



Medexpress, 2021-07-13 09:02

Szczyt Zdrowie

# Przełomowe terapie w onkologii

Szczyt  
Zdrowie 2021



Immunoterapia zmienia zasady gry w onkologii. Uznana przez amerykańskich naukowców za jedną z pięciu przełomowych terapii daje szansę – albo przynajmniej zapowiedź takiej szansy – wielu pacjentom, dla których diagnoza brzmiała, i ciągle jeszcze brzmi, jak wyrok. Czy również polskim?

O tym, czy między innymi z innowacyjnej terapii będą mogli korzystać pacjenci z zaawansowanym rakiem wątrobowokomórkowym, jednym z gorzej rokujących, dyskutowano podczas Szczytu Zdrowie 2021.

- Leczymy wiele nowotworów przewodu pokarmowego. Wobec raka wątrobowokomórkowego jako onkolodzy dotychczas byliśmy bezradni – mówił dr Leszek Kraj z Kliniki Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Klasyczna chemioterapia w przypadku tego nowotworu jest po prostu nieskuteczna w przeciwieństwie do większości innych nowotworów. Jedynym dostępnym lekiem dotychczas był sorafenib, który w Polsce jest dostępny w ramach programu lekowego. Niestety jednym z kryterium wyłączenia jest stwierdzenie jakichkolwiek zmian nowotworowych poza wątrobą. A przecież wielu chorych w momencie rozpoznania raka ma już zmiany pozawątrobowe. Efekt? Mamy w Polsce grupę chorych pozbawionych praktycznie jakiegokolwiek leczenia.

W ostatnich miesiącach w leczeniu raka wątrobowokomórkowego nastąpił jednak przełom - terapia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem, tj. immunoterapia skojarzona z lekiem antyangiogennym. Pierwsze dane na jej temat pojawiły się w maju 2020 roku, pod koniec roku została ona zarejestrowana i pojawiła się w wytycznych międzynarodowych towarzystw naukowych. W ostatnich miesiącach stała się po prostu standardem terapii pierwszej linii, co zostało ujęte w wytycznych ESMO, a nie tylko opcją terapeutyczną obok sorafenibu - Dane dotyczące tej terapii są

jednoznaczne. Mówią o wydłużeniu mediany przeżycia do 19 miesięcy, o 30 proc. obiektywnych odpowiedzi, w tym ok. 10 proc. całkowitych remisji i ok. 20 proc. częściowych remisji choroby w badaniach obrazowych - wymienia dr Kraj, podkreślając, że bez tej terapii o całkowitej remisji w ogóle nie ma mowy, zaś mediany przeżycia są o wiele krótsza.

Rak wątrobowokomórkowy dotyka pacjentów z marskością wątroby o różnej etiologii. Nie tylko tej, która jest wynikiem choroby alkoholowej, ale również niealkoholowego stłuszczenia wątroby. Rak wątroby w większości przypadków dotyczy pacjentów z WZW B lub C. Należy mieć na uwadze, że do zakażeń wirusami WZW w Polsce najczęściej dochodziło w trakcie korzystania ze świadczeń medycznych - podkreślała Barbara Pepke, prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei”. - Pacjenci z marskością wątroby, ale też z nowotworem wątrobowokomórkowym, często są lub czują się stygmatyzowani. Otoczenie uważa, że musieli w jakiś sposób przyczynić się do swojej choroby, a to w większości przypadków nie jest prawda.

Marskość wątroby u części pacjentów prowadzi do rozwoju raka wątrobowokomórkowego - i często pacjenci dowiadując się o swoim podstawowym problemie, czyli marskości wątroby, dowiadują się „przy okazji”, że mają także nowotwór. - To są ludzie nie z jedną, ale z dwoma śmiertelnymi chorobami - podkreślał dr Kraj. W Polsce rak wątrobowokomórkowy nie jest częstą chorobą (w przeciwieństwie np. do krajów Azji Południowo-Wschodniej, gdzie jest nawet trzecią przyczyną zgonów, ze względu na częstość zakażeń WZW B i C). - Profilaktycznie na pewno powinniśmy wykonywać USG u pacjentów z grup ryzyka m.in. u pacjentów z marskością wątroby bez względu na przyczynę.

Uczestnicy dyskusji nie ukrywali, że i pacjenci, i eksperci czekają na rekomendację AOTMiT. Z wypowiedzi Joanny Parkitnej można było wnioskować, że rekomendacja będzie lada moment. Nie była to jednak, jak się okazało, rekomendacja pozytywna - terapia, którą towarzystwa naukowe na świecie uznały za przełomową i zalecają stosować jako standard, nie zyskała uznania w oczach polskich urzędników, którzy stwierdzili, że brak jej udowodnionej skuteczności.

Zdaniem ekspertów Agencja zawęziła analizę do grupy pacjentów ze zmianami pozawątrobowymi, co spowodowało wyciągnięcie błędnych wniosków. - Analiza grupy pacjentów ze zmianami pozawątrobowymi pokazała nie spełnienie istotności statystycznej, ponieważ całe badanie kliniczne nie było zaprojektowane w celu udowodnienia skuteczności terapii w tej konkretnej podgrupie, ale w całej grupie pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym. A w całej grupie pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym ta terapia ma spektakularne efekty. To pokazuje, że analiza podgrup powoduje ryzyko wyciągnięcia błędnych wniosków i może prowadzić na manowce - komentuje dr Kraj. Proces refundacyjny cały czas trwa i wierzę, że decyzją Pana Ministra zakończy się pozytywnie, bo trudno mi wyobrazić sobie, że przez kolejne lata pacjenci z rakiem wątrobowokomórkowym, którym moglibyśmy pomóc będą pozbawieni dostępu do skutecznego leczenia.

Tymczasem choć dostępność, a raczej brak dostępności, do innowacyjnego leczenia wysuwa się w tej chwili na pierwszy plan, jeśli chodzi o problemy pacjentów z tym rodzajem nowotworu, nie można zamykać oczu na inne. Podobnie jak w wielu innych chorobach onkologicznych problemem jest brak koordynacji na etapie diagnostyki i leczenia, co opóźnia cały proces. - Ścieżka DIL0 nie do końca się sprawdza w tym przypadku. Zespoły złożone z onkologów, chirurgów, radioterapeutów nie wystarczają. W tej chorobie opcją jest przeszczep wątroby, pacjenci powinni trafiać więc do ośrodków, które mają takie możliwości. I na pewno potrzeba zespołów dedykowanych temu nowotworowi, żeby pacjenci nie krążyli przez pół roku między specjalistami - podkreślał dr Kraj.

Prof. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii podkreślał, że guzy wątroby to jest ten obszar onkologii, który wymaga największej uwagi, najbardziej zaniedbana. Zwracał też uwagę, że coraz większą szansą dla pacjentów jest adaptowna radioterapia, która jest bardziej dostosowana do indywidualnej sytuacji pacjenta i podlega zmianom w czasie cyklu leczenia, a więc jest mniej

toksyczna.

- Zanim zaczniemy wydawać pieniądze na bardzo kosztowne terapie pamiętajmy, że nic nie nastąpi mądrej edukacji już od przedszkola. Liczymy, że w Narodowej Strategii Onkologicznej zobaczymy w końcu w programach szkolnych godzinę w tygodniu nauki o zdrowiu – mówił dr Janusz Meder. Ekspert podkreślał, że Krajowa Sieć Onkologiczna, której liderem jest prof. Maciejczyk, stanowi dla pacjentów i polskiej onkologii ogromną szansę. - Jeżeli sprawnie się połączy kompleksowość, interdyscyplinarność pacjent nie będzie pozostawiony sam sobie – mówił. Jego zdaniem kluczowe jest jednak finansowanie ochrony zdrowia, a co za tym idzie i onkologii. – Już dziś powinniśmy wydawać 8 proc. PKB na ten cel.

- Koordynacja oznacza, że to pacjent jest w centrum opieki onkologicznej, a nie szpitale. Pacjent musi gładko przechodzić po ścieżce diagnostyki i leczenia, od lekarza rodzinnego przez AOS po leczenie szpitalne – mówił prof. Maciejczyk. W jego opinii wprowadzanie nowych terapii oznacza, że leczenie onkologiczne musi być jeszcze staranniej monitorowane. Muszą być monitorowane efekty stosowania drogich terapii. – Pamiętajmy, że my będziemy zmieniać system dopiero gdy wejdzie Krajowa Sieć Onkologiczna. Pojawia się mierniki, zarządzanie danymi – podkreślał. Jest szansa (obawa), że KSO obnaży – dzięki temu – wszystkie systemowe zaniedbania, choć również błędy na poziomie świadczeniodawców.

Onkologia w czasie pandemii nie była zieloną wyspą, wolną od problemów związanych z opóźnieniem diagnostyki i leczenia. Jak można się przygotować na kolejną falę? Tu eksperci nie mają wątpliwości: przede wszystkim przez szczepienia. Pacjenci onkologiczni bezwzględnie powinni się szczepić, duża ich część została zresztą zaszczepiona już wczesną wiosną. – Są w grupie ryzyka. Pacjenci z nowotworami przewodu pokarmowego, w tym z rakiem wątrobowokomórkowym mają pełne wskazania do szczepień – przypominał dr Kraj, choć przyznawał, że ze strony lekarzy POZ pojawiały się pytania o ewentualne przeciwwskazania. – Przeciwwskazań do szczepień w tej grupie chorych praktycznie nie ma. Są za to tylko mocne wskazania.

Eksperti apelowali też, by pacjenci – i osoby, które podejrzewają, że mogą mieć problem onkologiczny – nie ulegali panice, jeśli znów zaczęłaby rosnać liczba zakażeń. – Media zaś prosimy, żeby nie straszyły. Wiele osób szuka wręcz pretekstu, by wizytę u onkologa czy innego specjalisty odroczyć, odłożyć rozpoczęcie badań. Nie potrzebują dodatkowych bodźców – mówili.