



Medexpress, 2020-12-29 08:57

Prof. Dariusz Kowalski:

Zmiany programie leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca to dobra wiadomość dla pacjentów



Gościem Iwony Schymalli był prof. Dariusz Kowalski, z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej, Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Medexpress: Ukazała się właśnie styczniowa lista refundacyjna i są nowe wiadomości dla pacjentów z rakiem płuca.

D.K.: Tak. Potwierdzam. To jest bardzo dobra wiadomość dla pacjentów i lekarzy zajmujących się leczeniem raka płuca. Zmodyfikowany program leczenia raka niedrobnokomórkowego płuca wprowadza trzy bardzo innowacyjne terapie. Przede wszystkim umożliwi nam zastosowanie w leczeniu radykalnym durwalumabu. To jest przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko ligandowi receptora programowanej śmierci typu 1 (PD-L1) dla chorych, którzy zostali poddani leczeniu radykalnemu metodą jednoczasowej radiochemioterapii. Durwalumab będzie mógł być stosowany jako leczenie konsolidujące przez 12 miesięcy. Rejestracja tego leku odbyła się na podstawie badania PACIFIC. Porównano durwalumab jako leczenie konsolidujące wobec placebo i wykazano znamienne przewagę we wszystkich analizowanych parametrach. Czy to był czas wolny od progresji, czy całkowity czas przeżycia, czy odsetki przeżyć 1-, 2-, czy 4-letnich. Dysponujemy obecnie zaktualizowanymi wynikami badania PACIFIC, które mówią nam, że w grupie chorych, którzy byli

leczeni w sposób konsolidujący durwalumabem przez 12 miesięcy – 50 procent po 4 latach nadal żyje. I to jest naprawdę duży sukces. Bardzo dobrze, że tak się stało. Durwalumab był wymieniany jako najbardziej poszukiwana terapia w całej onkologii. Na drugim miejscu znalazł się ozymertynib. Jest to inhibitor kinazy tyrozynowej szlaku EGFR III generacji, który dotąd był dostępny tylko i wyłącznie do drugiej linii leczenia i tylko i wyłącznie dla chorych, u których była tzw. mutacja oporności T790M. Teraz będzie już mógł być stosowany w pierwszej linii leczenia u chorych z mutacjami aktywizującymi EGFR, zgodnie z wynikami badania FLAURA, gdzie porównano ten lek wobec inhibitorów pierwszej generacji i wykazano jego znamienne przewagę wobec inhibitora pierwszej generacji. A po drugie charakteryzuje się on również lepszą tolerancją, mniejszą toksycznością niż inhibitory pierwszej generacji. I trzeci element, wymieniony przez mnie jako ostatni, ale równie ważny, to będzie istniała od stycznia możliwość leczenia złożonego chorych z rakiem niedrobnokomórkowym płuca. Odsetek komórek nowotworowych ma status ekspresji PD-L1 poniżej 50 procent. I tutaj będziemy mogli zastosować immunoterapię złożoną razem z chemioterapią. Tego typu postępowanie będzie dedykowane wszystkim chorym z rozpoznaniem rakiem niedrobnokomórkowym, oczywiście jeżeli będą spełnione określone kryteria. Te więc innowacyjne, nowe metody leczenia będą dostępne dla chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca od stycznia nowego roku. To jest bardzo dobra wiadomość.

Medexpress: To są rzeczywiście znakomite wiadomości dla pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Ale często w rozmowie z Panem Profesorem mówiliśmy jak wygląda sytuacja pacjentów z drobnokomórkowym rakiem płuca. Mówiliśmy o nierównościach w dostępie do leków innowacyjnych. Czy ta decyzja nie pogłębia jeszcze tych nierówności? Jak wygląda sytuacja pacjentów z rakiem drobnokomórkowym?

D.K.: Bardzo dobre pytanie. Oczywiście Pani Redaktor ma rację, ale wymaga to pewnego komentarza. My z lekami immunokompetentnymi, lekami ukierunkowanymi molekularnie w raku niedrobnokomórkowym płuca mamy już do czynienia i doświadczenie od kilku lat, a nawet kilkunastu lat. W tym samym czasie wobec chorych z drobnokomórkowym nie dochodziło praktycznie do postępu. Standardem była klasyczna chemioterapia a próby implementacji leków nowych, w badaniach III fazy z losowym doбором chorych, nie powiodły się. Nie wprowadzono żadnego nowego leku. Tak więc my tak naprawdę dopiero od 1-1,5 roku mamy wiedzę, że połączenie chemioterapii z immunoterapią w pierwszej linii leczenia raka drobnokomórkowego ma zdecydowaną przewagę ze znamiennością statystyczną na korzyść leczenia złożonego z immunoterapii i z chemioterapii. Na pewno więc są tu braki, ale one wynikają m.in. z tego, że są to terapie, które pojawiły się stosunkowo niedawno.

Medexpress: Czy można powiedzieć, że zbliżamy się do sytuacji kiedy rak płuca, do tej pory zabójca wielu tysięcy Polaków, stanie się chorobą przewlekłą?

D.K.: To sformułowanie jest bardzo dobre, ale trochę niebezpieczne. Na studiach uczono mnie, i nadal się tak uczy, że jeżeli chory z chorobą nowotworową przeżyje 5 lat, to jest pacjentem wyleczonym. W związku z postępowaniem jaki dokonał się w leczeniu raka niedrobnokomórkowego, z nowymi klasami leków, o których mówiłem, my tych chorych w tej chwili możemy rzeczywiście leczyć nie tylko miesiącami, ale wręcz latami. U nas więc w Klinice Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii mamy potężną populację chorych, którzy są w stadium rozsiewu, a którzy żyją już ponad 6, 7, 8 a nawet mamy takich, którzy żyją ponad 10 lat. I w tej populacji można raka płuca traktować jako chorobę przewlekłą. Ale proszę pamiętać, że aby tego rodzaju efekty uzyskać, to chory musi być bardzo szybko i bardzo dobrze, nowymi technologiami zdiagnozowany. I powinno być u niego wdrożone optymalne leczenie, również na ukierunkowane molekularnie leki, które nie są w standardzie postępowania. I to jest właśnie ten jeszcze jeden element w wymagany czyli dostęp do innowacyjnych badań klinicznych.



Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego:
profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia

debata online

7 grudnia 2020
godz. 12.00 – 15.10

PARTNERZY

abbvie

AMGEN®


ANGELINI

AstraZeneca 

 GILEAD



 MSD


SANOFI
Empowering Life