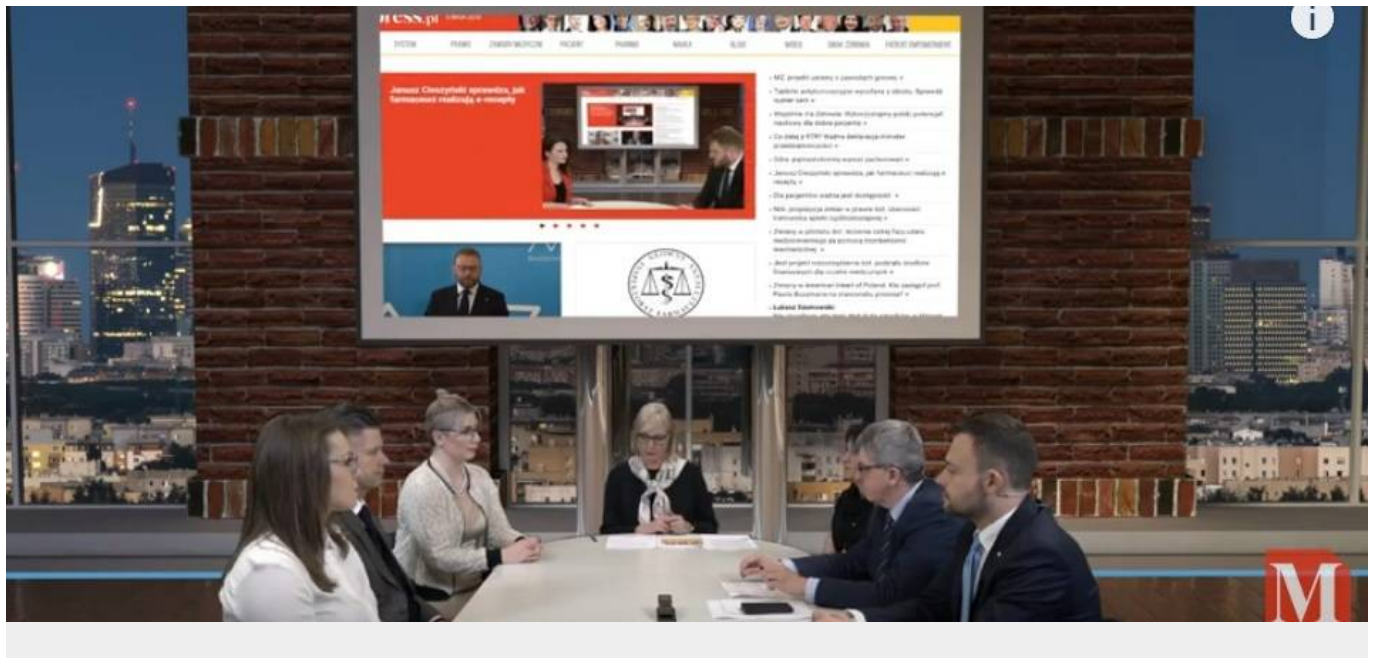




Medexpress, 2019-06-12 14:37

Debata Medexpressu: Czerniak



W kolejnej debacie Medexpressu rozmawiamy m.in. o tym jak obecnie wygląda obszar niezaspokojonych potrzeb, jeśli chodzi o czerniaka? Jaki jest dostęp do terapii? Czy lekarze dysponują pełnym wachlarzem terapeutycznym, jeśli chodzi o leczenie zaawansowanej postaci czerniaka?

W debacie udział biorą:

Dr Bożena Cybulska-Stopa, Centrum Onkologii w Krakowie

Prof. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii w Warszawie

Dr Radosław Sierpiński, Agencja Badań Medycznych

Beata Ambroziewicz, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Prof. Witold Owczarek, kierownik Kliniki Dermatologii Wojskowego Instytutu Medycznego

Aneta Lipińska, kierownik Działu Analiz i Strategii AOTMiT

Czy faktycznie mamy do czynienia ze spektakularnym postępem, jeśli chodzi o leczenie zaawansowanej postaci czerniaka? Mediana przeżycia rzeczywiście wzrosła z 6 miesięcy do 3 lat. Możemy powiedzieć, że jest to zadziwiający postęp?

Prof. Piotr Rutkowski: Oczywiście, że tak. Zaczniemy od tego, że w Polsce mamy przede wszystkim za dużo chorych na zaawansowanego czerniaka. To nie jest kwestia tego, że co czwarty chory powinien umierać z powodu nowotworu, który mimo wszystko jest łatwy do wykrycia. Mamy wciąż na uwadze, że wcześniej wykryty czerniak jest prawie w stu procentach wyleczalny. W Niemczech, co dziesiąty chory traci szansę na przeżycie, zaś w Polsce co czwarty. Najnowsze dane Krajowego Rejestru Nowotworów mówią, że rocznie w Polsce na czerniaki choruje około 4000 osób, z czego ponad 1000 umiera. To jest zdecydowanie za duża liczba chorych, która musi być leczona nowymi lekami.

Owszem, nastąpił niebywały przełom. Przez ostatnich siedem lat, kilkakrotnie wydłużyła się mediana przeżycia chorych na zaawansowanego czerniaka. Jeszcze do 2010 roku, zaledwie 10 % chorych przeżywało po 3 latach choroby. Aktualnie około 50 % chorych przeżywa powyżej 3 lat. Mowa tutaj, o zaawansowanej formie czerniaka, o charakterze przerzutowym, nieoperacyjnym. Oczywiście wiąże się to z faktem, że przez ostatnie lata walczono z czerniakiem za sprawą dwóch rodzajów terapii, tzw. ukierunkowanej molekularnie, bądź immunoterapii. Wprowadzono również do zastosowania klinicznego ponad 10 leków. W Polsce w zaawansowanych przypadkach mamy dostęp do 7 leków w ramach programów lekowych. W tym miejscu ukłony w kierunku AOTMiT oraz Ministerstwa Zdrowia, za szybkie wprowadzenie leków. Polskie programy lekowe pomimo tego, że nie są idealne, znajdują się na dobrym poziomie. AOTMiT oceniła np. terapię skojarzoną za pomocą immunoterapii anty PD1 z anty CTLA4 pozytywnie na koniec sierpnia ubiegłego roku, ale nadal nie jest ona na listach refundacyjnych, choć wiąże się z korzyścią finansową budżetu państwa. Nie mówię o tym, że np. nie mamy możliwości przerwania immunoterapii w przypadku uzyskania konkretnej korzyści u pacjenta, choć jest to odrobinę bezsensowne. Mechanizm działania tego leku jest taki, że z reguły nie musimy go kontynuować, ponieważ po odstawieniu leczenia immunoterapią w ciągu dwóch lat 90 % chorych nadal nie progresuje, jeżeli uzyskało już wcześniej korzyść. W związku z tym, jest to miejsce na nowe terapie. To czego nam bezwzględnie brakuje, do czego mamy jedynie wgląd w ramach dostępu do terapii ratunkowej, to leczenie uzupełniające u chorych na czerniaka o wysokim ryzyku po wycięciu, u powyżej 50 % tego typu chorych czerniak niestety nawraca. Rozwiązanie ma odwrócić sytuację cierpiących, aby nie przechodzili do stadium nieoperacyjnego. Pozytywna opinia AOTMiT odnośnie dostępu do terapii ratunkowej, niestety nie poprawia sytuacji, z powodu dużej ilości biurokracji oraz innego finansowania wchodzącego w ryczałt szpitalnego leczenia. W związku z tym, większość ośrodków nie korzysta z tego dla pacjentów, co niewątpliwie im szkodzi. Takie rozwiązanie minimalizuje liczbę chorych w czwartym stopniu, zmniejszając leczenie.

Ostatnią sprawą, która wymaga uwypuklenia to kwestia organizacyjna w Polsce. Zapewne, poruszy ją jeszcze Pani Doktor Bożena Cybulska-Stopa. Do wszystkich programów lekowych możliwość dostępu ma 21 ośrodków, aczkolwiek ponad 50 posiada suboptymalne leczenie. Nie dość, że nie ma wszystkich terapii jakie powinny być, to jeszcze jest kilka ośrodków (ponad połowa), które nie dysponują tymi wszystkimi terapiami, a jedynie leczeniem ukierunkowanym molekularnie. Nie jest to prawidłowe funkcjonowanie, ponieważ chorzy mają od razu proponowane nieoptymalne leczenie. Oczekujemy razem z nowymi refundacjami, które również nie zwiększą puli wydatków, dlatego że dotyczą tej samej grupy chorych, jak np. leczenie za pomocą encorafenibu i binimetinibu. To nowa kombinacja inhibitora BRAF MEK mniej toksyczna (tak wynika z badań klinicznych, w których uczestniczyliśmy), ale w konsekwencji medianą przeżycia są 3 lata. Takiej mediany dotąd nie uzyskaliśmy u chorych na zaawansowanego czerniaka.

Poruszając kwestie organizacyjne, w tym miejscu kluczowe jest, aby każdy ośrodek miał dostęp do pełnego wachlarza terapeutycznego, czyli miał możliwość leczenia przy pomocy

wszystkich dostępnych leków. W Polsce niestety zdarza się, że pacjent dla którego musi być włączona kolejna sekwencja leczenia jest transportowany do innego ośrodka. Tu liczy się czas.

Dr Bożena Cybulska-Stopa: Jest też druga kwestia – połowa pacjentów ma także dodatnią mutację BRAF i właśnie dla nich mamy różne opcje leczenia. Początkowo, wprowadzam pacjenta do określonego leczenia. W przypadku terapii celowanej czy immunoterapii, mam wybór i wspólnie z pacjentem decyduję od jakiego leczenia zacznę. Na wstępie nie każdy pacjent kwalifikuje się do immunoterapii (terapii targetowej). Wybieram najlepszą opcję dla pacjenta. W sytuacji, kiedy nie mam takiego wyboru daję choremu to, czym dysponuję. Może się zdarzyć, że zadziała to odrobinę na niekorzyść chorego, dlatego w moim odczuciu ośrodek, który prowadzi leczenia czerniaków powinien mieć dostęp do każdej opcji leczenia.

Prof. Piotr Rutkowski: Musimy dodać, że 21 ośrodków posiada dostęp. Przy 1000 chorych jest to naprawdę wystarczające, ponieważ w całej Polsce jest to dobrze rozdystrybuowane. Problemem jest, że mamy nadmiar ośrodków, które nie mają pełnego doświadczenia, tudzież dostępu, a są kontraktowane. Przede wszystkim jest to działanie na szkodę pacjenta oraz marnowanie publicznych pieniędzy.

Dr Bożena Cybulska-Stopa: Należy dodać, że ośrodki mające jedną terapię leczą rocznie od 1 do 2 pacjentów. Przyjrzymy się zatem, jakie lekarze mają tam doświadczenie. Czasem może się zdarzyć, że pacjent będzie musiał dojechać 50 kilometrów do jakiegoś ośrodka, ale to w żadnym razie nie jest dla niego ograniczeniem dostępu, ponieważ ze swojej strony jestem w stanie zaoferować leczenie zgodne ze standardami. Co więcej, jestem w stanie dokładnie opanować jego powikłania, nie wycofam się z leczenia za szybko, z powodu przerażenia powikłaniami pacjenta. Dokładnie na to powinniśmy zwrócić uwagę, bo to ważne w aspekcie całościowej opieki nad chorym.

Postęp w leczeniu czerniaka jest ogromny. Odwołując się do słów Profesora Rutkowskiego, polscy pacjenci są beneficjentami tegoż postępu. Można powiedzieć, że pomiędzy nowymi terapiami są niewielkie niuanse, ale to powoduje, że mogą być stosowane bardzo indywidualnie. Mamy terapie, które są bardziej odpowiednie dla pacjenta kardiologicznego, leczonego na czerniaka oraz takie, które będą stosowne dla pacjenta mającego inne schorzenia. Po co nam są te nowe terapie? Państwo z AOTMiT często podkreślacie, że różnice są niewielkie oraz, że bazujecie na terapii, którą mamy, aczkolwiek to one pozwalają na indywidualizację leczenia.

Prof. Witold Owczarek: Proszę zwrócić uwagę, że jeżeli mówimy ogólnie o nowych terapiach w medycynie, bierzemy pod uwagę czerniaka. W poszczególnych grupach różnice dotyczące efektywności klinicznej, stają się coraz mniejsze, ponieważ postęp w przypadku nowych leków jest dość istotny. Natomiast, jeżeli wprowadzane są nowe terapie, to do tych stosunkowo dobrych terapii dodanie tejże nowej powoduje, że efektywność kliniczna nie jest, aż tak spektakularna. Pacjenci potrzebują nowych terapii, z powodu niuansów w stosowaniu takiego leczenia. Występowanie działań niepożądanych w przypadku samego leku, powoduje również możliwość personalizacji terapii u danego chorego. Problem polega na tym, że dla pacjentów, ale również dla nas powinien być bardzo szeroki dostęp do technologii medycznej, ponieważ mówimy tutaj o tej samej grupie chorych. W kwestii liczby pacjentów koszty nie będą może takie duże. Z kolei możliwość personalizacji w danej grupie leków powoduje, że będziemy mogli leczyć skuteczniej, dłużej i przede wszystkim bardziej efektywnie. Nowe terapie muszą mieć dużą różnicę, jeśli chodzi o efektywność kliniczną względem pozostałych. Wystarczą drobne rzeczy w kwestii działań niepożądanych, bądź wskazań, aby leczyć pacjenta efektywniej. Proszę zwrócić uwagę, że jest to grupa chorych bardzo doświadczonych, których jakość życia związana z terapiami ma też znaczenie, w kontekście skuteczności terapeutycznej. Zatem, jeśli te terapie będą dla pacjentów mniej toksyczne, efektywne, dające możliwość wyboru, to na pewno będzie to korzyść dla naszych chorych.

W jakim kierunku zmierza postęp w poszukiwaniu nowych cząsteczek oraz progres w rozwoju technologii medycznych stosowanych stricte u pacjentów z czerniakiem? Mamy do czynienia

zarówno z ogromnym problemem społecznym, jak i medycznym. Zagrożenie wciąż wzrasta. Zatem dokąd zmierza nauka?

Dr Radosław Sierpiński: Dziękuję za to pytanie, bo ono pozwala mi odpowiedzieć z pozycji resortu, ale również Agencji, którą mam przyjemność kierować. Z punktu widzenia systemowego, ostatnie działania, które zostały podjęte również dzięki MD Andersen, największego ośrodka onkologicznego na świecie, stworzyły pewne ramy legislacyjne właściwie także dla czerniaka, np. ograniczenie możliwości korzystania z solarium przed 18 rokiem życia. Bardzo prosta legislacja. Tak naprawdę impakt społeczny jest gigantyczny, ponieważ działamy na tym najtańszym, profilaktycznym modelu, kiedy zapobiegamy modelowi czerniaka, zmniejszamy liczbę pacjentów, którzy są kandydatami zarówno do tych najnowszych, jak i najdroższych terapii. To jest klucz i z pewnością w tę stronę musimy zmierzać. Ze swojej strony dodam, że przy okazji kolejnych wizyt w MD Anderson rozmawiamy na temat tego, jakie dalsze działania możemy podjąć, jeśli chodzi o implementowanie profilaktyki czerniaka w Polsce. Mamy nadzieję, że nasza oraz prezydenta Andrzeja Dudy, kolejna czerwcową wizyta pozwoli na wypracowanie modelu, który w profilaktyce czerniaka powinien się znaleźć. To jeden z kierunków, jaki po stronie resortu jest podejmowany.

Kolejna sprawa to nowoczesne i innowacyjne terapie (nie dalej jak wczoraj przy okazji debaty pt. wspólnie dla zdrowia pod znakiem innowacji, która odbyła się w Białymstoku), w tym miejscu, kluczowym problemem jest właściwa alokacja tych środków na innowacje. Dokładnie właściwe wyselekcjonowanie grup pacjentów (mówił o tym profesor Owczarek), które odniosą największy skutek z nowej, często bardzo drogiej terapii. Mowa tutaj o sytuacjach, w których te innowacyjne, niejednokrotnie bardzo drogie, biologiczne, celowane czy zaś genomyczne terapie, będą stanowić z punktu widzenia życia pacjenta kilka procent, choć będzie to bardzo dużo z punktu widzenia jednostki. Natomiast, to my musimy spojrzeć na to społecznie, czy skończone środki w służbie zdrowia pozwalają nam na inwestowanie olbrzymich niejednokrotnie pieniędzy z niewielkim zyskiem społecznym dla pacjentów. Oczywiście RDTL, o którym była tu mowa, jest pewną protezą systemową. Uważam, że funkcjonuje niezłe, ponieważ od początku działania RDTL wydano 600 wniosków. To jest spora liczba pacjentów, którzy uzyskali zgodę na te najdroższe terapie. Jak wspominałem, jest to proteza systemu, która powinna skutkować tym, że nowe terapie wprowadzane są systemowo.

Czym obecnie zajmuje się AOTMiT, jeśli chodzi o terapie czerniaka? Na co możemy liczyć w najbliższym czasie?

Aneta Lipińska: W toku naszych prac jest terapia encorafenibu i binimetinibem dla dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym lub przerzutowym czerniakiem skóry z obecnością mutacji BRAF. Mamy również terapię adiuwantową oraz oceniamy skojarzenie trametinibu i dabrafenibem, jak również monoterapię niwolumabem. Te prace są w toku. Lada moment spodziewamy się ich oceny oraz przekazania dokumentów do MZ. To jest stały temat naszych prac, w samym marcu przekazaliśmy cztery opinie RDTL, które były pozytywne właśnie dla terapii adiuwantowej w czerniaku.

Prof. Piotr Rutkowski: To prawda. To terapia, która zmniejsza ryzyko nawrotu choroby o 20 %, a bezwzględny odsetek wyleczeń jest poprawiony o 17 %. Muszę powiedzieć, iż rzadko w medycynie zdarza się tak duży postęp, w tak krótkim czasie. W związku z tym dziękuję, gdyż ta ocena była bardzo istotna.

Była ona istotna dla pacjentów, ponieważ mówimy o nowej kombinacji leków, która ma bardzo dobry profil bezpieczeństwa. Jest wygodną terapią dla chorych, a także poprawia efekty leczenia. Dla pacjentów kluczowa jest dostępność, wiedza, że jeśli jest jakaś terapia, która może być u niego zastosowana, to może być pacjentem leczonym właśnie tą terapią.

Beata Ambroziewicz: Czerniak jest sztandarowym przykładem, który pokazuje, że włączenie i dostępność do wielu różnych leków, w różnych liniach leczenia, realnie poprawia przeżycie pacjentów. W

Polsce nadganiamy wskaźniki w czerniaku, względem Europy Zachodniej, ponieważ od kilku lat mamy osoby, które posiadają dostęp do takiego leczenia. Faktycznie pacjenci mogą wrócić do aktywnego życia, często też pracy zawodowej, pomimo naprawdę ciężkiej choroby, mocno zaawansowanej, która jest chorobą śmiertelną, jeżeli znajduje się w stadium zaawansowanym. Jeszcze nie jesteśmy w stanie przekształcić tej choroby w przewlekłą, ale pacjenci żyją od 2 do 3 lat albo i więcej, a perspektywa pojawienia się kolejnych nowych cząsteczek, to wizja kolejnych lat życia. To na tej zasadzie opiera się cała farmakoterapia nowotworów. Niestety nie udało się wynaleźć jednego leku na raka, który możemy zastosować we wszystkich przypadkach i pozbyć się go, może kiedyś. W tej chwili cała sztuka polega na tym, by pacjent miał sekwencyjnie dostęp do kolejnych linii leczenia, ale również, by dostać skuteczne, spersonalizowane leczenie. To uwypuklamy na wszystkich spotkaniach, bądź debatach, bo nie ma dwóch takich samych pacjentów. Mamy coraz więcej chorób współistniejących. Pacjenci chorują na nowotwory, ponieważ ryzyko zachorowania zwiększa się wraz z wiekiem. Mamy pacjentów po 50, 60 roku życia, którzy mają dzieci, wnuki, są bardzo aktywnymi ludźmi, i widzieliśmy, że nagle odchodzą. Istotne jest to, że toksyczność leczenia się zmniejsza, bo konkretni pacjenci nie odczuwają tak dotkliwie działań niepożądanych.

W jaki sposób lepszy profil bezpieczeństwa nowych terapii, przyczynia się do skuteczniejszego leczenia tych chorób?

Dr Bożena Cybulska-Stopa: Po pierwsze mamy mniejszą liczbę powikłań i nie musimy się z nimi borykać, tudzież stosować różnego rodzaju terapii dodatkowych. Coraz nowsze terapie są łatwiejsze dla pacjenta, jeśli chodzi o przyjmowanie leków. Ich działanie jest coraz bardziej wydłużane, przez co pacjent może przyjmować lek raz dziennie. Wspominaliśmy o ilości pacjentów. Mediana przeżycia wynosi 3 lata oznacza to, że te 3 lata przeżywa połowa chorych. Takich pacjentów mamy w systemie coraz więcej. Powinniśmy pomyśleć o tym, aby odpowiednio kierować tych pacjentów, strumieniami chorych, żeby uniknąć zgubienia tych pacjentów, którzy natychmiast potrzebują naszej pomocy. Kiedyś negocjowałam skierowania do lekarza onkologa, obecnie jestem zwolenniczką takiego działania. Otacza nas tłum chorych, z których muszę wyselekcjonować takich, którzy potrzebują właśnie mojej pomocy. Tworząc taki wąski strumień, pacjent miałby szansę na szybszą konsultację u lekarza onkologa.

Prof. Piotr Rutkowski: Myślę, że to wiąże się z konstrukcją krajowej sieci onkologicznej. Rzeczywiście tam stopień referencyjności powinien być taki, ponieważ leczenie raka mało zaawansowanego, jako bardzo demokratycznej choroby we wszystkich miejscach w Polsce to rola kolegów dermatologów oraz chirurgów-onkologów, gdyż wynika z prostego leczenia. W rzeczywistości dopiero od trzeciego i czwartego stopnia choroby powinni być kierowani do tych wysoko wyspecjalizowanych ośrodków. To jest istotne. Monitorujemy wyniki leczenia w Centrum Onkologii z prof. Cybulską-Stopą. Faktycznie, ulegają one poprawie oraz są takie, jak z badań klinicznych. Od lat współpracujemy z pacjentami, chociażby w Akademii Czerniaka, czy z MZ w kwestii profilaktyki, ponieważ kładziemy ogromny nacisk na działania niepożądane. Obecnie pacjenci mają bardzo dużo materiałów informacyjnych dotyczących tego jak współpracować z lekarzem, bo przy długotrwałym leczeniu kluczowa jest rola obu stron. Pacjent nie może lekceważyć swoich objawów, a jednocześnie musi być w ścisłym kontakcie z nami, czyli doświadczonym zespołem.

Nowe technologie to wyzwanie dla systemu w całej Europie, bo mamy coraz nowocześniejsze terapie, dopasowywane do pacjenta, a zarazem coraz droższe. To w interesie systemu zdrowia leży jak najszybsze refundowanie nowych terapii. Potrafiąc policzyć koszty pośrednie, wiemy, że natychmiastowe rozpoczęcie tych często bardzo drogich terapii, sprawia, że jest to poważna inwestycja.

Minister Radosław Sierpiński: Rzeczywiście. W debacie publicznej często pada takie określenie, że leczenie jest inwestycją długofalową. Odnosząc się do nowych technologii, resort niekoniecznie musi być sceptyczny, musi być za to powściągliwy. W interesie nas wszystkich jest to, by nowe terapie były

oceniane w sposób adekwatny. Ocena AOTMiT oraz mam nadzieję w najbliższych latach również Agencji Badań Medycznych, mającej potencjał badawczy, aby sprawdzić jak dana terapia w sposób obiektywny przyniesie konkretne efekty. Wszystkie te rzeczy, o których powiedzieliśmy mam nadzieję będą wpływać na to, że stworzymy model Value Based Healthcare, o którym wszyscy szeroko dyskutujemy, aby ostatecznie płacić za realny efekt leczniczy. Inwestując gigantyczne pieniądze w najnowsze terapie onkologiczne, bardzo drogie terapie celowane, dotyczące czasem kilkunastu osób w kraju, mam pewność, że przyniosą one bardzo konkretny zysk społeczny. Każda złotówka musi być dwa razy obejrzana byśmy mogli powiedzieć, że faktycznie zainwestowaliśmy sporo pieniędzy, ale mamy za to konkretny zysk społeczny.

W jakich obszarach spodziewałby się Pan Profesor rzeczywistej poprawy, dzięki nowym opcjom terapeutycznym? Jakiej grupie pacjentów jest to szczególnie potrzebne?

Prof. Witold Owczarek: Patrząc na tych pacjentów, to posiadają oni dość skomplikowany profil zdrowotny, ponieważ mają wiele chorób współistniejących. Proszę zwrócić uwagę, że samo zaawansowanie choroby stwarza, również różnego rodzaju problemy, w kontekście leczenia. U tych pacjentów powinny być stosowane preparaty o mniejszej możliwości interakcji między poszczególnymi lekami, ale również dające mniejsze efekty uboczne. To jest ta grupa, która powinna być dedykowana ewentualnie do tych terapii. Terapia wraz ze wzrostem możliwości stosowania leków, powinna obejmować również innych pacjentów oraz zastępować terapie bardziej toksyczne. Mowa o początkach leczenia w konkretnej grupie, która odniesie konkretne korzyści oraz zamianie terapii, na mniejsze, bądź wypieranie ich przez nowe. Stają się one powoli szeroko używane oraz posiadają większe działania niepożądane. Sekwencyjność terapii w zakresie jej wyboru powinna być taka, że kluczem jest wybór nowych terapii o większym profilu bezpieczeństwa i wypieranie tych, które mają większe działania niepożądane oraz większą toksyczność.

Rozumiem, że są to czynniki brane pod uwagę przy dokonywaniu oceny przez AOTMiT?

Aneta Lipińska: Agencja przede wszystkim skupia się na bezpieczeństwie pacjenta oraz skuteczności klinicznej. Mając dane o skuteczności praktycznej, możemy powiedzieć, że to co widzimy w badaniach ma odzwierciedlenie w praktyce, zatem pacjent na pewno korzysta. Nie ma znaczenia czy to czerniak czy inna choroba, bo nasze kryteria dla wszystkich chorób są podobne. Mamy swoje wytyczne i się ich trzymamy. Patrzymy głównie na śmiertelność. Posiadając bezsprzeczne wyniki śmiertelności, nie ma możliwości, aby rekomendacja była negatywna, chyba, że wynikająca z przyczyn finansowych, czyli kiedy warunki te są po prostu nie do przeskokowania. Jednocześnie patrzymy na bezpieczeństwo terapii oraz na jakość życia pacjenta, a także objawy, które mogą być uciążliwe w życiu codziennym. Szukamy takich informacji w danych klinicznych i zwracamy na nie ogromną uwagę.

Spotkaliście się w takim momencie, kiedy dużo się mówi na temat czerniaka, gdyż co roku budujemy wspólnie świadomość tego, że profilaktyka jest tu niezwykle istotna. Jak oceniana jest skuteczność tych działań profilaktycznych?

Beata Ambroziewicz: Oczywiście profilaktyka jest podstawą. Pomimo rozmowy o zaawansowanym nowotworze i opcjach terapeutycznych dla tych pacjentów, ta grupa zawsze będzie, ponieważ zawsze będą pacjenci progresujący, kiedy nie będziemy w stanie wykryć zmiany, która może źle rokować. Natomiast, każdy z nas może zrobić coś dla siebie oraz swoich bliskich, przyjaciół. Mamy bardzo proste zasady profilaktyki, czyli obserwacji swojego ciała, co do pojawiających się czy zmieniających kształt, wygląd, bądź kolor znamion. Każdy z nas może sam to zrobić. Są dostępne świetne materiały opracowane w ramach Akademii Czerniaka. Są również filmiki instruktażowe. Rozpoczynamy tydzień świadomości czerniaka, ale tak naprawdę taki tydzień powinien trwać przez cały rok. Prócz tego mamy proste, nieinwazyjne badanie jakim jest dermatoskopia. Możemy je wykonać u dermatologa, bądź chirurga onkologa, kiedy mamy jakieś wątpliwości. Warto korzystać z wielu akcji jak biała sobota. Należy pamiętać, o ogólnych zasadach profilaktyki, czyli o unikaniu nadmiernej ekspozycji na słońce. Wiele rzeczy możemy zrobić sami i

jednocześnie pomóc innym. Zmniejszając śmiertelność, czerniak nie będzie już takim dużym zagrożeniem.

Lekarze rodzinni mogą tutaj wiele zdziałać. Współpraca między nimi, a lekarzami onkologami jest również niezwykle istotna.

Dr Bożena Cybulska-Stopa: To ważna rzecz. Drugą ważną kwestią są lekarze rodzinni, którzy powinni wiedzieć, gdzie skierować takiego chorego. Każdy lekarz powinien mieć informacje, jak się zachować w przypadku rozpoznania czerniaka czy różnego rodzaju odmiennych nowotworów. Aktualnie nie posiadamy takich informacji. Nie mamy takiej możliwości, by usiąść, kliknąć w komputer i zobaczyć od razu na ekranie, gdzie takiego pacjenta możemy skierować. Pracując w przychodni spotykam pacjentów, którzy gubią się w tym organizacyjnym chaosie, począwszy od lekarza pierwszego kontaktu, po lekarza dermatologa, aż po gastroenterologa. Nie ma pewności, gdzie dokładnie należy skierować takiego chorego. Powinniśmy stworzyć mapy najbliższych ośrodków, gdzie pacjent uzyskałby konkretną terapię, w postaci leczenia systemowego, chirurgicznego, radioterapeutycznego, czy paliatywnego. Tego u nas brakuje. W tym miejscu wyłania się rola MZ, aby tworzyć takie struktury, które pozwolą jednym kliknięciem otworzyć mapkę i pokazać choremu, gdzie należy udać się po pomoc. W tym całym gąszczu internetowych wiadomości, nie jestem w stanie wyszukiwać pacjentowi niezbędnych informacji podczas wizyty.