

ONKOLOGIA

Jak poprawić skuteczność leczenia chorych na raka jajnika?

Agnieszka Pacuła

W Polsce w przypadku raka jajnika brakuje koordynacji zarówno działań profilaktycznych, jak i pomiędzy różnymi poziomami opieki onkologicznej. Czy istnieje jakieś rozwiązanie? Na to pytanie starał się odpowiedzieć w czasie Letniej Akademii Onkologicznej prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Doktor hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM, lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dzievcząt Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, podkreślała natomiast w rozmowie z red. Katarzyną Pinkosz znaczenie leczenia podtrzymującego w terapii tego nowotworu. O swojej chorobie opowiedziała też pacjentka – Edyta Kruk, jedna z bohaterek książki „Jak motyl. Odczarować mity”.

Statystyki dotyczące raka jajnika nie pozostawiają złudzeń. Liczba zachorowań na całym świecie, również w Polsce, z roku na rok rośnie. W 1990 r. w naszym kraju diagnozę „rak jajnika” usłyszały 2404 kobiety, 10 lat później – 3157, a w 2010 r. już 3587. Co szczególnie przygnębiające, rak jajnika w 75 proc. przypadków jest diagnozowany w wysokim stadium zaawansowania, a to niestety przekłada się na dużą śmiertelność. Wśród nowotworów ginekologicznych rak jajnika jest najczęstszą przyczyną zgonów. Dzięki nowoczesnemu leczeniu jest szansa, że stanie się chorobą nie śmiertelną, ale przewlekłą, jednak by w pełni tę szansę wykorzystać, konieczne jest wprowadzenie ogólnokrajowego kompleksowego systemu opieki w zakresie ginekologii onkologicznej.

– W Polsce opieka skoordynowana nie działa tak jak w innych krajach, gdzie wskaźniki przeżycia są wyraźnie wyższe – powiedział prof. Mariusz Bidziński. – Mamy do czynienia z dużym rozproszaniem leczenia. Dane wskazują, że w niektórych szpitalach w ciągu roku operowane są na przykład tylko 2 pacjentki. Jest to niezgodne z założeniami Europejskiego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej, które postuluje, by w placówkach zajmujących się leczeniem chirurgicznym chorych na raka jajnika odbywało się minimum 30 operacji rocznie – dodał.

Podobną opinię wyraziła prof. Anita Chudecka-Głaz: – Musimy prawidłowo wykonać zabieg, bo to tak naprawdę determinuje przeżycie pacjentki. Musimy dobrze zaplanować i dobrze przeprowadzić leczenie po operacji. Jest wiele elementów w procesie leczenia, które trzeba precyzyjnie zaplanować i zrealizować punkt po punkcie, żeby chora odniosła jak największe korzyści.

Ovarian Cancer Units – w onkologii obowiązuje praca zespołowa

Brak skoordynowanej opieki nad pacjentką z rakiem jajnika zmniejsza szanse na leczenie zakończone sukcesem. Jeśli chcemy, by kobiety z rakiem jajnika były leczone w sposób optymalny, muszą one trafić do ośrodków, które będą mogły im zapewnić nie tylko leczenie w odpowiednich sekwencjach, ale też właściwe rozpoznanie, badania



genetyczne i rehabilitację umożliwiającą jak najszybszy powrót do zdrowia i normalnego życia.

– Obecnie często jest tak, że pacjentka trafia najpierw do ośrodka, w którym wykonywana jest tylko operacja chirurgiczna, a dalsze leczenie, w tym szczególnie diagnostyka, ma się odbywać w innej placówce, przy czym często chora musi sama jej szukać, co znacznie wydłuża proces leczenia i wpływa na jego skuteczność – mówił prof. Mariusz Bidziński. – Dlatego tak ważne jest zbudowanie systemu ośrodków referencyjnych, tzw. unitów. W idei Ovarian Cancer Units chodzi o to, by stworzyć jasną strukturę kompetencji na każdym poziomie opieki medycznej. Jeśli mamy zapewnić pacjentkom jak najlepsze leczenie, musimy podzielić się obowiązkami – przekonywał. Podstawą skutecznej walki z nowotworami jajnika jest przede wszystkim profilaktyka i wczesna diagnoza. Tu swoją rolę do odegrania mają przede wszystkim lekarze POZ, pielęgniarki i położne.

– Dobrze przeprowadzony wywiad może ułatwić wychwycenie kobiet należących do grup ryzyka lub

mających wczesne niepokojące objawy i przekazanie ich do dalszej diagnostyki. Szpitale powiatowe po przyjęciu takiej pacjentki, a przed rozpoczęciem leczenia powinny skonsultować się z ośrodkiem referencyjnym – podkreślił prof. Mariusz Bidziński. Decyzję o tym, czy proces terapeutyczny może być kontynuowany w szpitalu powiatowym, czy też należy go przenieść do placówki o wyższych kompetencjach, powinien podejmować właśnie ośrodek referencyjny.

– W systemie ośrodków referencyjnych nie chodzi o wykluczenie mniejszych jednostek, ale o jasne określenie ich roli – zaznaczył prof. Mariusz Bidziński. – Ośrodki powiatowe powinny się zajmować wstępną diagnostyką, a następnie kontaktować się z ośrodkami o wyższej referencyjności, konsultując poszczególne przypadki. Chorzy z wysokim podejrzeniem onkologicznym trafiałoby natychmiast do wyspecjalizowanej placówki, która zapewnia kompleksową opiekę – od właściwej diagnostyki genetycznej i molekularnej po opiekę dietetyczną i rehabilitację – wyjaśnił.



Fot. Termedia



prof. Anita Chudecka-Głaz: Absolutnym przetomem dla pacjentek i lekarzy – i nie ma żadnej przesady w tym sformułowaniu – jest włączenie do leczenia podtrzymującego raka jajnika inhibitorów PARP

Fot. istockphoto

System ośrodków referencyjnych może poprawić również diagnostykę raka jajnika – zarówno przedoperacyjną, jak i śródoperacyjną. Obecnie, mimo że badania histopatologiczne z oznaczeniem mutacji w zakresie genów *BRCA1/BRCA2* są refundowane, jedynie 30–40 proc. pacjentek z rakiem jajnika ma wykonywane badania molekularne. Liczba badań w kierunku mutacji *BRCA1/BRCA2* jest zdecydowanie niewystarczająca. W małych ośrodkach lekarze często nie mają świadomości, że takie badanie determinuje dalsze losy pacjentki. Jego brak opóźnia lub wręcz uniemożliwia wdrożenie nowoczesnego leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP.

– *Mówiąc o kompleksowej opiece nad chorymi z rakiem jajnika, nie można zapominać o zbieraniu danych. To podstawa oceny działania całego systemu. Dzięki temu będziemy wiedzieli, gdzie jesteśmy, czy nasze działania są właściwe i co jeszcze należy zmienić* – podkreślił prof. Mariusz Bidziński. – *Mamy dużo do zrobienia, ale we wszystkich krajach, gdzie takie ośrodki funkcjonują, odsetki przeżyć są znacząco wyższe. Dotyczy to nie tylko raka jajnika, lecz także innych nowotworów* – podsumował.

Leczenie podtrzymujące wciąż nie dla wszystkich

Do niedawna w leczeniu zaawansowanego raka jajnika oprócz operacji chirurgicznej do dyspozycji lekarza była tylko chemioterapia. Od pewnego czasu są jednak nowe leki – inhibitory PARP, które stały się przełomem dla wielu pacjentek.

– *Koncepcja leczenia podtrzymującego w raku jajnika jest stosunkowo nowa. Pierwszym lekiem, który stosowaliśmy w leczeniu podtrzymującym, był bewacyzumab, natomiast absolutnym przełomem dla pacjentek i lekarzy – i nie ma żadnej przesady w tym sformułowaniu – jest włączenie do leczenia podtrzymującego raka jajnika inhibitorów PARP* – stwierdziła prof. Anita Chudecka-Głaz.

Działanie inhibitorów PARP polega na blokowaniu mechanizmów reperacyjnych (enzymu PARP – polimerazy poli-ADP-rybozy) komórki nowotworowej uszkodzonej w wyniku chemioterapii. Dzięki temu nie jest ona w stanie się zregenerować.

– *Inhibitory PARP są wykorzystywane zarówno w leczeniu podtrzymującym po pierwszej linii terapii, czyli w nowo rozpoznanym raku jajnika, jak i po chemioterapii zastosowanej w nawrocie choroby. Jest to leczenie dla pacjentek z nowotworem wysoce zaawansowanym (w III lub IV stopniu) i jednocześnie platynowrażliwym, to znaczy takim, w którym uzyskuje się odpowiedź na chemioterapię analogami platyny na poziomie całkowitej lub częściowej remisji. To są dwa podstawowe warunki kwalifikacji do leczenia inhibitorami PARP* – tłumaczyła prof. Anita Chudecka-Głaz.

W wyniku tego leczenia uzyskuje się wielomiesięczne okresy zupełnie wolne od objawów choroby. W tym czasie pacjentki prowadzą normalne życie, funkcjonują w rodzinie, często są aktywne zawodowo.

– *Za pomocą inhibitorów PARP leczymy nasze pacjentki wiele miesięcy, a często wiele lat. Normalnie otrzymywałyby one kolejne kursy chemioterapii, które na pewno istotnie pogorszyłyby jakość ich życia. Te leki wpływają na wydłużenie czasu całkowitego przeżycia, ale również poprawiają znacząco komfort życia pacjentek, bo są pozbawione ciężkich działań niepożądanych* – powiedziała prof. Anita Chudecka-Głaz.

Obecnie w Europie są zarejestrowane trzy inhibitory PARP: olaparib, rukaparib (stosowany przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, w Europie rzadko) i niraparib. Częstotki te niewiele się między sobą różnią, jeśli chodzi o budowę czy działanie. Wszystkie przyjmowane są doustnie, w domu, więc nie ma potrzeby hospitalizacji.

– *W Polsce jest refundowany olaparib w nowo rozpoznanym i nawrotowym raku jajnika, ale tylko dla pacjentek z mutacją w genie *BRCA1/BRCA2*. Niestety ciągle mamy lukę polegającą na braku refundacji niraparibu, którego skuteczność została wykazana w dużych, wieloośrodkowych badaniach z randomizacją* – mówiła prof. Anita Chudecka-Głaz.

Jeszcze do niedawna faktycznie wydawało się, że korzyść z leczenia inhibitorami PARP odniosą tylko pacjentki z mutacjami *BRCA1/BRCA2*. Nowe badania pokazują jednak, że korzyści z tej terapii może odnieść znacznie większa grupa chorych.

Na kongresie ESMO 2020 przedstawiono uzupełnione wyniki badania SOLO 1, które pokazują, że olaparib wydłużył medianę czasu przeżycia bez progresji choroby do ponad 4,5 roku u pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika z mutacją w genach *BRCA1/BRCA2* w porównaniu z ponad jednym rokiem w przypadku stosowania placebo.

– *Różnica wynosi 42 miesiące, jest więc ogromna* – podkreśliła prof. Anita Chudecka-Głaz.

Całkowicie poza refundacją jest natomiast niraparib, mimo że jego stosowanie przynosi korzyści również u pacjentek bez mutacji *BRCA*.

– *Z badania klinicznego III fazy NOVA opublikowanego w „New England Journal of Medicine” w 2016 r. wynika, że stosowanie niraparibu przynosi korzyści każdej chorej z nawrotowym, platynowrażliwym rakiem jajnika, niezależnie od statusu mutacji *BRCA** – zaznaczyła prof. Anita Chudecka-Głaz. – *Skuteczność tego leku jest największa w grupie pacjentek z germinalną mutacją *BRCA*, ale w podgrupach z innymi zaburzeniami genetycznymi, zwanymi zaburzeniami homologicznej rekombinacji (*HRD*), oraz bez tych zaburzeń i bez mutacji *BRCA* skuteczność też jest duża* – dodała.

– *Niestety, nasze pacjentki wciąż muszą czekać na refundację leczenia, które jest dostępne w krajach ościennych* – podsumowała prof. Anita Chudecka-Głaz.

Rak jajnika z perspektywy pacjentki

„Jak motyl. Odczarować mity” to tytuł książki, która jest kompendium wiedzy o raku jajnika. Przedstawia historie siedmiu pacjentek zmagających się z rakiem jajnika od lat, ale też wypowiedzi lekarzy, którzy im pomagają – prof. Anity Chudeckiej-Głaz, prof. Pawła Blecharza oraz prof. Radosława Mądrego.

Współautorka książki redaktor Katarzyna Pinkosz zapytała jedną z bohaterek – Edytę Kruk, czym był dla niej udział w tym przedsięwzięciu.

– *Świadomość tego, że nie jesteśmy same ze swoją chorobą, poznanie historii innych kobiet, uzmysłowienie sobie, że mimo takiej diagnozy po kilku latach nadal żyję, że może być lepiej, daje ogromną nadzieję. Gdybym na początku choroby mogła taką książkę przeczytać, na pewno byłoby mi łatwiej. Miałabym wiedzę, że w Polsce są ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu raka jajnika. Być może moja ścieżka leczenia byłaby łatwiejsza. Dlatego pierwszą partię książek, które otrzymałam, przekazałam mojemu oddziałowi onkologii w świdnickim szpitalu, a kolejną Dolnośląskiej Fundacji Onkologicznej* – stwierdziła Edyta Kruk.

– *Z wielką ciekawością przeczytałam zarówno wypowiedzi pacjentek, jak i kolegów onkologów* – powiedziała prof. Anita Chudecka-Głaz. – *Uważam, że to bardzo dobra i potrzebna inicjatywa. Przede wszystkim rozprawia się z chyba największym mitem związanym z rakiem jajnika, czyli opinią, że jest to choroba śmiertelna, która szybko zabija. Słyszac diagnozę, pacjentki często zaczynają zegnąć się z rodziną i znajomymi, tracąc nadzieję. Ta książka udowadnia, że rak jajnika stał się chorobą przewlekłą, a nowoczesne leczenie umożliwia dobrą jakość życia. To jest informacja, którą każda pacjentka powinna otrzymać na samym początku swej drogi leczenia.*



Fot. Termedia

”
prof. Mariusz Bidziński: Często pacjentka trafia najpierw do ośrodka, w którym wykonywana jest tylko operacja, a dalsze leczenie, w tym szczegółowa diagnostyka, ma się odbywać w innej placówce, przy czym chora musi sama jej szukać, co znacznie wydłuża proces leczenia i wpływa na jego skuteczność



Fot. istockphoto