

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

Jak efektywnie wyeliminować raka wątrobowokomórkowego.

W trakcie panelu „W jaki sposób efektywnie wyeliminować HCV oraz skutecznie leczyć raka wątrobowokomórkowego. Nadzieje i trudności”, będącego częścią konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2022, eksperci dyskutowali o tym, jakie działania należy podjąć, by zrealizować te cele.

Rak wątrobowokomórkowy należy do chorób, które wiążą się ze złymi rokowaniami, a pacjenci z tym nowotworem bardzo często chorują również na wirusowe zapalenie wątroby. Wirusy zapalenia wątroby typu B i typu C należą bowiem do głównych czynników ryzyka rozwoju raka wątrobowokomórkowego (tylko HCV odpowiada za ok. 60 proc. jego przypadków). Problem systemowy wiąże się z tym, że w Polsce według szacunków jest ok. 150 tys. osób zakażonych wirusem HCV, z czego zdecydowana większość, ok. 80 proc., nie jest tego świadoma. Między innymi z tego powodu rak wątrobowokomórkowy jest niestety zwykle diagnozowany w stadium zaawansowanym.

– Chorzy z rakiem wątrobowokomórkowym są najczęściej zaskoczeni diagnozą i bardzo rzadko świadomi swojego zakażenia wirusem – wyjaśniała Barbara Pepke, prezes Fundacji Gwiazda Nadziei. – Często są rozszaleni i pytają, dlaczego żaden lekarz nie zlecił w odpowiednim momencie badań w kierunku HCV. Kolejny problem wynika z pierwszego. Pacjent późno zdiagnozowany ze względu na stan zaawansowania nowotworu często spotyka się z odmową dotyczącą poszczególnych opcji terapeutycznych. Nie może być operowany i szuka terapii, błąkając się pomiędzy ośrodkami. Często stoi przed nim wyzwanie wykonywania badań na własny koszt, a nie są one tanie. Przecież ci pacjenci na to nie zasłużyli, wielu z nich zostało zakażonych HCV bądź HBV w placówkach medycznych. Są ofiarami zaniedbań systemu – braku szerokiej diagnostyki w kierunku zakażenia HCV, o którą my, organizacje pacjenckie, bezskutecznie prosimy od blisko 20 lat – dodała.

– Na horyzoncie pojawiają się nowoczesne terapie w raku wątrobowokomórkowym, ale polscy pacjenci nadal czekają na ich refundację, bo przeciętnego chorego nie stać na opłacenie innowacyjnej terapii z własnej kieszeni. Z zazdrością patrzą na pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi, którzy mają cały



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

dr Janusz Meder:

W Polsce z powodu raka wątroby umiera co roku ok. 2 tys. osób. Prawda jest taka, że ci ludzie wcale nie muszą umierać. Wystarczy, że będziemy prowadzić badania przesiewowe i leczyć wykryte zakażenia HCV

wachlarz dostępnych leków. W raku wątroby pojawiły się wreszcie pierwsze nowoczesne terapie, ale od blisko roku czekamy na decyzję refundacyjną – podkreślała Barbara Pepke. – Problemem dla chorych jest również szufladkowanie i stygmatyzacja. Powszechnie uważa się chorych na raka wątrobowokomórkowego za osoby nadużywające alkoholu. Często sami lekarze w przypadku marskości wątroby czy



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

Barbara Pepke:

Chorzy z rakiem wątrobowokomórkowym są najczęściej zaskoczeni diagnozą i bardzo rzadko świadomi swojego zakażenia HCV

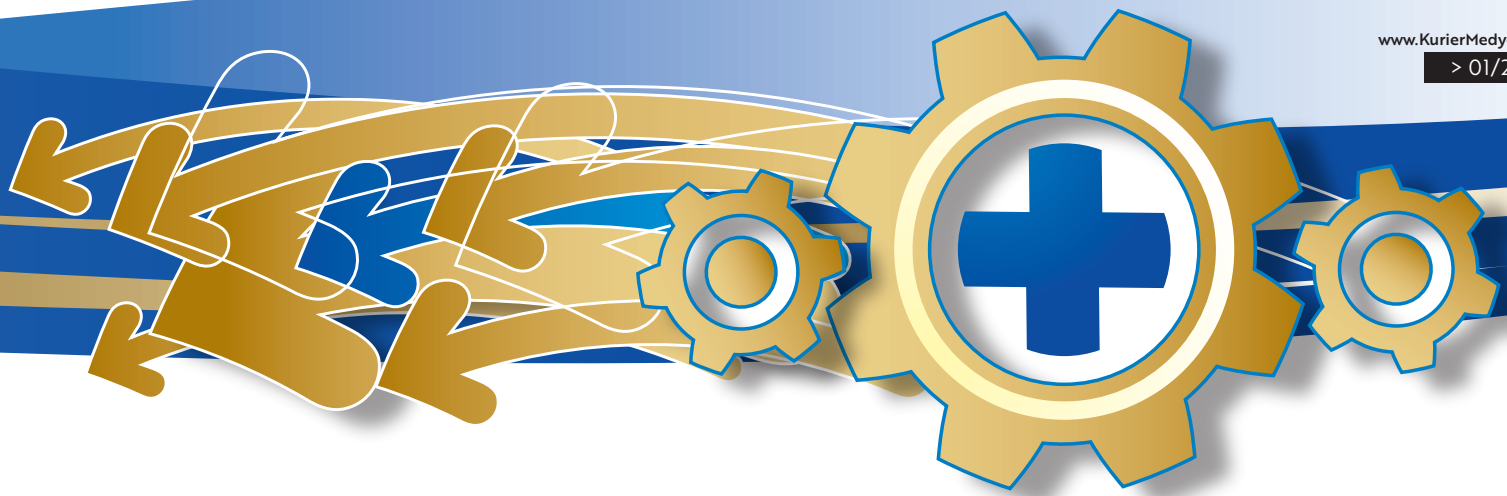
raka wątroby pytają przede wszystkim o ilość wypijanego alkoholu – mówiła.

Profilaktyka raka wątrobowokomórkowego to wczesne wykrycie HCV

– Trudno w jakiegokolwiek chorobie znaleźć prostszą ścieżkę diagnostyczną niż ta, którą mamy w przypadku HCV – przekonywał

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – Do zdiagnozowania HCV potrzebne są dwa testy: test na przeciwciała anti-HCV, który przy zakupach masowych kosztuje kilka złotych, i później w poradni hepatologicznej potwierdzenie czynnego zakażenia HCV, czyli wykrycie kwasu nukleinowego HCV RNA, żeby potwierdzić, że to zakażenie ma charakter czynny. To drugie badanie jest o tyle istotne, że ok. 30–40 proc. pacjentów z anti-HCV to osoby, które same wyeliminowały tego wirusa. Taka szybka, dwuetapowa ścieżka otwiera nam drogę do nowoczesnych terapii stosowanych w leczeniu HCV. Co ważne, dają one 99 proc. szans na wyleczenie pacjenta. Leczenie HCV polega na podawaniu leku przez 2 lub 3 miesiące w warunkach ambulatoryjnych. Jest bezpłatne, prowadzone w ramach programów terapeutycznych i dostępne od ręki – pacjent nie musi czekać – tłumaczył.

– Prostota diagnozy i dostępność leczenia nie oznaczają, że nie mamy problemów – zastrzegł ekspert. – Przede wszystkim ktoś musi wpaść na pomysł, by danego pacjenta przebadać w kierunku HCV. Z moich obserwacji wynika, że często pacjenci latami zgłaszają dolegliwości lub mają podwyższone poziomy aminotransferaz. Tłumaczy się to tym, że „taka ich uroda”, nadużywają alkoholu, zamiast skierować na badanie za 5 zł, by znaleźć anti-HCV. Poza tym wiele osób ma prawidłowe enzymy wątrobowe i nie zgłasza żadnych dolegliwości. U nich choroba rozwija się wyjątkowo podstępnie, doprowadzając do stopnia zaawansowanego włóknienia bez etapów pośrednich. To jest powód, dla którego w Polsce, gdzie mamy stan endemii HCV, jedynym sposobem na wykrycie tych 100–150 tys. osób żyjących z niezdiagnozowanym HCV jest powszechne testowanie. Dlatego Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polska Grupa Ekspertów HCV, której je-



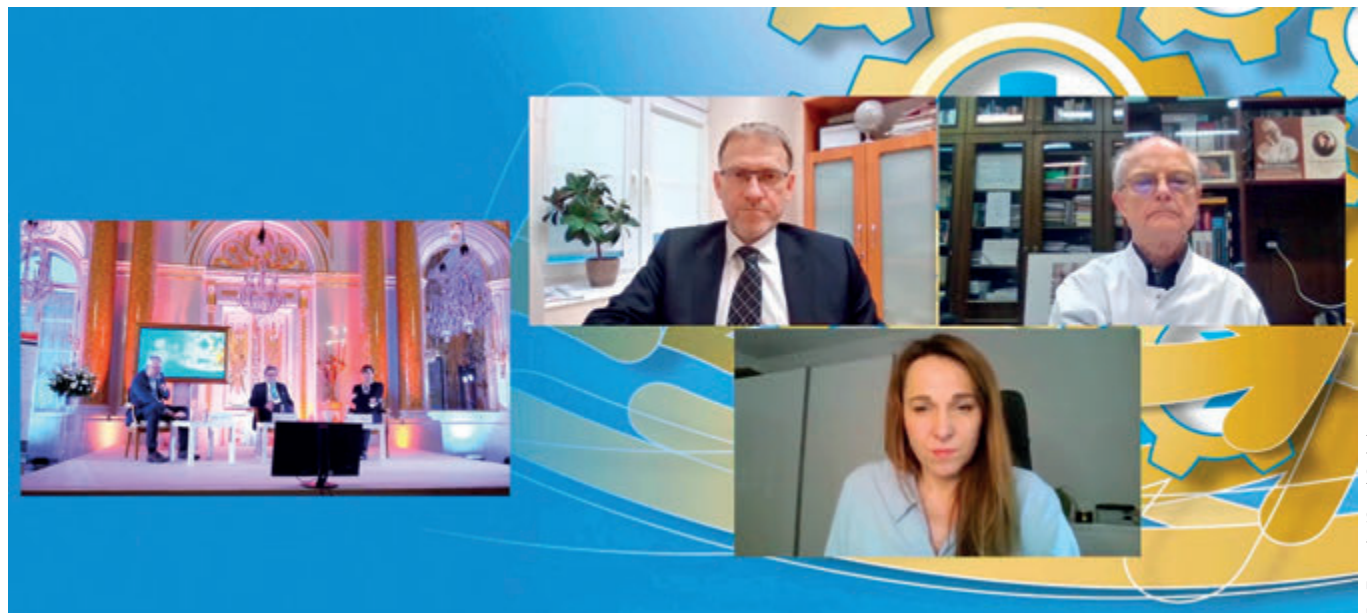
HCV i skutecznie leczyć Nadzieje i trudności

Agnieszka Paculanka

stem przewodniczącym, apelują od wielu lat o to, by takie powszechne testowanie wprowadzić – powiedział.

– Pandemia sprawiła, że w ogóle przestaliśmy testować, a to zaniechanie może nas drogo kosztować. Najbardziej poszkodowani są oczywiście sami pacjenci, u których choroba postępuje, by ostatecznie doprowadzić do nowotworu. Dlatego wprowadzenie powszechnego testowania powinno być dla nas priorytetem. Niestety, nasze dotychczasowe starania w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia kończyły się fiaskiem. Próba wprowadzenia anty-HCV do koszyka świadczeń lekarzy POZ spotkała się z kompletnym niezrozumieniem. Tak naprawdę tylko dzięki różnym firmom farmaceutycznym, które angażują się w proces diagnostyki i badań przesiewowych, mamy w Polsce aż tylu pacjentów przebadanych w kierunku HCV. Programy, które one wspierają, pozwoliły przetestować bez mała 400 tys. osób. Jesteśmy za to wsparcie bardzo wdzięczni, ale rodzi się pytanie, dlaczego państwo nie tworzy programów badań przesiewowych, które są decydujące dla zdrowia i życia Polaków – zauważył prof. Krzysztof Tomasiewicz.

– Potrzebny jest duży, racjonalnie skonstruowany program narodowy, w ramach którego lekarze POZ powinni standardowo zlecać te badania u wszystkich pacjentów szczególnie narażonych na zakażenie wirusem. Mamy co roku ok. 6 mln hospitalizacji, w ich trakcie również takie badania mogłyby być wykonywane. Bardzo dobrym pomysłem byłoby wpisanie obowiązku wykonania badania anty-HCV przy przyjmowaniu pacjenta do szpitala bądź przy wypisie jako warunku rozliczenia hospitalizacji przez NFZ, bo dawałoby to dodatkowo poczucie bezpieczeństwa szpitalowi. Przecież pacjent po otrzymaniu diagnozy zaczyna dociekać, gdzie mógł się zarazić i od kogo żądać zadośćuczynienia. Kolejnym miejscem w systemie, gdzie można by standardowo przeprowadzać takie testy, są szpitalne oddziały ratunkowe. Są też grupy społeczne, które powinny być w całości zbadane pod kątem zakażenia HCV. U osób zdiagnozowanych w trakcie takich badań moglibyśmy od razu wdrażać leczenie, które jest wyjątkowo skuteczne. Mam wrażenie, że nasi decydenci nie zdają sobie sprawy z tego, że można w tak spektakularny sposób za-



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **dr n. med. Janusz Meder** – Polska Unia Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
- **Barbara Pepke** – prezes Fundacji Gwiazda Nadziei
- **prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas** – konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego
- **dr n. med. Joanna Streb** – Szpital Uniwersytecki w Krakowie, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz** – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- moderator: **Krzysztof Jakubiak**

działać na populację. Osoba, która stworzy i doprowadzi do wdrożenia programu badań przesiewowych w kierunku HCV, będzie się zawsze doskonale kojarzyła – jako ta, która rozwiązała nierozwiązywalny do tej pory problem – przekonywał prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.

– Nie zapominajmy też o roli edukacji, która jest kluczowa. Powszechnie korzystamy z usług fryzjerów, kosmetyczek, jest moda na tatuaże, piercing i inne modyfikacje ciała, a niewiele osób wie, że regularnie powinno się badać, bo wszystkie te działania mogą nieść ze sobą ryzyko zakażenia – podkreślił.

Potrzebny nam program narodowy

– Polska przystąpiła do programu europejskiego, którego celem jest wyeliminowanie zakażeń HCV, a co za tym idzie – powstrzymanie rozwoju marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego. W tym programie zakładano, że cel zostanie osiągnięty

do 2030 r. poprzez powszechne testowanie. Obecnie 5–6 krajów Europy Zachodniej jest na dobrej drodze, by ten plan zrealizować, natomiast my możemy być opóźnieni nawet o 20–30 lat. WHO szacuje, że na całym świecie zakażonych HCV jest 70 mln ludzi i co roku zakaża się kolejny milion. Rak wątrobowokomórkowy zajmuje 6. miejsce w hierarchii zachorowań na nowotwory w ogóle. Co roku umiera na niego ok. 850 tys. osób – mówił dr n. med. Janusz Meder z Polskiej Unii Onkologii.

Prognozuje się, że jeśli nie zostaną podjęte energiczne działania w skali świata, to ten nowotwór awansuje na 3. miejsce pod względem śmiertelności wśród wszystkich nowotworów. To chyba najlepiej obrazuje skalę problemu i jednocześnie dowodzi, jak ważne jest wprowadzenie badań przesiewowych, które mogą ograniczyć jego występowanie. Brak działania ze strony decydentów tym bardziej dziwi, że coraz częściej mówimy o jakościowym podejściu do diagnozy

i leczenia, zwracamy baczniejszą uwagę na liczenie kosztów pośrednich. Oczywiście od zakażenia HCV do wystąpienia raka wątrobowokomórkowego mijają wiele lat, ale najwyższa pora zdać sobie sprawę, że kilka złotych zainwestowane dzisiaj w test, a następnie kolejne kwoty wydane na leczenie zakażenia uchronią nas w przyszłości nie tylko przed ponoszeniem kosztów leczenia choroby nowotworowej, lecz także kosztów społecznych wynikających z tego, że pacjent zostanie wyłączony z codziennego życia zawodowego i rodzinnego.

– W trakcie jednego z ostatnich spotkań Medycznej Racji Stanu wymienialiśmy doświadczenia związane z zakażeniami HCV – relacjonował dr Janusz Meder. – Każdy z obecnych na tym spotkaniu ekspertów miał do czynienia z pacjentami, którzy ponieśli fiasko w walce z nowotworem właśnie przez brak odpowiednio wczesnej diagnozy i informacji o skutecznym leczeniu zakażenia HCV. Tracili przez to szansę na uniknięcie choroby.

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

Pod opiekę specjalistów trafiali w stanie tak zaawansowanym, że na większość procedur było już za późno. Takim pacjentom możemy zaproponować jedynie zabiegi paliatywne: ablacje termiczne, krioblacje, chemoembolizacje, które przedłużają życie, ale nie rozwiązują problemu. Zdesperowani, doszliśmy więc do wniosku, że może skutecznym rozwiązaniem byłoby zwrócenie się grupy ekspertów bezpośrednio do prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, by to on wystąpił z inicjatywą narodowego planu badań przesiewowych w kierunku HCV.

– W Polsce rocznie na raka wątroby zapada 3 tys. osób, co najmniej 60–70 proc. tych zachorowań wiąże się z HCV. Umiera z tego powodu co roku ok. 2 tys. chorych. Prawda jest taka, że ci ludzie wcale nie muszą umierać. Wystarczy, że będziemy prowadzić badania przesiewowe i leczyć wykryte zakażenia – podkreślił dr Janusz Meder. – Pewnym pocieszeniem jest to, że na świecie, ale także w Polsce, trwają badania nad szczepionką przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C – dodał.

– To, że statystyki CRN wykazują w ostatnich latach spadek zachorowalności na nowotwory, jest skutkiem opóźnień diagnostycznych spowodowanych pandemią, jednak nie może być ona dla decydentów usprawiedliwieniem bezczynności w kwestii wprowadzenia narodowego programu wykrywania HCV. Im dłużej trwa pandemia, tym większy mamy dług zdrowotny. Nie wiemy, kiedy ona się skończy i czy nie pojawi się kolejna. Państwo musi być na to przygotowane, a jednocześnie nie może zapominać, że istnieją inne choroby i jeśli możemy, to powinniśmy im zapobiegać – mówił dr Janusz Meder.

Sytuacja pacjenta z rakiem wątrobowokomórkowym w Polsce

– Jeśli pacjent trafi do onkologa z pierwotnym rakiem wątrobowokomórkowym, możemy go leczyć jedynie systemowo – tłumaczyła dr n. med. Joanna Streb ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej. – Pacjenci z marskością wątroby na podłożu infekcji HCV czy HBs, jeśli są objęci opieką specjalistyczną, mają szansę, by zmiany nowotworowe zostały wykryte stosunkowo szybko. Należy jednak pamiętać, że wykrycie guzka we wczesnym stadium w marskiej wątrobie rzadko jest możliwe. Tylko u wcześniej zdiagnozowanych pacjentów mamy szansę zastosować leczenie chirurgiczne, które jest podstawą terapii tego nowotworu, tak jak wszystkich guzów litych. Jeżeli natomiast jest to już niemożliwe i nie ma możliwości wykonania przeszczepu wątroby, nie mogą być zastosowane procedury chirurgiczne, takie jak termoablacja czy chemoembolizacja dotętnicza wątroby, to pacjent trafia do onkologa – mówiła.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Jarosław Pinkas:
Osoba, która stworzy i doprowadzi do wdrożenia programu badań przesiewowych w kierunku HCV, będzie się zawsze doskonale kojarzyła – jako ta, która rozwiązała nierozwiązywalny do tej pory problem

– Wbrew temu, co mówią statystyki, my widzimy, że rośnie zachorowalność na ten nowotwór, a co za tym idzie – śmiertelność. Patrząc na dane światowe, można stwierdzić, że będzie rosła – przestrzegła dr Joanna Streb. – Do wysokiej śmiertelności w raku wątrobowokomórkowym przyczynia się to, że oprócz leczenia chirurgicznego do niedawna nie mieliśmy chorym wiele do zaoferowania. Leczenie systemowe nie leżało w obszarze zainteresowań badawczych, jeśli chodzi o nowe terapie. Ostatnio to się zmieniło. Pojawiły się doniesienia na temat połączenia dwóch przeciwciał: atezolizumabu z bewacyzumabem, co dało 10-procentową całkowitą odpowiedź przy zastosowaniu tej terapii. W zeszłym roku pojawiła się możliwość leczenia w drugim rzucie, po sorafenibie, kabozantynibem. U progu stoją terapie anty-PDL1, czyli cała immunoterapia – niwolumab czy pembrolizumab. Poza tym wciąż toczą się nowe badania, co daje nadzieję na kolejne terapie dla naszych pacjentów. W Polsce ich dostępność jest jednak na razie znikoma. W naszym programie lekowym od 2008 r. mamy sorafenib, pojawił się kabozantynib. Nadal czekamy natomiast na atezolizumab



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

dr Joanna Streb:
W naszym programie lekowym od 2008 r. mamy sorafenib, pojawił się kabozantynib. Nadal czekamy na atezolizumab i bewacyzumab

i bewacyzumab. To ważne leki dla naszych pacjentów, bo w ich przypadku wykazano istotną poprawę całkowitego czasu przeżycia (OS) i przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS) w stosunku do sorafenibu po medianie 8,6 miesiąca obserwacji.

– Największym wyzwaniem dla nas onkologów jest włączenie do terapii nowych leków. Z drugim ogromnym wyzwaniem na szczęście już się uporaliśmy – nie musimy weryfikować i potwierdzać raka wątrobowokomórkowego w badaniu histopatologicznym. Było to trudne ze względu na kłopoty pojawiające się przy pobieraniu z marskiej wątroby materiału do oceny. Obecnie do postawienia diagnozy wystarczy rezonans magnetyczny i ocena α -fetoproteiny. Problemem jest natomiast to, że terapie celowane i terapie przeciwciałami monoklonalnymi są prowadzone w ośrodkach referencyjnych, a nie zawsze pacjent jest w stanie się tam dostać. Przekazanie programów lekowych do większej liczby ośrodków poprawiłoby dostępność leczenia. Co prawda uczestnictwo w programie lekowym jest obwarowane wieloma wytycznymi, dotyczącymi między innymi skuteczności leczenia i sprawozdawczości, co może zniechęcać do



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Krzysztof Tomasiewicz:
Często pacjenci latami zgłaszają dolegliwości lub mają podwyższone poziomy aminotransferaz. Tłumaczy się to tym, że „taka ich uroda”, nadużywają alkoholu, zamiast skierować na badanie za 5 zł w kierunku anty-HCV

udziału, ale mimo to powinniśmy dążyć do zwiększenia liczby ośrodków, które w nich uczestniczą – podsumowała dr Joanna Streb.

– Liczba ośrodków uczestniczących w programach lekowych jest faktycznie zbyt mała – potwierdziła Barbara Pepke. – Do tego pacjentom brakuje konkretnej, jasnej informacji, które z ośrodków onkologicznych już biorą udział w programach lekowych. Brakuje też współpracy między specjalistami: onkologiem, radiologiem, chirurgiem. Pacjenci z rakiem wątrobowokomórkowym błądkają się między placówkami w poszukiwaniu pomocy, czują się zostawieni sami sobie. Często są to pacjenci w tak późnym stadium choroby, że większość lekarzy, do których trafiają, rozkłada ręce. Najczęściej rozsianie nowotworu nie pozwala na podanie im refundowanego sorafenibu. Dlatego tak duże nadzieje chorzy pokładają w nowych terapiach, które czekają na refundację.

– Chciałbym dożyć momentu, kiedy nie spotkam pacjenta, u którego wykrywa się zaawansowany nowotwór, gdy trafi do lekarza z krwotokiem z żyłaków przełyku, bo nikt wcześniej nie zdiagnozował, że jest nosicielem HCV – podsumował dyskusję dr Janusz Meder. ■