



Wojciech Laska, 2019-11-28 11:24

DRP to ostatnia biała plama w leczeniu raka płuca? Posłuchaj ekspertów

Podczas XIII Konferencji Polskiej Grupy Raka Płuca, o nowej opcji terapeutycznej dla pacjentów z DRP rozmawialiśmy z prof. Dariuszem Kowalskim oraz dr Katarzyną Stencel.

Drobnokomórkowy rak płuca to najgorzej rokujący typ tego nowotworu. W porównaniu z rakiem z niedrobnokomórkowym (NSCLC) charakteryzuje się większą agresywnością, szybkim wzrostem i wcześniejszym dawaniem przerzutów. SCLC stanowi ok. 15 proc. przypadków raka płuca, przy czym w 70 proc. rozpoznanie stawiane jest w stadium zaawansowanym. W Polsce na SCLC zapada ok. 3000 osób rocznie. Po wyczerpaniu klasycznych opcji terapeutycznych (chemioterapia i radioterapia), potrzeby medyczne w tej grupie chorych pozostają dalece niezaspokojone.

dr Katarzyna Stencel: Pacjenci z drobnokomórkowym rakiem płuca to specyficzna grupa chorych. Choroba ta jest zazwyczaj bardzo agresywna i rozpoznawana w bardzo późnym stadium. I tak naprawdę od ponad dwudziestu lat, od kiedy stosujemy skojarzenie pochodnych platyny z etopozydem do tej pory w onkologii w tym temacie nie wydarzyło się nic co by w istotny sposób zmieniło rokowania tych chorych.

Podcast

Dzięki sierpniowej decyzji Komisji Europejskiej, pojawiła się nowa opcja terapeutyczna dla chorych na ten typ raka płuc, w postaci immunoterapii atezolizumabem. Wyniki badania klinicznego III fazy IMpower133, w którym wzięło udział 403 pacjentów, wykazały, że atezolizumab w połączeniu z chemioterapią wydłużał całkowity czas przeżycia chorych (OS) na zaawansowaną postać SCLC skuteczniej niż sama chemioterapia (12,3 vs. 10,3 miesiąca). Bada kombinacja skuteczniej zmniejszała też ryzyko pogorszenia choroby lub śmierci. Średni czas przeżycia wolnego od progresji (PFS) wyniósł 5,2 miesiąca w grupie badawczej i 4,3 miesiąca w grupie kontrolnej.

prof. Dariusz Kowalski: Przez ostatnie czterdzieści lat w leczeniu raka drobnokomórkowego nic się nie zmieniło. Oprócz prób radykalizacji leczenia metodami radioterapii, różnych schematów frakcjonowania, leczenie podstawowego, jakim jest leczenie systemowe, nie zmieniło się. To było połączenie cysplatyny z etopozydem. I wyniki badań IMpower133, które porównało połączenie karboplatyny z etopozydem tzw. złotego standardu wobec leczenia badanego czyli dodatku atezolizumabu, wykazało znamienne statystycznie korzyść w zakresie czasu całkowitego przeżycia i czasu wolnego od progresji na korzyść schematu z udziałem atezolizumabu czyli jednego z leków immunokompetentnych.

Podcast