



Wojciech Laska, 2019-10-08 07:55

Innowacyjne terapie w III i IV stadium niedrobnokomórkowego raka płuca



Dr Adam Płużański o możliwościach terapeutycznych w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca.

Wojciech Laska: W Polsce około 50 procent chorych na raka płuca dostaje diagnozę w późnym stadium choroby - trzecim i czwartym. Jakie są rokowania leczenia w trzecim i czwartym stadium tej choroby?

Adam Płużański: Wyniki leczenia w trzecim i czwartym stadium nie są zachęcające, ale tu się dużo zmienia. Problem jest taki, że większość chorych jest diagnozowana w nieoperacyjnym stadium raka płuca. To są oczywiście dwie różne grupy pacjentów. W trzecim stopniu zaawansowania mamy w tej chwili możliwości tzw. leczenia radykalnego czyli zastosowania chemio-radioterapii. Najlepsze żeby to było jednoczesne zastosowanie obu tych metod. To, niestety, nie jest często możliwe z uwagi na dostępność radioterapii. I właśnie u chorych podawanie chemio-radioterapii, która jest złotą metodą postępowania, u ich części możemy też na podstawie aktualnych wyników badań dodać też do leczenia immunoterapię, która w istotny sposób wpływa na wydłużenie czasu przeżycia całkowitego, przedłużenia czasu przeżycia wolnego od progresji choroby. Oczywiście to dotyczy na dzień dzisiejszy tych pacjentów, którzy mają zastosowane obie metody czyli chemioterapię i radioterapię jednocześnie. Jak to będzie u chorych mających leczenie sekwencyjne czyli najpierw chemioterapię potem radioterapię? Na te wyniki badań czekamy.

WL: Jeżeli chodzi o czwarte stadium raka płuca, intencją w nim leczenia jest wydłużenie życia. Jak wygląda możliwość terapeutyczna w tym obszarze, jakie leki dają największe możliwości?

AP: Od kilku lat mamy olbrzymi postęp jeśli chodzi o możliwość leczenia czwartego stadium

zaawansowania. To głównie dzięki dwóm metodom: dzięki lekom ukierunkowanym molekularnie i immunoterapii. Jeśli chodzi o immunoterapię to rzeczywiście u części pacjentów ta metoda w czwartym stopniu zaawansowania choroby wpływa na znaczące wydłużenie życia. Mamy teraz grupy chorych (20-30 procent), u których utrzymuje się długoletnie przeżycie, już wiele lat od momentu rozpoczęcia leczenia czwartego stadium. Druga grupa pacjentów to chorzy, u których stwierdza się zmiany molekularne, możliwe do leczenia, takie jak mutacja w genie dla receptora naskórkowego czynnika wzrostu, czy rearanżacja struktury genu ALK, czy zaburzenia molekularne w genie ROS1 i kilka innych. W tej chwili mamy zarejestrowanych już kilkanaście w Europie leków, z różnych grup które są skuteczne w odpowiednich zaburzeniach molekularnych. Ich cechą wspólną jest to, że zastosowanie tych leków znacząco wpływa na wydłużenie przeżycia całkowitego. Czy to leków anty EGFR - tu mamy trzy generacje leków. Leków anty-ALK - też trzy generacje. I w tej chwili chorzy, którzy są leczeni molekularnie, oczywiście z odpowiednimi zaburzeniem molekularnym, przeżycia 40-miesięczne czy 50-miesięczne nie są rzadkością.

WL: Wedle doniesień ESMO z 2019 roku i wyników badania FLAURA, ozymertynib wydłuża przeżycie całkowite w grupie chorych na EGFR zależnego raka płuc do niemal 39 miesięcy. To ponda trzy lata. Co te wyniki oznaczają z punktu widzenia pacjentów i jakie to daje możliwości w praktyce terapeutycznej?

AP: W tej grupie chorych z odpowiednim zaburzeniem molekularnym, jak chociażby mutacja w genie dla receptora naskórkowego czynnika wzrostu, mamy trzy generacje leków. Ozymertynib jest lekiem trzeciej generacji, jest to kolejna opcja terapeutyczna, kolejna możliwość leczenia, która w istotny sposób wpływa na przedłużenie przeżycia całkowitego. Pytanie zostaje otwarte: czy zastosować ten lek trzeciej generacji tak jak dotychczas, czyli po progresji choroby na wcześniejszych liniach leczenia? Czy od razu od samego początku, w pierwszej linii leczenia, natomiast mając na uwadze, że wtedy po progresji no już innych leków ukierunkowanych molekularnie nie zastosujemy? Nie mniej czy więcej jest to kolejna bardzo dobra opcja do leczenia chorych z zaburzeniem molekularnym takim jak mutacja w genie dla naskórkowego receptora czynnika wzrostu.