

Szczyt Zdrowie 2020 - Onkologia i hematologia w czasach COVID-19

18 czerwca 2020 12:16



Z ośrodków onkologicznych zniknęła nawet połowa pacjentów. Nie zniknęły nowotwory, ale zmieniły się warunki, w jakich pacjenci mogą być leczeni. Teraz przed szpitalami, ale również poradniami onkologicznymi, nie leży wyzwanie – skłonić przestraszonych, podwójnie, nowotworem i możliwością zakażenia, chorych do powrotu.

Onkologia i hematologia to obszary, które – jak mówił prof. Wiesław Jędrzejczak z Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM - w których pacjenci w sposób szczególny czekają na pełny dostęp do możliwości leczenia. Bo o ile żadna choroba nie będzie czekać na zakończenie pandemii, w leczeniu nowotworów czas odgrywa kluczową rolę.

Chroniąc ośrodki onkologiczne (nie w pełni z sukcesem) przed koronawirusem, lekarze musieli ograniczyć dostępność świadczeń – część łóżek służy teraz kwarantannowaniu pacjentów (przed przyjęciem do ośrodka na właściwe leczenie są poddawani testom), personel pracuje tak, by zmniejszyć prawdopodobieństwo przeniesienia wirusa między „zmianami”. Efekt? Jak mówił prof. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii, CSK UCK WUM, w części dużych ośrodków onkologicznych jest od kilku tygodni leczona tylko połowa pacjentów. – To nie jest tak, że chorzy onkologicznie przestali chorować – podkreślał. – Pacjenci boją się zgłaszać lub na podstawie medialnych doniesień oceniają, że nie dostaną się do lekarza. Konieczna jest informacja dla chorych, że szpitale się odmrażają, przyjmują pacjentów w bezpieczny sposób.

Ale kwestie organizacji diagnostyki i leczenia to tylko jeden z problemów, stojących przed onkologią i hematologią. Prof. Wiesław Jędrzejczak mówił o lekach, do których polscy pacjenci nie mają dostępu lub mają dostęp niewystarczający – wśród nich choćby ibrutinib, mający zastosowanie w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej i chłoniaków, karfilzomib u pacjentów ze szpiczakiem plazmocytomu i blinatumomab w ostrej białaczce limfoblastycznej - Najlepiej, żeby to przeciwciała było stosowane w nowotworowej chorobie resztkowej, bo wtedy walczymy już nie tylko o to, by wydłużyć komuś życie, tylko o to, by wyleczyć z białaczki. Takie są cele - podkreślił prof. Jędrzejczak.

Prof. Rafał Stec zwrócił uwagę na problem z dostępnością do terapii pacjentów z nowotworem jelita grubego, którzy nie mogą być leczeni zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Onkologicznego i czas ich przeżycia jest krótszy, niż pozwala na to współczesna medycyna. Zdaniem eksperta nie tylko dostęp do konkretnych terapii, ale również większa swoboda lekarza w zakresie np. wyboru leków stosowanych w pierwszej linii leczenia, mogłaby przynieść korzystne dla pacjentów skutki. W pierwszej linii leczenia raka jelita grubego zaleca się stosowanie panitumumabu w skojarzeniu zarówno z chemioterapią folfox, jak i folfiri, tymczasem dostępna jest tylko jedna opcja. – Pilnie zmian potrzebują również pacjenci z rakiem nerki. Mamy nowe standardy leczenia z udziałem przeciwciał, tzw. inhibitorów punktu kontrolnego, przy zastosowaniu których nawet u kilkunastu procent pacjentów obserwujemy długoletnie remisje. Jest pilna potrzeba zmiany programu lekowego i zapewnienia pacjentom dostępu do tych terapii – podkreślał.

Ekspert zwrócił uwagę, że pewnym pozytywnym efektem pandemii jest liberalizacja restrykcji, jakimi były obwarowane programy lekowe. – Nie musimy przestrzegać wszystkich zapisów programu, zwłaszcza jeśli chodzi o ocenę badań kontrolnych i możemy nadal bezpiecznie leczyć pacjentów, a biurokracja jest mniej!

- Lekarz powinien mieć do dyspozycji możliwie szeroką paletę leków, tak żeby dostosować terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta – komentował prof.

Tadeusz Pieńkowski, kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, zwracając uwagę, że rzadko się zdarza, by chory na nowotwór nie miał innych chorób, co przekłada się na różnego rodzaju ograniczenia, de facto wykluczające go z programu lekowego, a tym samym – z leczenia w ogóle. Prof. Pieńkowski zwracał przy tym uwagę, że udostępnianie leków w programach lekowych ma „długą tradycję”, za którą również kryją się te same ograniczenia – po pierwsze, dotyczące wskazań, po drugie – wymogów formalnych, jakie muszą być spełnione, by pacjent został zakwalifikowany do programu i się w nim utrzymał.

Czy pandemia wymusi zmianę w podejściu organizatora i płatnika do leczenia pacjentów w programach lekowych? Prof. Krzysztof Giannopoulos z Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie nie krył optymizmu, podając jako przykład leczenie szpiczaka plazmocytomu, w którym pojawiły się dwa nowe leki immunomodulujące. – Te doustne leki są w tej chwili bardzo dobrze wykorzystywane. Ośrodki prowadzące programy lekowe mogą wydłużać okres, na jaki pacjent dostaje lek – do trzech, a nawet sześciu miesięcy, starając się zachować zdalne monitorowanie stanu pacjenta – mówił, podkreślając, że powinny się one stać przyczynkiem do odejścia od sztywnych, tabelarycznych programów lekowych. Prof. Giannopoulos zaapelował również o

rozszerzenie programów lekowych i optymalne wykorzystywanie leków - Daratumumab i karfilzomib są refundowane, ale stosowane w dość ograniczonych populacjach pacjentów – powiedział prof. – choć korzyści mogłyby odnieść również inne grupy pacjentów.

Dodał, że przypadku ostrej białaczki limfoblastycznej celem jest wyleczenie pacjenta, dlatego optymalna terapia powinna być podana już w pierwszej linii. - Wiem, że dyskutowana jest opcja wzmocnienia efektu terapeutycznego chemioterapii w pierwszej linii przy użyciu blinatumomabu u pacjentów, u których przetrwała choroba resztkowa. Mamy zdecydowanie dowody naukowe potwierdzające, że to miejsce dla wzmocnienia układu odpornościowego w efekcie przeciwbiałaczkowym jest bardzo ważne. Wszystkie możliwości terapeutyczne powinny być dostępne dla pacjentów już w pierwszej linii leczenia - podkreślił. Co jeszcze ma szansę zmienić pandemia koronawirusa? – W czasie epidemii służba zdrowia staje się rzeczywiście służbą zdrowia. Wydzieloną agendą, która ma do wykonania konkretne zadanie zajęcia się zdrowiem obywateli – podkreślał prof. Wiesław Jędrzejczak, dodając jednocześnie, że kłopoty szpitali z poradeniem sobie w tym szczególnym czasie, nie tylko z samym koronawirusem, ale również z utrzymaniem pacjentów, wynikają w dużym stopniu z faktu, że menadżerowie szpitali w ogromnej większości byli i są zorientowani na cel biznesowy, jakim jest utrzymanie szpitala w dobrej, a przynajmniej neutralnej kondycji finansowej. – Pod tym kątem byli dobierani i w tym kierunku kształceni – mówił.

Z kolei prof. Rafał Stec zwracał uwagę na potrzebę dywersyfikacji strategii odmrażania ochrony zdrowia, z uwzględnieniem regionalnych uwarunkowań. W regionach z wysoką liczbą przypadków i wskaźnikiem R w okolicach 1 powrót do przyjmowania pacjentów w szerszym wymiarze powinien się odbywać w wolniejszym tempie, w sposób bardzo racjonalny. Tam, gdzie liczba zakażeń jest minimalna – a są regiony w kraju, gdzie koronawirusa praktycznie już nie ma – można pacjentów zapraszać w sposób o wiele bardziej dynamiczny. – Szpitale mają mniej pacjentów, bo stanęły również poradnie i cała diagnostyka – przypomniął. Jego zdaniem ciężar „odmrożenia” działalności spoczywa przede wszystkim na szpitalach i poradniach, które mają listy kolejek i powinny bezpośrednio kontaktować się z pacjentami, by ustalić nowe – oby jak najszybsze i bezpieczne – terminy leczenia.

URL artykułu: <https://www.medexpress.pl/wydarzenia-kampanie/szczyt-zdrowie-2020-onkologia-i-hematologia-w-czasach-covid-19-78080/>