



Tomasz Kobosz, 2016-05-07 14:52

Rak piersi:

Postęp jest ogromny, niestety nie u nas

Możliwości leczenia raka piersi w Polsce odbiegają od światowych standardów - mówi dr Renata Duchnowska z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Rozmowę zarejestrowano w czasie XIX Światowego Kongresu SIS „Zdrowe Piersi”.

Jak Pani Doktor ocenia postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w leczeniu raka piersi, szczególnie zaawansowanego HER2-dodatniego raka piersi?

Jesteśmy świadkami dużego postępu. Rozpoczęło się to od chorych na zaawansowanego raka piersi HER2-dodatniego. Dołączenie trastuzumabu do chemioterapii standardowej znacznie wpłynęło na poprawę rokowań. Zawsze konsekwencją takiego postępowania, kiedy lek jest skuteczny w chorobie zaawansowanej, jest przełożenie wyników badań i spróbowanie, czy jest on aktywny w leczeniu wczesnego raka piersi, w leczeniu uzupełniającym. I tu również trastuzumab się sprawdził się, ponieważ fenotyp HER2-dodatni wiązał się też z gorszym rokowaniem pacjentek chorujących na wczesnego raka piersi. Pięć badań klinicznych z udziałem trastuzumabu wykazało, że rzeczywiście leczenie to przekłada się na poprawę rokowania. Tak więc nastąpił duży postęp w prowadzeniu terapii anty-HER2. Lek atakuje wybrany cel i blokuje go, co poprawia rokowania pacjentek.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Sytuacja chorych z zaawansowanym rakiem piersi jest bardzo trudna](#)

Czy polskie pacjentki z HER2-dodatnim rakiem piersi mogą w pełni z tego postępu korzystać? Czy są leczone zgodnie ze światowymi standardami? Jak wypada porównanie poziomu leczenia w Polsce z innymi krajami UE?

Cieszymy się, że w Polsce pacjentki mają w ogóle dostęp do przeciwciała monoklonalnego, jakim jest trastuzumab. Zadowoleni jesteśmy, że możemy łączyć trastuzumab z chemioterapią w leczeniu zaawansowanego raka piersi oraz w leczeniu uzupełniającym. Natomiast, niestety, odbiegamy od tego co dzieje się na świecie w tym aspekcie, ponieważ świat idzie do przodu i od kilku już lat wiadomo, że dołączenie samego trastuzumabu do chemioterapii np. w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi, jest postępowaniem suboptymalnym. Lepszym postępowaniem w pierwszej linii jest połączenie pertuzumabu z trastuzumabem i chemioterapią docetakselem. W Polsce takie leczenie jest, niestety,

niedostępne. Co więcej, w Polsce od wielu lat również walczyliśmy o to, by w programie terapeutycznym trastuzumab był dostępny w leczeniu indukcyjnym miejscowo zaawansowanego raka piersi, co jest obecnie standardem na świecie. Nie wiem jak to się dzieje, że nie możemy przeforsować zmian w programie terapeutycznym. Z kolei inne przeciwciała takim jest trastuzumab DM1 [T-DM1] też „czeka w kolejce”, by również było dostępne w Polsce. Tymczasem takie terapie na świecie są już dostępne. HER2-dodatni rak piersi to heterogenna choroba – jest HER2-dodatni rak piersi z ekspresją receptorów estrogenowych, jest odmiana bez ekspresji receptorów estrogenowych, różne jest rokowanie pacjentek z rozszewem w różnych narządach, więc mając do dyspozycji większy wachlarz możliwości, moglibyśmy leczyć lepiej. Natomiast w, niestety, wachlarz ten jest trochę skurczony. Nie jest to taki standard, jaki obecnie jest dostępny na świecie.

Zwykle, kiedy mówimy o postępie w terapii, mamy na myśli nowy lek. Czasami jednak o pewnym postępie możemy mówić, gdy pojawia się nowa forma leku do tej pory stosowanego. Wydaje się, że tak jest w przypadku podskórnej formy trastuzumabu. Jakie korzyści dla pacjenta i dla systemu wynikają ze stosowania takiej formy?

Jestem zwolenniczką ograniczania czasu pobytu pacjentów w szpitalu czy wyczekiwania w przychodniach. W przypadku ośrodków onkologicznych na korytarzach mamy wszystkich pacjentów – ciężko chorych, leczonych na wczesnego raka, ozdowieńców, czyli osoby wyleczone, które przychodzą do nas na badania kontrolne. Jest więc to mieszanka wszystkich pacjentów na jednym korytarzu. Dla każdej kobiety leczonej uzupełniająco liczy się czas, szybkie podanie leku, chcemy więc taką pacjentkę jak najszybciej „obsłużyć”, by mogła wrócić do normalnego życia. Niestety, nikt w Polsce nie liczy kosztów związanych z przygotowaniem leku, z tym, że pacjentka zwalnia się z pracy, by móc się leczyć czy bierze zwolnienia. Rzadko się te koszty analizuje, bo to pewnie są trudne analizy. Nie ma ich u nas wiele. Jestem orędowniczką wprowadzenia form leczenia, które są szybkie i dają pacjentowi więcej wolnego czasu, jak również lekarzom i personelowi medycznemu, który przestaje być obciążony dodatkowymi obowiązkami. Staramy się więc od ponad roku by forma podskórna takiego leku jak trastuzumab była dostępna w Polsce, zwłaszcza że koszty [leku w postaci tradycyjnej i podskórnej] są chyba porównywalne. Gdzieś tu jest jakaś blokada, która jednak powinna być do przełamania. Odsyłam też do akcji pracodawców polskich „Choroba, pracuję z nią”, z której wynika, że pracodawcy i pracownicy chcieliby się komunikować i tak dostosowywać czas pracy, aby wszystkim było wygodnie. A z tym właśnie wiążą się szybkie terapie, pozwalające na to, by pacjent jak najmniej czasu spędzał w ambulatorium szpitalnym.