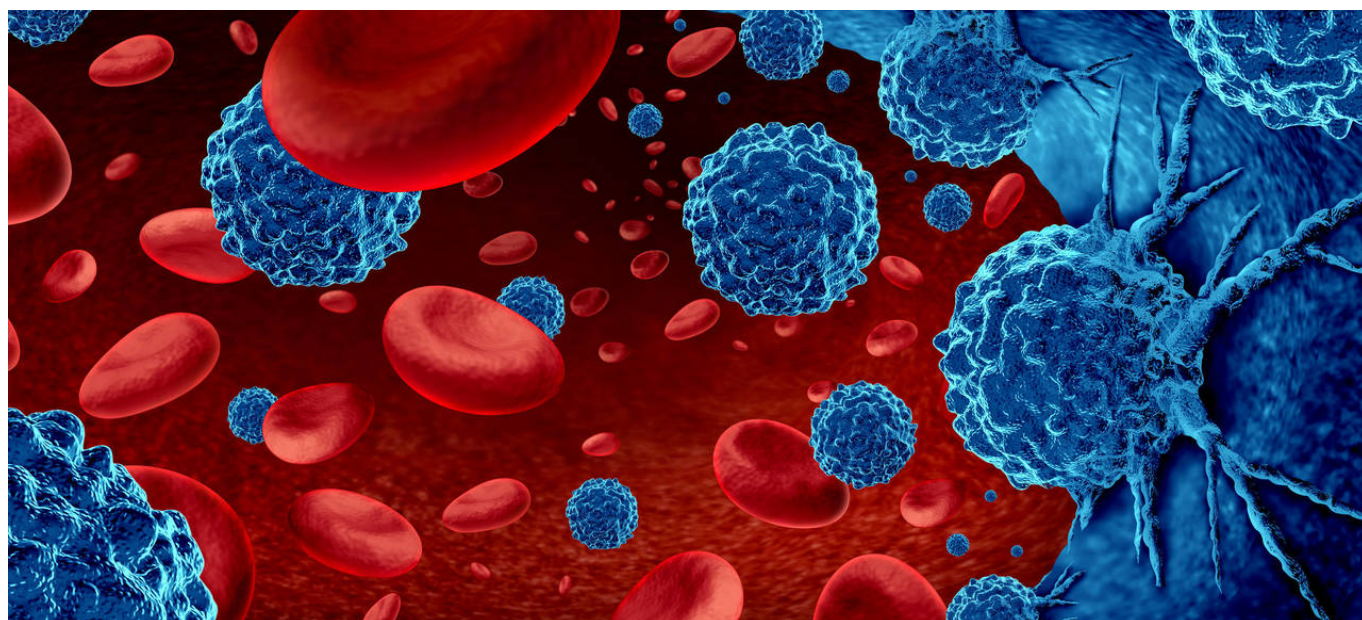




Medexpress, 2022-06-07 13:23

W onkologii i hematoonkologii najskuteczniejsza terapia trzeba stosować jak najwcześniej



Fot. Getty Images/iStockphoto

Zastosowanie najskuteczniejszych terapii w pierwszej linii leczenia daje szansę chorym na nowotwory, w tym układu krwiotwórczego, na dłuższe przeżycie - zgadzają się specjaliści. Mówili o tym podczas debaty Medycznej Racji Stanu pt.: „Bezpieczeństwo Zdrowotne Polski - Nowe Wyzwania dla Idei Solidarności Europy”.

- Zdecydowanie korzystniejsze jest leczenie optymalne od początku. Dane w zasadzie ze wszystkich badań rejestracyjnych w hematoonkologii pokazują, że skutkuje ono przedłużeniem przeżycia - podkreślił prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

W jego opinii decyzje refundacyjne podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w ostatnich miesiącach wzbogaciły możliwość leczenia chorych na szpiczaka plazmocytozy oraz na przewlekłą białaczkę limfocytową w Polsce. - Sytuacja poprawiła się, ale nie znaczy to, że jest optymalna, dlatego że nadal są grupy pacjentów nie w pełni zabezpieczone w pierwszej linii leczenia - powiedział specjalista.

Lepszego dostępu do leczenia pierwszej linii potrzebują pacjenci z nowo rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym, którzy kwalifikują się do autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych. Dodanie przeciwciała monoklonalnego o nazwie daratumumab do schematu – bortezomib, deksametazon i talidomid (schemat VTD) – dwukrotnie zwiększa skuteczność tej terapii. „Mamy dowody jednoznacznie pokazujące, że nowoczesna immunochemioterapia w tej grupie byłaby optymalna. Podkreślę tylko, że jest to grupa, która ma najlepsze rokowanie, także tym bardziej powinniśmy wykorzystać tę siłę pierwszej linii leczenia (...), żeby ci pacjenci żyli dłużej” – powiedział prof. Giannopoulos.

Skuteczność dołączenia daratumumabu do schematu VTD potwierdzono w badaniu CASSIOPEA. Przy medianie czasu obserwacji 44,5 miesiąca, w ramieniu pacjentów, którzy otrzymali schemat z daratumumabem nie została osiągnięta mediana czasu wolnego od progresji lub zgonu. Uzyskano też bardzo dobry wynik dotyczący minimalnej choroby resztkowej (minimal residual disease - MRD). Jest to bardzo ważny wskaźnik predykcyjnym w leczeniu chorób hematologicznych.

- Daratumumab jest dostępny w Polsce, ale pacjenci nie korzystają z niego optymalnie, dlatego że jest dostępny tylko w nawrocie i tylko w najtańszym połączeniu – dodał ekspert. Zaznaczył, że lek ten powinien być refundowany we wszystkich schematach, ponieważ jest we wszystkich schematach bardzo skuteczny.

W leczeniu chorych na nowotwory hematologiczne ważny jest również wybór formuły najwygodniejszej dla pacjenta. - Szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii zwracaliśmy uwagę, że pacjenci nie muszą mieć częstszych wizyt, częstszych hospitalizacji, które jednocześnie łączą się z większym narażeniem na infekcję COVID-19 – tłumaczył prof. Giannopoulos. Dodał, że ci pacjenci powinni otrzymywać leczenie albo w pełni doustne, albo podskórne, niewymagające hospitalizacji.

W przewlekłej białaczce limfocytowej (PBL) osoby z obecnością delecji 17p/mutacji TP53 lub z niezmutowanymi genami IGHV nie mają dostępu do leczenia ibrutinibem w pierwszej linii. A są to pacjenci, którzy mają gorsze prognozy i krótszy czas przeżycia. Leczenie ibrutinibem tych chorych zwiększa prawdopodobieństwo wydłużenia przeżycia wolnego od progresji choroby i przeżycia całkowitego w porównaniu do chemioterapii.

Prof. Tomasz Wróbel, kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu zwrócił z kolei uwagę na konieczność refundacji przeciwciała anty CD30 (brentuksymab vedotin) dla chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek, którzy wcześniej nie byli leczeni. Jest to rzadki i agresywny nowotwór, który powstaje z obwodowych limfocytów T. Szacuje się, że w Polsce cierpi na niego ok. 70 osób.

- Ta wąska grupa pacjentów do tej pory właściwie nie korzystała z żadnych innowacyjnych terapii. Standardem tutaj była klasyczna chemioterapia, w wybranych przypadkach wspomagana autologiczną transplantacją – powiedział prof. Wróbel. W ostatnich latach pojawiły się jednak możliwości zastosowania immunoterapii u pacjentów z chłoniakami wywodzącymi się z limfocytów T.

- Przeciwciała anty-CD30 w skojarzeniu z chemioterapią w istotny sposób poprawia wyniki leczenia – zaznaczył specjalista. Dzięki zastosowaniu tego leku ryzyko zgonu maleje o 46 proc.

Dr hab. Jakub Żołątniak, onkolog kliniczny z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie podkreślił, że również w raku prostaty ważne jest zastosowanie na wcześniejszym etapie najbardziej skutecznego leczenia, tj. nowoczesnej hormonoterapii. - To, na co czekamy i czego potrzebujemy to jest możliwość refundowanego stosowania tych leków jeszcze na wcześniejszym etapie, czyli u pacjentów, u których mamy rozsiew raka gruczołu krokowego jeszcze wrażliwy na kastrację – powiedział specjalista. Dołączenie tych nowoczesnych leków hormonalnych do leków antyandrogennych przynosi jeszcze większe korzyści

kluczowe, podsumował.