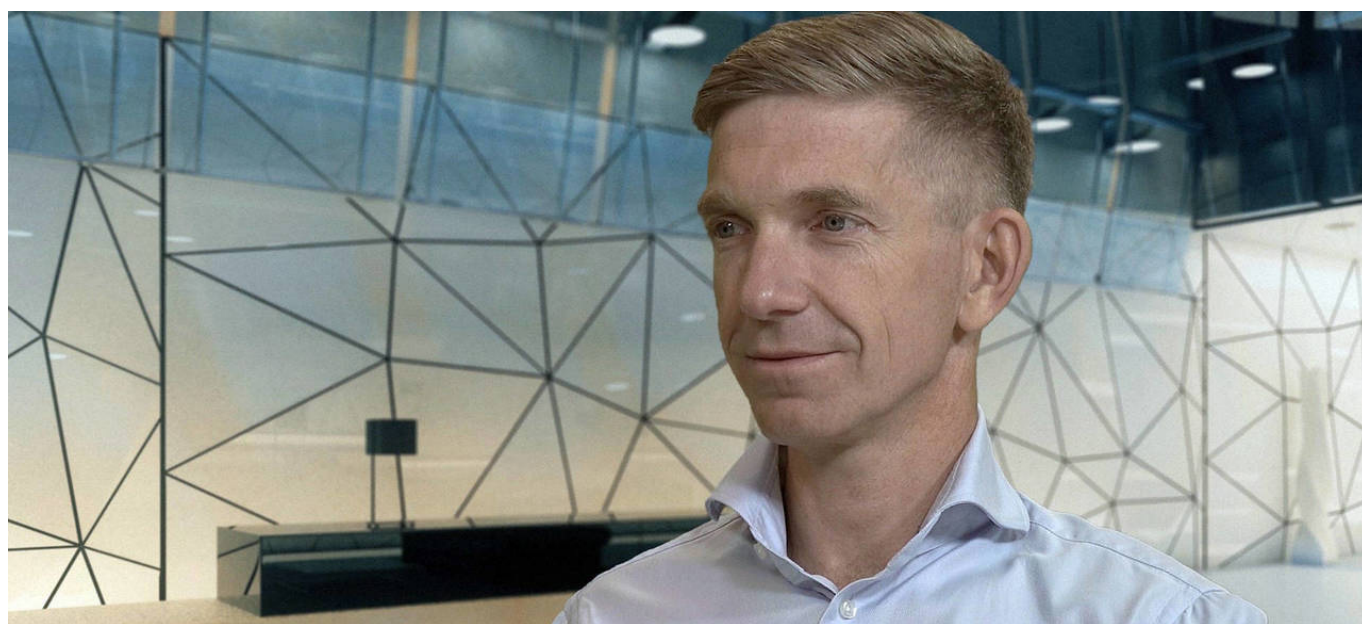




Renata Furman, 2019-09-26 10:15

Dobre wiadomości dla pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca



Fot. MedExpress TV

Już wkrótce będziemy mogli mówić o pierwszym inhibitorze kinazy tyrozynowej stosowanym u pacjentów z mutacją EGFR, który wydłuża czas przeżycia - mówi Jarosław Oleszczuk, prezes AstraZeneca Pharma Poland w rozmowie z red. Renatą Furman.

Renata Furman: Walka z chorobami nowotworowymi jest priorytetem rządów na całym świecie. Podobnie jest w Polsce. W maju tego roku prezydent Andrzej Duda podpisał narodową strategię onkologiczną. I, jak powiedział wtedy minister Szumowski, ten cancer plan to taki hetman, który poprowadzi instytucje, organizacje pacjenckie, lekarzy i pielęgniarki, pracowników urzędów. A czy jest miejsce dla innowacyjnych firm farmaceutycznych w tym „pospolitym ruszeniu”?

Jarosław Oleszczuk: Myślę, że każdy cancer plan jest bardzo kompleksowy i obejmuje zarówno profilaktykę, jak i leczenie, potem rehabilitację pacjentów onkologicznych. Dziś, w prawie trzeciej dekadzie XXI wieku, terapie innowacyjne zrobiły nieprawdopodobny postęp. Widzimy zarówno wydłużanie czasu przeżycia, jak i możliwości nawet całkowitego wyleczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi. Dodatkowym aspektem jest wprowadzanie terapii personalizowanych, które działają u pacjentów z określonym „podpisem genetycznym”. I tu wracamy do faktu, że choroby nowotworowe to bardzo często właśnie choroby genetyczne, choroby DNA powodujące nadmierną replikację komórek nowotworowych. Myślę więc, że jest tu miejsce dla nas. I jest to wyzwanie dla nas jako firm innowacyjnych, żeby

rzeczywiście cały czas myśleć o tych dwóch najważniejszych parametrach, czyli po pierwsze wydłużanie czasu przeżycia, po drugie możliwości wprowadzania terapii, które całkowicie wyleczają nowotwór.

Renata Furman: Wydłużanie czasu przeżycia - do tego wymagana jest długoletnia kontrola choroby. Tutaj dochodzimy do roli medycyny personalizowanej, medycyny szytej na miarę, która to umożliwia, jeżeli mamy do czynienia właśnie z chorobami genetycznymi. Jak to wygląda z punktu widzenia Państwa firmy?

Jarosław Oleszczuk: Rzeczywiście, wydłużanie czasu przeżycia jest związane bezpośrednio z tym, jak długo dana terapia jest u danego pacjenta skuteczna i jak długo jest dobrze tolerowana. Rewolucja terapii personalizowanych polegała na tym, że po pierwsze uderzały w bardzo czuły punkt nowotworu, który był specyficzny dla danego pacjenta i działały przy określonej mutacji genetycznej. Po drugie, ponieważ oddziaływały tylko i wyłącznie w miejscu ataku, czyli na komórkę nowotworową, to były dużo lepiej tolerowane niż tradycyjne leki, które działały bardzo szeroko powodując spustoszenie w organizmie pacjenta. Dzisiaj, rzeczywiście zaczynamy coraz częściej mówić o sytuacjach, kiedy np. w przypadku nowotworu płuca, gdzie już od kilkunastu lat mamy tak naprawdę terapie personalizowane przy zastosowaniu inhibitorów kinazy tyrozynowej u pacjentów z mutacjami EGFR, czy chociażby drugi mechanizm – inhibitory PARP, które akurat u nas w AstraZeneca stanowią ważny element pipeline'u R&D, ale też leków będących już na rynku, i wpłynęły bardzo na to, w jaki sposób mówimy o niektórych nowotworach np. raku jajnika.

Renata Furman: Czy są to leki, które mają uniwersalny mechanizm działania, mogą pomagać dużej grupie i możemy je różnicować mimo, że mówimy o medycynie personalizowanej? Czy mogą mieć szerszy zasięg?

Jarosław Oleszczuk: Są to leki, które działają w określonym mechanizmie. I dlatego, na przykład, inhibitory PARP, które jako pierwsze były zastosowane i badane w raku jajnika, teraz już są również badane w raku płuca, prostaty, trzustki. Wszędzie, gdzie jest mutacja genu BRCA1 lub 2, tam są badane, bo tam jest największa szansa, że inhibitor PARP zadziała. Podobnie z inhibitorami EGFR, gdzie mieliśmy inhibitory pierwszej i drugiej generacji. Teraz mamy trzeciej. Czekamy właśnie kongres ESMO, na którym będziemy ogłaszać wyniki badania inhibitora trzeciej generacji – ozymertynibu – w pierwszej linii leczenia pacjentów z mutacją EGFR z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. I już wiemy, że te wyniki będą dość spektakularne: będziemy mogli mówić o pierwszym inhibitorze kinazy tyrozynowej stosowanym u pacjentów z mutacją EGFR, który wydłuża czas przeżycia.

Renata Furman: Możemy się spodziewać, że w codziennej praktyce klinicznej będzie potrzeba, żeby ten lek stawał się dostępny dla pacjentów. I tu nawiążę do pierwszego pytania, czyli do Narodowej Strategii Onkologicznej. Czy Pana zdaniem będzie ona wspierała dostęp do takich terapii personalizowanych? Jest taka możliwość w założeniach tej strategii?

Jarosław Oleszczuk: Terapia personalizowana, jak wcześniej mówiliśmy, składa się z dwóch kluczowych elementów: diagnostyki genetycznej (molekularnej) i leczenia. I one są nieodłączne, ponieważ lek może być zastosowany tylko i wyłącznie u pacjenta, u którego stwierdzi się dany „podpis genetyczny”. Niestety, w tym momencie przynajmniej, ta diagnostyka kuleje: tylko około połowy pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca wie, jaki ma „podpis genetyczny”, czyli została u nich przeprowadzona diagnostyka molekularna w kierunku mutacji w genie EGFR. A powinni mieć ją wszyscy. Mam nadzieję, że poprzez wdrożenie Narodowej Strategii Onkologicznej i zaadresowanie potrzeb pacjentów i tej luki diagnostycznej, zarówno jeśli chodzi o same biopsje, jak i diagnostykę patomorfologiczną czy molekularną, będziemy w stanie dojść do tych stu procent pacjentów. Bo nie możemy pozwolić na to, że połowa pacjentów, czy nawet jeden pacjent, który ma szansę dostać terapię personalizowaną, nie otrzyma jej tylko dlatego, że nie będzie znał swojego „podpisu genetycznego”, który dziś jest już badaniem porównywalnym niemalże do morfologii krwi.

Renata Furman: Rak płuca w badaniach AstraZeneca wydaje się zajmować szczególne miejsce. Na jednym z ostatnich kongresów dotyczących raka płuca pojawiła się informacja, że firma podpisała partnerstwo z instytucjami medycznymi, towarzystwami naukowymi. Cel stawiają sobie Państwo bardzo ambitny - podwojenie odsetka pięcioletnich przeżyć chorych z rakiem płuca i to już do 2025 roku. Czy badania w kierunku wyleczalności czy przedłużania życia w raku płuca są priorytetem dla firmy?

Jarosław Oleszczuk: Rak płuca rzeczywiście stanowi dla nas ważny obszar. Jest on w tym momencie jednym z największych problemów jeśli chodzi o umieralność pacjentów. I rzeczywiście, AstraZeneca bardzo mocno weszła zarówno w terapie wydłużające czas przeżycia pacjentów z już rozsiałym nowotworem, jak i w terapie, które mają potencjał wyleczenia pacjentów na wcześniejszych etapach choroby. I ta koalicja z wieloma partnerami, nazywamy *Lung Ambition*, czyli „ambicja płucna”, ma trzy zasadnicze elementy: skrinig (upewnienie się, że nowotwór jest wyłapywany i zdiagnozowany wcześniej), po drugie – wdrożenie diagnostyki i nowoczesnych terapii personalizowanych, które znacząco wydłużają czas przeżycia oraz wyleczają pacjentów we wczesnych etapach choroby oraz – po trzecie – poprawa systemu opieki (tak by pacjent był kompleksowo „zaopiekowany” od momentu diagnozy, przez diagnostykę, terapię i rehabilitację). Jestem, jako lekarz, nieprawdopodobnie dumny z tego, że jeden z naszych leków, który już dziś znacząco wydłuża czas przeżycia u pacjentów w stadium III (czyli lokalnie przerzutowym) nieresekcyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca, jest pierwszym lekiem z armamentarium leków immunologicznych, który jest stosowany łącznie z radiochemioterapią. Po raz pierwszy AstraZeneca zastosowała właśnie leczenie immunologiczne połączone z radiochemioterapią, potęgując w ten sposób efekt terapeutyczny. Dzięki temu ten lek ma potencjał kompletnego wyleczenia tych pacjentów.

Renata Furman: Mówi się w środowisku, że badania przesiewowe są logistycznie dosyć skomplikowane. Są drogie a przynoszą relatywnie niewielki zysk w postaci wczesnej diagnozy. Jak Państwo na to spoglądają?

Jarosław Oleszczuk: Myślę, że potrzebne są wszelkie działania prowadzące do tego, by rzeczywiście zastosować profilaktykę pierwotną w raku płuca, czyli wyeliminować czynnik sprawczy – palenie papierosów. Każda strategia onkologiczna powinna go zawierać. Po drugie, oczywiście skrinig. Niestety, każdy skaninng jest dosyć skomplikowany. Obecnie dostępne metody są z XX wieku; są stare i niekoniecznie dokładne, czułe i specyficzne. Wkraczając już mocno w trzecią dekadę XXI wieku, w medycynę personalizowaną, myślę, że coraz częściej będziemy mówić o skriningu właśnie genetycznym, molekularnym, biochemicznym, tak by wykrywać nowotwory dużo wcześniej, ale też by od razu profilować pacjenta pod kątem potencjalnego przyszłego leczenia.

Renata Furman: Czy taką koalicję, jaką Państwo zawiązali gdzie indziej, jest szansa zawiązać w Polsce z odpowiednimi instytucjami, by poprawić dostęp do pogłębionej diagnostyki i leczenia?

Jarosław Oleszczuk: Jesteśmy rzeczywiście liderem jeśli chodzi o dostęp pacjentów do nowoczesnych terapii raka płuca. Jesteśmy też liderem jeżeli chodzi o nasz pipeline R&D. W Polsce mamy prawie tysiąc osób pracujących w globalnym centrum badawczo-rozwojowym, które m.in. rozwija leki na raka płuca, ale również całym portfolio leków w pipeline badawczo-rozwojowym AstraZeneca. Dlatego spełniamy wszystkie warunki potrzebne do tego, by stanowić *spiritus movens* czy też ważny element zarówno Narodowej Strategii Onkologicznej, jak i wszelkich innych koalicji interdyscyplinarnych, których celem jest po pierwsze wyeliminowanie czynników sprawczych, a po drugie wyeliminowanie raka płuca jako przyczyny śmierci.