

Rak jajnika – potrzebne są centra kompleksowej diagnostyki i leczenia

Marta Koton-Czarnecka



Fot. Termedia

W debacie uczestniczyli:

- prof. dr hab. n. med. **Paweł Blecharz**, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie
- dr hab. n. med. **Adam Maciejczyk**, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych
- dr hab. n. med. **Radosław Mądry**, kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
- **Magdalena Władysiuk**, wiceprezes HTA Consulting

Rokowania w raku jajnika są złe. Tylko ok. 20 proc. chorych udaje się wyleczyć. W pozostałych przypadkach można jednak znacząco przedłużyć czas przeżycia chorych dzięki agresywnemu, dobrze przeprowadzonemu leczeniu operacyjnemu oraz nowoczesnej, indywidualnie dobranej farmakoterapii. Aby to osiągnąć, konieczna jest kompleksowa, szybka diagnostyka, a leczenie powinno być prowadzone przez zespół doświadczonych specjalistów. O tych problemach mówili eksperci podczas dyskusji „Wizja zdrowia w obszarze kobiecych chorób onkologicznych – rak jajnika” 5 października 2020 r.

Rak jajnika jest największym wyzwaniem w obszarze nowotworów ginekologicznych. W Polsce liczba nowych zachorowań utrzymuje się na stałym poziomie i wynosi ok. 3–3,5 tys. rocznie. Choć w porównaniu np. z rakiem piersi nie jest to dużo, to niestety najczęściej rak jajnika rozpoznawany jest w stadium zaawansowanym, gdy szansa na wyleczenie jest niewielka. Przyczyną jest brak swoistych objawów tego nowotworu. Z tego powodu rak jajnika najczęściej jest wykrywany przypadkowo i tak dzieje się wszędzie na świecie. Jedynym, co możemy zrobić, aby zwiększyć odsetek raków jajnika diagnozowanych we wczesnych stadiach zaawansowania, jest uwrażliwienie kobiet na ten problem i na to, czy podobne nowotwory

nie występowały u nich w rodzinie – mówił prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz z Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie.

– Wywiad rodzinny jest ważny, ponieważ część zachorowań na raka jajnika ma związek z występowaniem mutacji w genach BRCA1, BRCA2 lub innych genach homologicznej rekombinacji. Niestety w raku jajnika nie sprawdzają się programy nadzoru skierowane do pacjentek z predyspozycjami genetycznymi, tak jak np. w raku piersi, w którym program regularnych badań za pomocą rezonansu magnetycznego, mammografii i USG u kobiet obciążonych genetycznie przynosi wyraźne korzyści. W tej sytuacji jedyne, co można zaproponować

pacjentkom z rakiem piersi, to zabiegi z zakresu chirurgii redukującej ryzyko. Zabiegi te są w koszyku świadczeń gwarantowanych, jednak jest to procedura niszowa. Niestety często mutacje dziedziczne są linią ojcowską, co oznacza, że predyspozycje genetyczne są niewidoczne przy tworzeniu rodowodów – dodał dr hab. n. med. Radosław Mądry, kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Niezbędna koordynacja działań

Z uwagi na problemy z wczesnym diagnozowaniem raka jajnika szczególnie duże znaczenie ma właściwe, zgodne z zasadami leczenie chorych. Standardem w leczeniu

raka jajnika jest operacja cytoredukcyjna w połączeniu z chemioterapią.

– Ze względu na duże zaangażowanie raka jajnika i rozsianie nowotworu w jamie brzusznej operacje cytoredukcyjne są zazwyczaj rozległe, długotrwałe i kosztochłonne. Jest to procedura dramatycznie w Polsce niedoszacowana. Z drugiej strony jakością wykonania tej operacji przekłada się na rokowanie i jest to jedyny zależny od lekarza czynnik prognostyczny. Niestety z jakością leczenia operacyjnego jest w Polsce różnie. Zabiegi te muszą być wykonywane przez doświadczonych w tym zakresie zespoły. Dlatego powinny powstać specjalne centra kompleksowej diagnostyki i leczenia raka jajnika – Ovarian Cancer Units – na podobieństwo istniejących już Breast Cancer Units. W tego typu ośrodkach wszystko jest ze sobą zgrane: diagnostyka, kwalifikacja do właściwej ścieżki leczenia, a następnie terapia. Za całość odpowiada zespół doświadczonych specjalistów, w skład którego wchodzi między innymi ginekolog, radiolog, onkolog kliniczny, patomorfolog i genetyk – przekonywał prof. Paweł Blecharz.

O potrzebie dobrej organizacji działań mówili także Magdalena Władysiuk, wiceprezes firmy HTA Consulting, oraz dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, który zaprezentował dane zebrane podczas pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej dotyczące leczenia raka jajnika w Polsce. Program ten został wprowadzony w lutym 2019 r. w województwie dolnośląskim i świętokrzyskim, a pod koniec 2019 r. poszerzono go o województwa podlaskie i pomorskie.



Fot. TPAP/Jakub Kamiński

”

dr hab. Adam Maciejczyk: Dzięki monitorowaniu czasu i kompletności przeprowadzanej diagnostyki znacząco wzrósł odsetek pacjentek, u których została ona wykonana – z początkowego poziomu 30 proc. do 90 proc. Po potwierdzeniu diagnozy i zebraniu wyników badań: molekularnych, biochemicznych, obrazowych i histopatologicznych, każda pacjentka ma opracowywany indywidualny, optymalny dla niej plan leczenia

Jednym z nowotworów, którego wyniki leczenia są monitorowane, jest rak jajnika.

– Pilotaż objął 280 pacjentek z podejrzeniem raka jajnika, z których 90 proc. trafiło na tzw. szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia. Pacjentki te zostały skierowane do specjalnych poradni w centrach onkologii, gdzie zlecono wykonanie kompleksowej diagnostyki, także molekularnej, gdyż niezwykle ważne jest, aby jak najszybciej ocenić obecność mutacji. Dzięki monitorowaniu czasu i kompletności przeprowadzanej diagnostyki znacząco wzrósł odsetek pacjentek, u których została ona wykonana – z początkowego poziomu 30 proc. do 90 proc. Po potwierdzeniu diagnozy i zebraniu wyników badań: molekularnych, biochemicznych, obrazowych i histopatologicznych, każda pacjentka ma opracowywany indywidualny, optymalny dla niej plan leczenia. Opracowuje go konsylium złożone ze specjalistów, którzy na bieżąco uzupełniają swoją wiedzę na temat leczenia tego nowotworu. Ich zadaniem jest podjęcie wielu trudnych decyzji, między innymi rozważenie, czy zakwalifikować pacjentkę do pierwotnego zabiegu cytoredukcyjnego czy też rozpocząć leczenie od chemioterapii neoadjuwantowej. Drugie konsylium zbiera się po przeprowadzeniu u pacjentki zabiegu. Taki zorganizowany i dobrze monitorowany proces pozwala na optymalną terapię, a ponadto ułatwia przekonanie decydentów do wprowadzania nowych leków. Dzięki niemu można bowiem monitorować realne efekty ich działania – mówił dr hab. Adam Maciejczyk.

Nowe nadzieje w farmakoterapii

Różne ścieżki leczenia chorych na raka jajnika przedstawił dr hab. Radosław Mądry. – Poprawa wyników leczenia tego nowotworu związana jest z coraz bardziej agresywną chirurgią oraz z coraz nowocześniejszym leczeniem farmakologicznym. Wśród leków stosowanych w raku jajnika są cytostatyki, inhibitory PARP i leki antyangiogenne. Wprowadzenie do terapii każdego nowego leku przekłada się na kilkanaście dodatkowych miesięcy przeżycia. Aktualnie większość chorych żyje co najmniej 50–60 miesięcy po rozpoznaniu, a przy właściwym leczeniu nawet pacjentki z najbardziej zaawansowaną chorobą mogą żyć 65–70 miesięcy. Jest to bardzo istotny skok, jeśli chodzi o wyniki leczenia, w porównaniu ze stanem choćby sprzed dekady. Diagnoza raka jajnika wciąż jednak jest dla pacjentek sytuacją bardzo trudną – mówił ekspert.

Nowe nadzieje wiązane są z lekiem antyangiogennym bewacizumabem oraz z inhibitorami PARP.

– Bewacizumab jest obecnie w Polsce refundowany tylko w pierwszej linii leczenia raka jajnika, ale to prawdopodobnie nie jest optymalne rozwiązanie dla wszystkich chorych. Wydaje się, że część pacjentek odniosłaby większe korzyści z zastosowania tego leku w kolejnych liniach leczenia, czyli w trakcie leczenia wznowy i w fazie platynopornej choroby. Zastosowanie bewacizumabu w pierwszej linii leczenia wiąże się z wydłużeniem czasu przeżycia nieprzekraczają-



Fot. Termedia

”

prof. Paweł Blecharz: Niestety z jakością leczenia operacyjnego jest w Polsce różnie. Zabiegi te muszą być wykonywane przez doświadczonych w tym zakresie zespoły. Dlatego powinny powstać specjalne centra kompleksowej diagnostyki i leczenia raka jajnika – Ovarian Cancer Units – na podobieństwo istniejących już Breast Cancer Units

cym 6 miesięcy, podczas gdy zastosowanie go w fazie platynopornej wydłuża czas przeżycia nawet o 11 miesięcy. Różnica jest więc istotna i ta druga opcja dla wielu chorych byłaby bardziej racjonalna. Dlatego w większości krajów europejskich to lekarz decyduje, na którym etapie terapii użyć bawacizumabu, gdyż wiadomo, że lek ten może być u jednej pacjentki zastosowany tylko raz. W Polsce nie mamy takiej możliwości wyboru, i wydaje się, że pojawi się ona dopiero wtedy, gdy na rynek wejdą leki biopodobne – stwierdził dr hab. Radosław Mądry.

Inhibitory PARP po wznowie i przed wznową

Inhibitory PARP, do których należą olaparib, rukaparib i niraparib, stosowane są jako leczenie podtrzymujące, czyli u pacjentek po przebytej operacji i chemioterapii. W Polsce mamy aktualnie program lekowy, w którym refundowane jest zastosowanie olaparibu w leczeniu nawrotowego platynowrażliwego raka jajnika u chorych z mutacjami w genach BRCA1 i BRCA2, czyli po wznowie.

– Dane z tegorocznego kongresu ASCO wskazują, że takie postępowanie wydłuża czas przeżycia pacjentek o ponad 12 miesięcy, nawet do 16 miesięcy. Podczas kongresu ESMO 2020 zaprezentowano jednak wyniki, które wskazują, że najbardziej efektywne jest zastosowanie inhibitorów PARP jeszcze przed wznową raka jajnika, czyli w pierwszej linii. Były to zaktualizowane dane z badania klinicznego SOLO1, w którym podawano olaparib pacjentkom z mutacjami w genach BRCA1 i BRCA2 i nowo zdiagnozowanym nowotworem jajnika, które przeszły zabieg chirurgiczny i chemioterapię z wykorzystaniem związków platyny. Wykazano, że niemal połowa pacjentek (48,3 proc.) przeżywa

bez progresji 5 lat, czyli aż o 3,5 roku dłużej niż przy braku leczenia podtrzymującego. Tak dużego wydłużenia czasu do progresji jeszcze w tej chorobie nie mieliśmy, dlatego wydaje się, że zastosowanie inhibitorów PARP przed wznową nowotworu daje szansę na trwałą remisję u części chorych. Miejsce inhibitorów PARP w pierwszej linii wskażą też toczące się obecnie randomizowane badania kliniczne PAOLA-1 i PRIMA – relacjonował dr hab. Radosław Mądry.

Co równie ważne, aktualne wyniki badań klinicznych wskazują, że istotne korzyści z leczenia inhibitorami PARP odnoszą nie tylko pacjentki z mutacjami w genach BRCA1 i BRCA2, lecz także chore bez tych mutacji. – Pacjentki, które mogą odnieść korzyści z zastosowania inhibitorów PARP stanowią bardzo heterogenną grupę. Musimy zatem na nowo zastanowić się, jak selekcjonować chore do tej terapii i jak rozszerzać diagnostykę – stwierdził ekspert.

Kluczowa świadomość lekarza

Na zakończenie dyskusji paneliści ponownie podkreślili ogromne znaczenie dobrej organizacji, szybkości i skuteczności działań, które należy podejmować w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia u pacjentki raka jajnika.

– Guzy jajnika są stosunkowo częstym zjawiskiem w praktyce lekarzy ginekologów, a każda pacjentka z podejrzanym guzem powinna być jak najszybciej kierowana do centrów onkologii na dalszą diagnostykę. Ale żeby było to wykonalne, trzeba odpowiednio przygotować te centra: organizacyjnie, kadrowo i finansowo. Obecnie powszechny brak ciągłości diagnostyki i leczenia czy zaniechanie pewnych procedur odbiera chorym szansę na optymalną terapię, np. na zakwalifikowanie do programu lekowego leczenia bewacizumabem. Apelujemy, żeby pacjentki były precyzyjnie „opisywane” przez lekarzy, bo tylko wtedy mogą spełnić warunki programu lekowego, które są bardzo konkretne i mocno wyśrubowane. To wymaga dużej świadomości i wiedzy lekarza na każdym etapie leczenia – mówił prof. Paweł Blecharz.

Ta świadomość nabiera szczególnego znaczenia w dobie pandemii COVID-19. – Za-uważaliśmy, że w związku z pandemią spadła liczba pacjentek zgłaszanych do pilotażu w kwietniu i maju tego roku. Na szczęście już w czerwcu nastąpiło odbicie. Głębsza dziura dotyczy jednak nowych kart DiLO, które są wystawiane głównie przez lekarzy POZ. Obserwujemy, że w tym roku karty te dostaje znacznie mniej pacjentów niż w zeszłym. Polskie Towarzystwo Onkologiczne od maja apeluje, że nie wolno zaniebdywać diagnostyki onkologicznej, i już widzimy, że apele te przynoszą skutek, bo liczba nowo wystawianych kart DiLO znowu zaczęła wzrastać. Przypominamy, że kartę DiLO można wystawić także elektronicznie – zakończył dr hab. Adam Maciejczyk. ■

Na podstawie sesji „Wizja zdrowia w obszarze kobiecych chorób onkologicznych – rak jajnika” podczas kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość.