



Medexpress, 2021-05-27 13:17

Czułość hematologiczną musimy mieć we krwi



Fot. Getty Images/iStockphoto

Kiedy w układzie krwiotwórczym bądź chłonnym coś szwankuje, może dojść do poważnej choroby. Jak co roku 28 maja obchodzimy Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi. Dla pacjentów najważniejsze jest leczenie. Jak w Polsce leczymy najczęstsze nowotwory krwi?

W onkologii chodzi nie tylko o to, by chorych wyleczyć lub przedłużyć im życie, ale także, by nie towarzyszyło temu istotne obniżenie jego jakości, by chorzy funkcjonowali tak, jak przed chorobą. I nowoczesne leki pozwalają przybliżyć ten cel.

Pacjent chorujący na chłoniaka

- Nowotwory krwi to grupa chorób układu krwionośnego (białaczki, mielofibroza) i chłonnego (szpiczak, chłoniaki), na które w Polsce choruje ponad 100 tys. osób.
- Co roku przybywa około 6 tys. nowych rozpoznań, a zachorować może każdy, ponieważ wiek i płeć nie mają znaczenia.
- Prosta morfologia może uratować życie, bo jak podkreślają eksperci, nowotwory krwi można skutecznie leczyć.

Przewlekła białaczka limfocytowa (PBL)

Jednym z najczęstszych nowotworów krwi i najczęstszą wśród białaczek jest przewlekła białaczka limfocytowa (PBL). W Polsce cierpi na nią 17 tys. osób. Co roku wykrywa się 1900 nowych przypadków. Dane te mogą być niedoszacowane, ponieważ ta nieuleczalna choroba u części chorych przebiega bezobjawowo i często rozpoznawana jest przypadkowo przy okazji morfologii. Pacjentów można podzielić na trzy grupy: chorych, którzy nigdy nie będą wymagać leczenia; pacjentów, którzy muszą otrzymać leczenie, jak tylko pojawią się objawy. Ostatnią grupę stanowią chorzy, którzy będą wymagać leczenia w przyszłości. Standardem leczenia w części przypadków jest immunochemioterapia. Ponieważ choroba ma charakter nawrotowy, wymaga wielu linii leczenia. I tu pojawiają się problemy. Przy każdym nawrocie leczenie jest trudniejsze. Dostępność leków związana jest z programami lekowymi. Przy nawrocie w drugiej linii pacjenci mają do dyspozycji wenetoklaks z rytuksymabem, a także ibrutynib. Wciąż czekają na terapię wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem w pierwszej linii leczenia.

Chłoniak z komórek płaszczka (MCL)

Chłoniak to najczęstszy nowotwór krwi. Wśród wielu typów jest jeden – bardzo rzadki, będący wielkim wyzwaniem onkologii, którego co roku w Polsce wykrywa się u około 300 osób. To chłoniak z komórek płaszczka (MCL), choroba o złym rokowaniu. Nazwa wiąże się z tym, że komórki nowotworowe uwidaczniają się w strefie płaszczka, który otacza ośrodki rozmnażania grudek chłonnych. Nowotwór ten w pierwszej fazie rozwija się w sposób mało gwałtowny, a objawy potrafią być skąpe. U pacjentów zazwyczaj diagnozuje się powiększone węzły chłonne i śledzionę.

Do mniej oczywistych objawów zalicza się poty nocne, utratę wagi i wysoką gorączkę. Diagnoza pojawia się już wtedy, gdy chłoniak zajmuje szpik kostny. Częściej na tę postać nowotworu chorują mężczyźni w wieku 60-65 lat. Choroba ma przebieg nawrotowy.

W pierwszej linii leczenia u większości chorych udaje się doprowadzić do regresji, niestety, u części pacjentów szybko dochodzi do wznowy i oporności na leczenie.

W takiej sytuacji hematolodzy mają do dyspozycji leki ukierunkowane molekularnie. To inhibitory kinazy Brutona czy leki immunomodulujące. Doustne leczenie ibrutynibem u większości chorych pozwala na długotrwałą kilkuletnią remisję.

Polscy pacjenci nie mają możliwości leczenia, bo refundacja ibrutynibu przeszła już do historii jako jeden z najdłuższych procesów. Mimo tego, że środowisko hematologów od dawna wskazuje ogromną potrzebę tej refundacji, od 4 lat pacjenci z opornym i nawrotowym chłoniakiem MCL nie mają dostępu terapii.

Szpiczak plazmocytowy, in. mnogi

Szpiczak to nowotwór złośliwy zajmujący układ krwiotwórczy, którego głównym narządem jest szpik kostny odpowiedzialny za wytwarzanie prawidłowych składników krwi. Szpiczak stanowi ok. 13 % nowotworów hematologicznych i według badań częstotliwość jego występowania ciągle rośnie. Rocznie odnotowuje się ok. 2 000 przypadków zachorowań. W Polsce na szpiczaka plazmocytozowego choruje

ok. 10 000 osób. Choroba zaczyna już dotykać nie tylko osoby starsze (mediana wieku ok. 70 lat), ale również osoby poniżej 55. roku życia. Potrafi rozwijać się latami, nie dając wyraźnych, niepokojących pacjenta objawów, a zmiany nowotworowe mają charakter rozsiany. Diagnoza pojawia się zazwyczaj wtedy, gdy choroba jest już zaawansowana (II lub III stadium).

Do charakterystycznych objawów szpiczaka mnogiego zaliczają się m.in.: ból kości (najczęściej dotyczy odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa), złamania patologiczne, anemia, niedokrwistość, niewydolność nerek, obrzęki obwodowe, zaburzenia krzepnięcia krwi, częstsze infekcje. Wspomniane bóle kości i złamania są najbardziej wyrazistym objawem choroby. Wywołują je nacieki plazmocytowe

na kościach.

Standardowe leczenie szpiczaka składa się z kilku linii leczenia z wykorzystaniem nowoczesnych terapii, m.in. daratumumabu podawanego dożylnie przy pierwszym nawrocie choroby. Lek na tle pozostałych wyróżnia się innowacyjnym mechanizmem działania. Charakteryzuje się wysokim poziomem skuteczności i bezpieczeństwa. Daratumumab wyraźnie zwiększa efektywność terapii w połączeniu z dotychczasowymi zarejestrowanymi lekami, lenalidomidem czy bortezomibem. Skojarzony model leczenia stosowany jest u pacjentów dorosłych cierpiących na nawrotowego lub opornego szpiczaka plazmocytozy, u których wcześniej zastosowano jedną linię leczenia i przeszczep komórek macierzystych szpiku lub dwie lub trzy wcześniejsze linie leczenia z wykorzystaniem starszych leków.

Leczenie może być podawane doustnie lub podskórnie. Najwięcej zalet ma terapia podskórna, która w przypadku nawracającej choroby, ułatwia pacjentom funkcjonowanie. Daratumumab w leczeniu podskórnym zapewnia: krótszą hospitalizację, ograniczenie kosztów leczenia, rezygnację z wkłucia dożylnego, znaczące zmniejszenie powikłań w miejscu podania. Jak wygląda dostępność w Polsce do leczenia szpiczaka przy użyciu terapii podskórnej? O tym mówi prof. Giannopoulos: „Aktualnie w Europie mamy zarejestrowanych 13 terapii lekowych.

W Polsce programy lekowe są mało elastyczne. Zazwyczaj w momencie rozszerzenia rejestracji, jeśli produkt dożylny jest zarejestrowany i wchodzi produkt podskórny, to w UE automatycznie we wszystkich schematach terapeutycznych, gdzie był produkt dożylny, wchodzi produkt podskórny. [...] U nas niestety wiąże się to z kolejnymi negocjacjami. Zmiany w tym obszarze wiążą się z przychylnymi pacjentom decyzjami resortu zdrowia.

Wokół pandemii - wokół hematologii: wnioski na koniec trzeciej fali

- Podwójna czułość: