



Urszula Piasecka, 2021-12-06 10:17

Choroby autoimmunizacyjne – za krótkie leczenie to trauma dla chorych



Thinkstock/GettyImages

Wydłużenie terapii biologicznej pacjentów z łuszczycą i z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit - postulują specjaliści zajmujący się chorobami autoimmunizacyjnymi. - Zbyt szybkie odstawianie leczenia to ogromna trauma dla pacjentów z ciężką łuszczycą - ocenia konsultant krajowa w dziedzinie dermatologii i wenerologii prof. Joanna Narbutt.

Eksperti podkreślają też, że ważne jest ciągłe poszerzanie dostępu do nowych terapii. Im więcej linii leczenia, tym większe szanse na uzyskanie przez chorych przewlekłej remisji.

Trauma dla chorych

Zgodnie z programem lekowym B.47 - „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej” (ICD-10 - L 40.0) - chorzy na łuszczycę mogą być leczeni bezterminowo tylko lekami biologicznymi starszej generacji, z grupy inhibitorów TNF-alfa. Nowsze leki biologiczne, tj. inhibitory interleukiny 17 (IL-17) czy inhibitory interleukiny 23 (IL-23), przeznaczone dla pacjentów z cięższą postacią choroby są stosowane w okresie do 96 tygodni.

- Ciągłe jesteśmy zmuszeni administracyjnie do tego, aby pacjentom odstawiać leczenie w momencie, gdy uzyskują nie tylko czystą skórę, ale również wysoką jakość życia - mogą wrócić do pracy, do swojego życia zawodowego, mogą pełnić swoje funkcje społeczne - mówiła prof. Joanna Narbutt na debacie pt. „Nierówności w dostępie do leczenia chorób autoimmunizacyjnych w reumatologii, dermatologii i

gastroenterologii w Polsce". Osoby te mogą wejść do programu ponownie, gdy dojdzie do zaostrzenia zmian skórnych. Zdaniem specjalistki strach przed odstawieniem leczenia i przed zaostrzeniem choroby stanowi ogromną traumę dla pacjentów.

Nieetyczne różnice

Również osoby z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) czy choroba Leśniowskiego-Crohna, są za krótko leczone biologicznie. Pacjenci z WZJG otrzymują to leczenie wyłącznie przez rok. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego prof. Grażyna Rydzewska podkreśla, że w przypadku niektórych leków do remisji choroby, widocznej w badaniu endoskopowym, dochodzi często dopiero po upływie roku. „Pacjent zaczyna odczuwać ewidentną poprawę kliniczną i endoskopową, a my wtedy musimy mu przerwać leczenie. To jest postępowanie nielogiczne” – mówi specjalistka. Nie ma to również uzasadnienia ekonomicznego, ponieważ wracając do terapii po zaostrzeniu, często trzeba zastosować wyższą dawkę leku.

Obecnie, leczenie biologiczne mogą bezterminowo otrzymywać tylko pacjenci z chorobami reumatycznymi.

- Dla nas klinicystów jest rzeczą niezrozumiałą, że istnieją różne kryteria, jeśli chodzi o leczenie pacjentów z chorobami autoimmunizacyjnymi z zakresu gastroenterologii, dermatologii czy reumatologii, ponieważ bardzo często te choroby współistnieją u jednego pacjenta – podkreśla dr Marcin Stajszczyk, przewodniczący Komisji ds. Programów Lekowych i Polityki Zdrowotnej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

- Każdy kolejny rzut – czy to choroby zapalnej stawów, łuszczycy czy choroby zapalnej jelit – może prowadzić do pojawienia się nieodwracalnych zmian, których nie da się wycofać wprowadzając terapię ponownie – podkreśla specjalista.

Więcej leków - większa szansa na remisję

Kolejnym problemem w terapii chorób autoimmunizacyjnych jest brak dostępu pewnych grup chorych do nowszych leków biologicznych. W leczeniu pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) brakuje m.in. finansowania inhibitorów IL-23, jak guselkumab. - Inhibitory IL-23 pięknie by nam uzupełniły możliwość leczenia postaci obwodowej ŁZS. Im więcej mamy linii leczenia, tym większa możliwość osiągnięcia remisji u większej liczby pacjentów – komentuje prof. Brygida Kwiatkowska konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii.

Z kolei chorzy na wrzodziejące zapalenie jelita grubego czekają na finansowanie terapii ustekinumabem, który jest refundowany pacjentom z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Dla ustekinumabu, powinna być również dostępność w leczeniu WZJG.

Nie musi być drożej

Wprowadzenie bezterminowego leczenia oraz lepszy dostęp do nowych leków wcale nie musi znacznie zwiększyć kosztów dla płatnika. - Przy przewlekłym leczeniu wzrost kosztów leków będzie, ale analizy wskazują, że wcale nie tak duży. Natomiast nie zapominajmy o tym, że pacjent w przewlekłej remisji nie będzie musiał być hospitalizowany, nie będzie musiał być leczony żywieniowo, mieć przetaczanej krwi czy żelaza dożylnego i przede wszystkim nie będzie musiał korzystać ze zwolnień lekarskich – podkreśla prof. Rydzewska.

Ekspert systemu ochrony zdrowia Izabela Obarska z Uczelni Łazarskiego zwraca z kolei uwagę, że dzięki wprowadzeniu leków biopodobnych w samych chorobach autoimmunizacyjnych płatnikowi udało się zaoszczędzić od 2014 r. tylko na trzech lekach ok 700 mln zł. „Dlatego jest przestrzeń, by finansować nowe

leki, ale też poszerzać kryteria kwalifikacji i znieść ograniczenia czasowe, które są nie tylko nieetyczne, ale ze względu na konsekwencje zdrowotne dla chorych, mogą się okazać nieuzasadnione również ze względów finansowych - podsumowuje Obarska.