



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Onkologia – potrzeby, oczekiwania i możliwości

Pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do nowoczesnych terapii, ale konieczne są też głębokie zmiany systemowe, by w pełni mogli wykorzystać szansę, którą one dają – co do tego byli zgodni wszyscy eksperci biorący udział w panelu „Onkologia – potrzeby, oczekiwania i możliwości: rak płuca, nerki, głowy i szyi”.

– Możemy mieć dostęp do najnowocześniejszych terapii, ale jeśli pacjent nie zostanie właściwie zdiagnozowany, to nie będziemy mogli mu pomóc. Dlatego dla nas wszystkich najważniejsze jest wprowadzenie głębokich zmian systemowych, począwszy od edukacji społeczeństwa już na poziomie szkolnym, poprzez czujność onkologiczną na poziomie lekarzy POZ, prawidłową diagnostykę, po dostęp do nowoczesnych terapii – powiedziała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko.

Nowotwory głowy i szyi – jeden lek to za mało

Nowotwory głowy i szyi cechują się często złym rokowaniem, ponieważ są zbyt późno rozpoznawane.

– Część pacjentów z nowotworami głowy i szyi ma w Polsce dostęp do immunoterapii niwolumabem w drugiej linii leczenia. Do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci z płaskonabłonkowym nowotworem jamy ustnej, gardła lub krtani w przypadku choroby nawrotowej lub przerzutowej po progresji podczas lub do 6 miesięcy po zakończeniu terapii cisplatyną. Dzięki zastosowaniu niwolumabu uzyskano wyraźne wydłużenie mediany przeżycia całkowitego (OS) – powiedziała dr Izabela Łasińska. Dodała, że choć eksperci polscy, europejscy i amerykańscy w wytycznych dotyczących leczenia nowotworów głowy i szyi ujęli również pembrolizumab w pierwszej linii, to niestety w Polsce nie jest on refundowany. Tymczasem dzięki zastosowaniu tego leku w monoterapii lub skojarzeniu z chemioterapią można 3–4-krotnie poprawić odsetki przeżyć 3-letnich u pacjentów. To ważne także dlatego, że do leczenia w drugiej linii dożywa mniej więcej 20 proc. pacjentów. Wprowadzenie immunoterapii do leczenia nowotworów głowy i szyi nie tylko wydłużyło medianę OS, lecz także znacząco wpłynęło na komfort życia chorych. – Pacjenci dobrze tolerują immunoterapię, która ma według nich wiele zalet, opiera się na półgodzinnym wlewie i nie niesie ze sobą skutków ubocznych, jakich się spodziewamy po chemioterapii – podkreśliła dr Łasińska. – Jej stosowanie pozwala na prowadzenie aktywnego życia i kontynuowanie pracy zawodowej – dodała.



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko** – Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
- **dr hab. n. med. Jakub Kucharz** – Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
- **dr n. med. Izabela Łasińska** – Oddział Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
- **Aleksandra Rudnicka** – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

– Wprowadzenie immunoterapii do pierwszej linii leczenia w nowotworach głowy i szyi jest niezwykle ważne, ale to nie jedyny problem. Brakuje w systemie ośrodków referencyjnych zajmujących się pacjentami z tą grupą nowotworów, leczących ich w sposób kompleksowy, całościowy, interdyscyplinarny. W tej chwili mamy tylko dwie takie placówki – w Poznaniu i w Warszawie, a powinno ich być co najmniej pięć. Kolejnym problemem do rozwiązania jest zapewnienie pacjentom odpowiedniej rehabilitacji, która w przypadku tych nowotworów jest wyjątkowo trudna i czasochłonna – mówiła Aleksandra Rudnicka. – W tym roku kończy się unikatowy w skali europejskiej program profilaktyki nowotworów głowy i szyi finansowany ze środków europejskich. Będziemy wspólnie z lekarzami wnioskować do Ministerstwa Zdrowia o jego przedłużenie ze względu na to, że spotkał się z dużym zainteresowaniem społecznym i nie

powinniśmy pozwolić, by ten potencjał się zmarnował – zapowiedziała.

Nowotwory płuca – leki są, ale brakuje opieki koordynowanej

– Rok 2021 przyniósł w raku płuca szereg bardzo dobrych decyzji, które poszerzyły program terapeutyczny, z czego cieszymy się my, lekarze, ale również pacjenci – powiedziała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – Dzięki programowi lekowemu polscy chorzy na raka płuca mają szerokie możliwości terapeutyczne. Mamy dostęp do immunoterapii zarówno w pierwszej, jak i w drugiej linii leczenia oraz dla pacjentów z miejscowym zaawansowaniem choroby. Oczywiście nie dysponujemy tymi wszystkimi grupami leków, które są już dostępne za oceanem, ale myślę, że na tle Europy wyglądamy zupełnie nieźle, jeśli chodzi o dostęp do leczenia – stwierdziła.

Nawet najlepsze leczenie nie pomoże, jeśli nie będziemy w stanie szybko, sprawnie i kompleksowo zdiagnozować wszystkich pacjentów, którzy trafiają do systemu z podejrzeniem raka płuca. – Pamiętajmy, że jest to grupa licząca kilkadziesiąt tysięcy osób rocznie. Jeśli nie zostanie wykonana pełna diagnostyka, uwzględniająca również kwalifikację do programów lekowych, to nie jesteśmy w stanie zaproponować nowoczesnego leczenia – podkreśliła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – Rak płuca jest w Polsce dramatem epidemiologicznym. Co roku diagnozujemy ok. 23 tys. nowych przypadków. Polska jest też jednym z niewielu krajów w Europie, gdzie więcej osób umiera na tę chorobę w danym roku kalendarzowym niż jest diagnozowanych. Oznacza to, że mamy dwa poważne problemy: pierwszy związany z diagnostyką – chorobę rozpoznajemy zbyt późno, drugi związany z efektywnym pro-

Agnieszka Paculanka

Żliwości: rak płuca, nerki, głowy i szyi

”



prof. Joanna Chorostowska-Wynimko: Fundamentalną kwestią są badania

patomorfologiczne i molekularne, bez których nie możemy leczyć skutecznie, nawet gdybyśmy mieli dostęp do wszystkich opcji terapeutycznych

wadzeniem leczenia – kontynuowała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko.

W 2018 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji we współpracy z ekspertami przygotowała i opublikowała raport, w którym zaproponowano model organizacji opieki zdrowotnej nad chorymi na raka płuca oparty na ośrodkach koordynowanej diagnostyki i leczenia. – *Brak takich ośrodków jest obecnie największym problemem w raku płuca. Ośrodki diagnostyczne, chirurgiczne, onkologiczne, radioterapeutyczne w obecnym systemie nie są w żaden sposób powiązane ze sobą. Chorzy na własną rękę szukają pomocy, wędrując między placówkami, a to nie powinno mieć miejsca. Taka sytuacja przekłada się też na wyniki leczenia i zmniejsza szansę pacjentów na przeżycie* – stwierdziła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko.

Część nowoczesnych terapii, które dają realną szansę na wydłużenie przeżycia w dobrej jakości, może być realizowanych jedynie wtedy, gdy wiele ośrodków będzie ze sobą ściśle współpracowało. Tak jest na przykład w przypadku jednoczesnej chemioterapii z leczeniem konsolidującym za pomocą immunoterapii.

Nowotwór nerki – wciąż czekamy na nowy program lekowy

Liczba zachorowań na raka nerkowo-komórkowego systematycznie wzrasta. W 2018 r. na ten nowotwór zachorowało w Polsce 3160 mężczyzn (zmarło blisko 1600) oraz 2072 kobiety (zmarło prawie 980).

Program lekowy w raku nerki nie zmienił się od 2018 r., kiedy to weszły do niego w drugiej linii leczenia dwa nowe leki: kabozantynib i niwolumab.

– *Prawie w tym samym czasie nastąpiła rejestracja w pierwszej linii leczenia ipilimumabu z niwolumabem, a następnie rejestracje terapii skojarzonych inhibitorami kinazy tyrozy-*

”



dr hab. Jakub Kucharz: Nowe terapie są dla polskich pacjentów niedostępne

nowej (TKI) z immunoterapią, np. pembrolizumab z aktytynibem, a u nas od tamtej pory nic się nie zmieniło. Nowe terapie są dla polskich pacjentów niedostępne – podkreślił dr hab. Jakub Kucharz.

Dodatkowym problemem jest to, że zapisy programu lekowego wpływają bezpośrednio na strategię leczenia i nie przystają do aktualnej wiedzy. Eksperti oczekują, by decyzja o wykonaniu nefrektomii była po stronie lekarza, a nie podyktowana zapisami programu lekowego.

– *W programie lekowym jest zapis o konieczności wykonywania nefrektomii cytoredukcyjnej u pacjentów z chorobą przerzutową, jeśli chcemy ich do niego włączyć. Problem polega na tym, że my jako lekarze wiemy, że dużej grupie chorych nie przynosi ona korzyści w odniesieniu do wyników leczenia* – tłumaczył dr hab. Jakub Kucharz.

Decyzje o zmianach w programach lekowych powinny wychodzić ze środowiska lekarskiego wspieranego przez organizacje pacjentów.

– *Powstał nowy program lekowy w raku nerki oparty na zaleceniach międzynarodowych oraz nowych zaleceniach Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego i został przekazany do Ministerstwa Zdrowia* – powiedziała Aleksandra Rudnicka. – *Prace nad nim wciąż trwają, rozmowy z firmami farmaceutycznymi nadal się toczą i mamy nadzieję, że do marca 2022 r. uda się go wprowadzić* – dodała.

Zmiany, które weszłyby w życie z nowym programem lekowym, są bardzo rozległe. Przede wszystkim dotyczą pierwszej linii leczenia (pembrolizumab z aktytynibem czy niwolumab z ipilimumabem), która ma największe znaczenie dla dalszych losów chorych. To właśnie na samym początku terapii pacjent może odnieść największe korzyści z zastosowanych terapii i to pierwsza linia determinuje postępowanie na kolejnych etapach leczenia.

”



dr Izabela Łasińska: Pacjenci dobrze tolerują immunoterapię, której stosowanie pozwala

na prowadzenie aktywnego życia i kontynuowanie pracy zawodowej

Oczekiwane jest także wprowadzenie do programu lekowego trzeciej linii leczenia, która obecnie jest niedostępna.

Problemy diagnostyczne dotyczą wszystkich

Nie ma leczenia onkologicznego bez prawidłowej diagnostyki. Statystyki wskazują, że w Polsce wiele nowotworów diagnozowanych jest zbyt późno, a pandemia pogłębiła tylko te problemy. Eksperti są zgodni, że w jej trakcie czujność onkologiczna osłabła zarówno u pacjentów, jak i przede wszystkim u lekarzy.

– *Pandemia spowodowała, że wielu pacjentów unikało wizyt u lekarzy z obawy przed zarażeniem. Część z nich oczywiście korzystała z teleporad, które jednak niestety nigdy nie zastąpią osobistej wizyty w gabinecie* – mówił dr hab. Jakub Kucharz.

Jeśli pacjent nie trafi do ośrodka referencyjnego, gdzie będzie miał w ciągu jednej lub dwóch wizyt przeprowadzone wszystkie badania i nakreślona ścieżkę leczenia, rośnie ryzyko, że będzie się błąkał od specjalisty do specjalisty, a nowotwór będzie się rozwijał. Dlatego tak ważne jest wypracowanie jednolitej ścieżki diagnostycznej dla pacjentów onkologicznych.

Eksperti są zgodni, że lekarz POZ, podejrzewając nowotwór, powinien wiedzieć, do kogo skierować pacjenta. – *Dużo łatwiej się współpracuje i leczy pacjenta, gdy skierowany jest do konkretnego ośrodka, a często do konkretnego lekarza* – tłumaczył dr hab. Jakub Kucharz.

– *Wysyłanie chorego w przestrzeń utrudnia mu życie i opóźnia diagnozę* – potwierdziła dr Izabela Łasińska. – *W przypadku nowotworów głowy i szyi problemem jest również to, że chorzy często czują się wykluczeni społecznie ze względu na swoją chorobę. Zamiast udać się do lekarza, zamykają się*

”



Aleksandra Rudnicka: Lekarze POZ borykają się przede wszystkim z problemem braku

narzędzi diagnostycznych. Mogą wystawić kartę DiLO, ale to w zasadzie wszystko

w domu. Kampanie społeczne, powszechnie dostępne informacje kontaktowe, gdzie szukać pomocy, mogłyby dużo zmienić – dodała.

– *Lekarze POZ borykają się przede wszystkim z problemem braku narzędzi diagnostycznych* – zwróciła uwagę Aleksandra Rudnicka. – *Mogą wystawić kartę DiLO, ale to w zasadzie wszystko. Gdy pacjent wchodzi w proces leczenia, nie ma z kolei kontaktu między prowadzącym onkologiem a lekarzem POZ. Dlatego tak ważny jest koordynator pacjenta onkologicznego. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych otrzymała ostatnio grant od firmy MSD na stworzenie projektu zadań i kompetencji osoby, która miałaby pełnić taką funkcję. Pomysł nie jest nowy, pojawił się już w 2015 r. w pakiecie onkologicznym, ale nie poszło za tym ani wskazanie jego zadań, ani finansowanie. Koordynator powinien pojawiać się u boku pacjenta już na etapie diagnostyki i towarzyszyć mu, kiedy potrzebna jest rehabilitacja czy leczenie paliatywne* – przekonywała.

– *Fundamentalną kwestią w nowoczesnym leczeniu onkologicznym są badania patomorfologiczne i molekularne, bez których nie możemy leczyć skutecznie, nawet gdybyśmy mieli dostęp do wszystkich opcji terapeutycznych* – podsumowała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – *Konieczne jest więc powiązanie dobrych laboratoriów z ośrodkami referencyjnymi, bo to pozwoli nam nie tylko zwiększyć przeżycie naszych pacjentów, lecz także zaoszczędzić pieniądze, które będą mogły zostać wykorzystane w systemie w innych miejscach* – zakończyła.

Eksperti sygnalizują też konieczność szybkiej poprawy finansowania badań immunohistochemicznych, np. oznaczeń PD-L1, niezbędnych do prawidłowego kwalifikowania pacjentów do programów lekowych. ■