



Tomasz Kobosz, 2022-11-24 08:25

Brakuje terapii w raku trzustki



Fot. Getty Images/iStockphoto

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Wojciechem Rogowskim, koordynatorem Oddziału Onkologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Korczaka w Słupsku.

Medexpress: Panie Profesorze na ostatniej liście refundacyjnej pojawiły się nowe terapie w leczeniu nowotworów układu pokarmowego. Jak Pan ocenia skuteczność nowych terapii w tych wskazaniach?

W.R.: Bardzo się cieszymy, bo ostatnia lista refundacyjna przyniosła kilkanaście nowych technologii. Jesteśmy wdzięczni za nie Ministerstwu Zdrowia. I każde z nowych wskazań [refundowanych] jest istotne, bowiem wypełnia istniejące luki. Otrzymaliśmy refundację immunoterapii w 2. linii raka przełyku i terapii celowanej w raku żołądka. Pojawiła się również refundacja terapii celowanej - olaparibu dla chorych z rakiem trzustki, stosowanego jako leczenie podtrzymujące po terapii z użyciem pochodnych platyny. Jednak w przypadku raka trzustki jest to zabezpieczenie potrzeb niewielkiego procenta chorych.

Medexpress: W jakim stopniu te nowo refundowane terapie wpływają na rokowanie?

W.R.: Jeżeli rozmawiamy o nowotworach przewodu pokarmowego, to najbardziej „zaopiekowanym” nowotworem, jeśli chodzi o leczenie, jest rak jelita grubego. Zostało to uporządkowane jakiś czas temu i większości chorym możemy zaoferować 3 a czasami nawet 4 linie leczenia. To jest naprawdę duży postęp. Obecnie troszeczkę zmienia się, dzięki obecnej liście refundowanej, sytuacja chorych na raka przełyku i raka żołądka, bo faktycznie do tej pory w 2. linii nie mogliśmy zaoferować nowoczesnego leczenia. Nie „zaopiekowanym” obszarem pozostaje nadal rak trzustki. Pacjentom, u których jest progresja choroby dziś

nie mamy co zaoferować, mimo, że wiemy, że taka opcja potencjalnie istnieje.

W przypadku raka trzustki problem polega na tym, że refundacja olaparibu obejmie niewielką grupę chorych, ponieważ jest leczeniem dedykowanym dla chorych z germinálną mutacją w genach BRCA. Szacuje się, że do leczenia kwalifikować będzie się mniej niż 50 pacjentów rocznie, ponieważ jest to bardzo rzadka mutacja. Nadal pozostaje podstawowa grupa chorych na raka trzustki, która potrzebuje leczenia w II. linii o udokumentowanej w badaniach skuteczności. W przypadku tej grupy pacjentów w szczególności czekamy na kolejne refundacje.

Medexpress: W ostatnim czasie dużo się mówi o immunoterapii. Czy w każdym typie nowotworu jest tak samo skuteczna? Od czego to zależy?

W.R.: Skuteczność immunoterapii zależy od immunogenności nowotworu, a ona jest bardzo zróżnicowana – największa w rakach nerkowokomórkowych oraz w czerniakach, potem w raku płuca. To istotne, bo to bardzo duża populacja. Zaczęły się też pojawiać zastosowania immunoterapii w nowotworach przewodu pokarmowego.

Medexpress: Czy dziś model leczenia pacjentów na raka trzustki jest porównywalny z tym jak się leczy tych pacjentów w Europie? Czy są różnice w skuteczności terapii?

W.R.: Skuteczność postępowania radykalnego jest taka sama. Mamy równie dobrych chirurgów, a to w ich rękach spoczywa los chorych z rakiem trzustki. Odsetek wyleczalności jest wszędzie tak samo niski. Natomiast lekarze w innych krajach Unii, w tym ościennych, mają o tyle korzystniejszą sytuację, że mogą swoim chorym zaoferować skuteczniejsze leczenie systemowe w stadium czwartym, gdy mamy do czynienia z odległymi przerzutami. Tym leczeniem systemowym jest chemioterapia. U nas dokonał się w tym zakresie niewielki krok do przodu – chorym mającym mutację germinálną BRCA1 BRCA2, którzy osiągnęli przynajmniej stabilizację po chemioterapii, będzie można podać bardzo atrakcyjne, mało toksyczne, doustne leczenie inhibitorem PARP (olaparib). Nie jest to częsta mutacja, więc z tego leczenia skorzysta w Polsce mniej niż 50 osób rocznie.

Dodatkowa trudność wynika z faktu, że inhibitory PARP są skuteczne po terapii związkami platyny. Będziemy mieli w naszej praktyce dylemat, jakie leczenie zastosować w pierwszej linii. Młodym pacjentom, w dobrym stanie ogólnym, z wysokim stopniem sprawności podajemy pochodne platyny. Większości chorych, w średnim i gorszym stanie ogólnym, a takich jest zdecydowana większość, dajemy skojarzenie nab-paklitakselu i gemcytabiny. Natomiast w momencie gdy pojawi się olaparib, to uważam, że będzie należało szukać oznaczać obecność mutacji germinálnej BRCA już na samym początku i rozważyć u pacjentów będących jej nosicielami pochodnymi platyny w pierwszej linii. Tutaj naszym wrogiem będzie czas, bo przy raku trzustki, po rozpoznaniu, nie mamy dużo czasu na dodatkową diagnostykę. I tu „uśmiechamy się” do Pana Ministra, prosimy jako lekarze o refundację drugiej linii leczenia w raku trzustki z zastosowaniem liposomalnego irynotekanu. Bo większość nowotworów przewodu pokarmowego ma dzisiaj przynajmniej dwie linie leczenia. Natomiast chorzy z rakiem trzustki stanowią jedyną populację z nowotworami przewodu pokarmowego, dla której mamy tylko jedną linię leczenia i wiemy, że to leczenie jest mało skuteczne. Odsetek odpowiedzi jest niewielki a czas trwania remisji bądź stabilizacji liczy się w miesiącach bądź tygodniach. U wielu chorych, u których dochodzi do progresji raka trzustki po pierwszej linii leczenia stopień niesprawności wynosi zero, posiadają oni często niewielkie dolegliwości. I my dzisiaj patrzymy w oczy tym chorym, ludziom w bardzo dobrej formie, i mówimy, że nie możemy podać im żadnego leczenia. A często chorzy wiedzą, że w ościennych krajach leczenie jest dostępne. Tym chorym, bez względu na skutek krótszy czy dłuższy, w momencie stwierdzenia niepowodzenia w pierwszej linii, zabieramy nadzieję. A nadzieja jest fundamentalnie pomocna w procesie leczenia chorób nowotworowych.

Medexpress: Rak trzustki to nowotwór, w którym mamy niemalże taką samą ilość zachorowań co zgonów. Dlaczego leczenie raka trzustki jest tak trudne?

W.R.: Wyleczalność w raku trzustki jest na poziomie od 3 do 5 procent, dlatego, że jest to nowotwór praktycznie niepoddający się leczeniu onkologicznemu. Jedynym skutecznym postępowaniem jest zabieg chirurgiczny. Jednak nowotwór ten diagnozujemy bardzo późno - w 80 procentach jest on w momencie diagnozy nieoperacyjny. W połowie przypadków uznanych za operacyjne okazuje się w czasie zabiegu, że guz był jednak nieoperacyjny ze względu na naciekanie na sąsiednie narządy oraz na obecność przerzutów lokoregionalnych czy też już odległych. Odsetek zoperowanych chorych wynosi więc około 15 procent. A biorąc pod uwagę, że część tych chorych również ma potem nawroty, to wyleczalność raka trzustki jest poniżej 5 procent.