki bez poparzenia się, trudno przeczytać przepis albo odczytać, jakie są zioła i przyprawy w kuchni czy nazwy leków. To przykład codziennych aktywności, o których nie myślimy, mając dobry wzrok. Kiedy zaczyna się wzrok tracić, jest panika, potworna depresja. Bardzo często pacjenci, którzy tracą wzrok zamykają się, są więźniami swojego domu, są też uciążliwi dla swoich bliskich. Taka choroba oczu dotyka nie tylko osobę na nią chorującą, ale też jej rodzinę, bo mieć kogoś w rodzinie kto jest zamknięty i przygnębiony, zrozpaczony, ale też wściekły, że nie trafił do leczenia do dobrego lekarza, który wiedział jak pomóc. Mówię tu hipotetycznie, ale wiem, że takie myśli przychodzą chorym okulistycznie ludziom. Pacjenci okulistyczni potrafią być trudnymi pacjentami. Mówi się, że najgorzej nie widzieć, choć sama staram się być optymistką, wiem, że wiele osób tak to obiera. Wzrok więc równa się jakość życia.

R.F.: Żyjemy coraz dłużej i myślę, że najwyższa pora byśmy do długości dołożyli też jakość życia. Dziękuję Państwu serdecznie za dzisiejszą rozmowę.