

Mogłoby być jeszcze lepiej

Mimo pandemii pacjenci otrzymali dostęp do nowych leków, od tego roku działa nowy instrument dopuszczający kosztowne terapie. Eksperci doceniają zmiany, ale mówią, że kłopotem są wyśrubowane kryteria kwalifikacji do leczenia

Klara Klinger, Patrycja Otto
dgp@infor.pl

Ze 128 terapii, które są zarejestrowane w Europie i wymieniane w standardach leczenia – pełen dostęp w Polsce jest do 28 – wynika z analizy fundacja Alivia, która na początku roku sprawdzała, ile terapii rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej jest bezpłatnych i dostępnych również dla polskich pacjentów. Liczony w oparciu na tych danych tzw. Oncoindex, którego wartość może się wahać od -100 (co oznacza całkowity brak dostępu do terapii) do 0 (pełna możliwość leczenia), wyniósł -65, wobec -63 rok wcześniej. Z analizy wynika, że kolejnych 39 terapii było refundowanych, ale z ograniczeniami. 61 leków nadal nie mogło być wykorzystanych przez lekarzy onkologów, mimo że ich stosowanie jest wskazane na bazie aktualnej wiedzy medycznej. Około połowy opcji terapeutycznych nie jest dostępnych dla polskich pacjentów.

Rok 2020 przyniósł jednak znaczącą poprawę dostępu do refundowanych leków onkologicznych. Od stycznia do września chorzy zyskali dostęp do ośmiu nowych terapii. Zmiany także znalazły odbicie w wydatkach NFZ. Plan finansowy Funduszu na 2020 r. przeznaczał na refundację programów o łącznych 5 249 mln zł. Wykorzystane zostało 92,8 proc. tej kwoty. Pieniądze poszły na sfinansowanie w sumie 100 programów lekowych, z czego 33 stanowiły programy onkologiczne. Jak wynika ze sprawozdania NFZ za 2020 r., wśród zupełnie nowych programów onkologicznych objętych finansowaniem znalazł się np. dotyczący leczenia agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy. Wśród nowych substancji objętych refundacją w ramach już funkcjonujących programów leko-

wych znalazły się certynib i brgatynib wykorzystywane w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca, trastuzumab emtazyna, abemacyklb stosowany w leczeniu raka piersi, obinutuzumab używany w leczeniu chłoniaków złośliwych, ponatynib stosowany przy przewlekłej białaczce szpikowej oraz ostrej białaczce limfoblastycznej, ale też binimetynib oraz enkorafenib pomagające zwalczyć czerniaka skóry lub błon śluzowych.

Według NFZ największe środki zostały wydane w programie leczenia raka piersi. Mowa w sumie o 542 mln zł, co stanowi 11,14 proc. kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi. Na drugim miejscu znalazł się program leczenia stwardnienia rozsianego (341,7 mln zł), a na kolejnych leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca (334,4 mln zł) oraz leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozowego (305,5 mln zł).

Eksperci podkreślają jednak, że potrzeby są znacznie większe. Szczególnie że pandemia miała wpływ na diagnozowanie. Dlatego spodziewany jest wzrost liczby pacjentów z nowotworami. W przypadku raka jajnika eksperci wskazują w związku z tym na konieczność zwiększenia dostępu do inhibitorów PARP zarówno w pierwszej linii leczenia, jak i dla chorych z mutacją w genach BRCA1/2, czyli takich, które miały tzw. platynowazależny nawrót choroby. Oznacza to, że choroba wróciła po sześciu lub więcej miesiącach od zakończenia poprzedniego leczenia, a u chorych w trakcie chemioterapii z powodu tego nawrotu odnotowano remisję. Szczególnie że na polski rynek wszedł drugi inhibitor PARP o nazwie niraparib (pierwszy to olaparibem). Przynosi on korzyści wszystkim pacjentkom, niezależnie od statusu mutacji w genach BRCA oraz w in-

nych genach homologicznej rekombinacji – i to zarówno w leczeniu podtrzymującym w I linii, jak i w II linii terapii. Lek wydłuża więc czas do nawrotu choroby.

– Postęp w leczeniu raka jajnika dokonuje się dzięki dostępowi do różnych terapii na różnych etapach leczenia. Mając pewne portfolio leków, możemy prowadzić pacjentkę bardzo skutecznie nawet przy nawrotach. W przypadku chorych bez mutacji dostęp do leków jest bardzo ograniczony – wymaga w niektórych przypadkach pisanie indywidualnych wniosków, a w niektórych przypadkach w ogóle jest na razie niemożliwy – tłumaczy prof. Paweł Blecharz, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie.

O nowe leki walczą eksperci również dla chorych na raka gruczołu krokowego na wczesnym etapie, czyli zanim pojawiły się przerzuty. Mowa o terapiach antyandrogenowych, takich jak enzalutamid stosowany już w programie lekowym u pacjentów po przerzutach oraz apalutamid i darolutamid.

Na liście leków refundacyjnych, mimo licznych apelów środowisk medycznych oraz organizacji pacjentów, wciąż nie ma również terapii dla pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym rakiem kolczystokomórkowym. Dostęp do niej w ramach RDTL wciąż mają jedynie nieliczni.

– Już w sierpniu 2020 r. cemiplimab, czyli innowacyjna terapia za pomocą przeciwciał monoklonalnych, wskazywany był przez ekspertów w dziedzinie onkologii klinicznej, w tym konsultantów – krajowego i wojewódzkich, jako priorytet refundacyjny. Niestety minął rok, a pacjenci z nieoperacyjnym rakiem kolczystokomórkowym nadal nie mają powszechnego dostępu do refundowanej terapii – apeluje Joanna Konarzewska-Król, dyrektor Fundacji Onkologicznej Nadzieja.

Eksperci wskazują jednak, że wraz ze zwiększającym się dostępem do leczenia powinien iść w parze zwiększony dostęp do diagnostyki. Wielu chorych jest kwalifikowanych do leczenia w ośrodkach, które nie oferują programów lekowych, albo chorzy nie mają na tyle pogłębianych badań, żeby odpowiednio dopasować leczenie.

ZACHOROWALNOŚĆ, ZAPADALNOŚĆ I ZGONY Z POWODU NOWOTWORÓW

na 100 tys. mieszkańców

* od 2019 r. są to prognozy

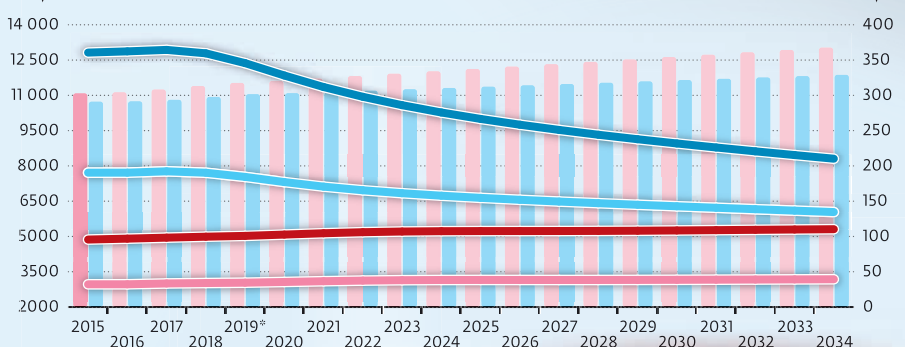
skala lewa

CHOROBYŃCZOŚĆ:
(aktualna
liczba chorych)

ZAPADALNOŚĆ:
(liczba zachorowań w okresie)

skala prawa

ZGONY:
Polska
UE



Pandemia pogorszyła rakowe statystyki

W Polsce wykrywa się mniej przypadków niż w innych państwach Unii i chorzy na raka częściej umierają. Dane pokazują też czarno na białym, że z diagnozą żyje się u nas krócej. Jak podkreślają eksperci, to głównie efekt źle działającej profilaktyki: z jednej strony Polacy nadal mają niską świadomość zdrowotną i nie zgłaszają się na badania, z drugiej – lekarze nie angażują się w promocję takich badań.

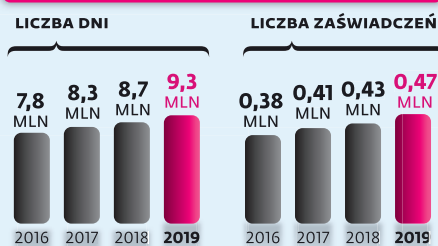
Choć poprawia się dostęp do innowacyjnych leków, po pandemicznym lockdownie może być jeszcze gorzej. Powstał raport „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej” przygotowany przez zespół lekarzy i naukowców pod kierownictwem prof. Piotra Rutkowskiego. Wynika z niego, że pomimo pandemii pacjenci – jeżeli już trafili do placówki onkologicznej z podejrzeniem nowotworu – byli szybko diagnozowani i mieli terminowo wdrażane leczenie. Jednak z danych widać, że problem pojawiał się na wcześniejszym etapie. „Nastąpił duży spadek liczby wystawianych przez lekarzy POZ kart szybkiej diagnostyki on-

kologicznej DILO – w zależności od typu nowotworu – sięgający 10-20 proc.” – piszą autorzy raportu. Efekt był taki, że o ok. 20 proc. zmniejszyła się liczba rozpoznań nowotworów złośliwych. To efekt podobny jak w krajach Europy Zachodniej.

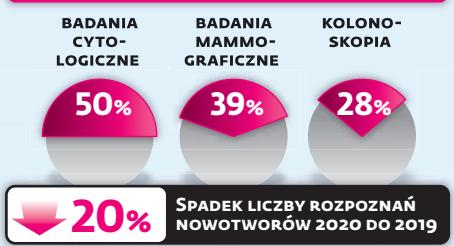
Z raportu wynika, że pacjenci onkologiczni nie są istotnie zagrożeni zachorowaniem na COVID-19, co świadczy o właściwym zabezpieczeniu oddziałów w szpitalach, dlatego specjaliści apelują, aby nie unikać wizyt w placówkach w celu przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki bądź leczenia.

KK, PO

ABSENCJA W PRACY Z POWODU NOWOTWORÓW



POZIOM REDUKCJI BADAŃ W 2020 R. W PORÓWNIANIU DO 2019 R.



SPADEK LICZBY ROZPOZNAŃ NOWOTWORÓW 2020 DO 2019

	KADRA			Liczba lekarzy na 100 mieszkańców			
	liczba lekarzy pracujących	liczba lekarzy pracujących w podmiotach leczniczych	liczba lekarzy pracujących w ramach NFZ	rekomendowana przez konsultantów	faktyczna	średnia wieku lekarzy	średnia liczba pacjentów na lekarza
chirurgia onkologiczna	876	874	862	3	2,3	54,23	2,05
onkologia i hematologia dziecięca	220	218	215	0,8	0,6	52,63	2,96
onkologia kliniczna	957	947	937	3,1	2,5	48,46	2,93
patomorfologia	703	673	401	BD	1,8	56,66	2,38
radioterapia onkologiczna	761	748	735	3	2	52,6	2,18
ginekologia onkologiczna	299	297	287	BD	0,8	52,83	2,42

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020, Raport Narodowego Instytutu Onkologii

NS

Trudna finansowa układanka

Wyceny świadczeń onkologicznych to jeden z głównych problemów dla dyrektorów szpitali. To od ich wysokości zależy, jaką opiekę można zapewnić chorym. O to też od lat trwała walka. W ostatnim roku wprowadzono wiele zmian. Dyrektorzy placówek mówią, że kierunek jest dobry, ale konkretne rozwiązania i sposób ich wprowadzania są wręcz szkodliwe

Klara Klinger, Patrycja Otto
dgp@infor.pl

Jak wylicza Narodowy Fundusz Zdrowia w ostatnim roku w kwestii finansowania świadczeń onkologicznych wprowadzono kilka istotnych zmian. „Od 1 lipca br. obowiązują nowe taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie chemioterapii. Niemal dwukrotnie podwyższono wartość punktową hospitalizacji jednego dnia w pozostałych przypadkach (ze 167,11 do 322 punktów), a hospitalizacja hematologiczna u dorosłych wzrosła do 686 punktów. Wzrosły wyceny porad ambulatoryjnych z zakresu chemioterapii: podstawowej porady o ponad 60 proc.,

a kompleksowej porady ambulatoryjnej o 87 proc. Nowością jest wprowadzenie oddzielnego świadczenia – zakwaterowania do chemioterapii”.

Zarządzenie nr 55/2021/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zmieniło od 1 kwietnia 2021 r. taryfy dla świadczeń:

- A11O Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- C11O Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,

- 32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- G31O Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie) w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- H83O Średnie zabiegi na tkankach miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- H84O Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych.

Jak podkreśla NFZ, „powyższe zmiany, skorelowane ze zmianami w finansowaniu patomorfologii, radioterapii i świadczeń pobytowych podwyższają i urealnijają finansowanie świadczeń onkologicznych. Nowa wartość świadczeń wyrównuje dysproporcję pomiędzy poziomem finansowania chirurgicznego leczenia nowotworów i pozostałych świadczeń, występujące we wskazanych obszarach w ośrodkach prowadzących kompleksowe leczenie onkologiczne lub jednostkach specjalizujących się w chirurgii określonych nowotworów. Wyższy poziom finansowania jednostek gwarantujących kompleksowe leczenie onkologiczne pozytywnie wpłynie na sytuację finansową tych podmiotów i przełoży się na lepszą jakość usług medycznych świadczonych pacjentom

w terapii najbardziej kosztochłonnych nowotworów złośliwych”.

Ze względu na konieczność przemodelowania świadczenia brachyterapia z planowaniem 3D, wprowadzono także osiem nowych produktów rozliczeniowych. Nowe rozwiązania pozwolą świadczeniodawcom pokryć ponoszone przez nich faktyczne koszty związane z realizacją tych świadczeń.

Zmiany objęły także onkologiczne świadczenia kompleksowe. „Wprowadzono nowy zakres: Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG). Pozwoli to na sfinansowanie wielokierunkowej, zintegrowanej opieki nad osobami z nowotworem jelita grubego, zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz indywidualnymi preferencjami pacjentów”.

Zmiany w onkologii są też związane ze zwiększeniem finansowania podmiotów realizujących leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy. „Zarządzenie Nr 131/2021/DSOZ wprowadziło współczynnik korygujący o wartości 1,17 dla podmiotów realizujących świadczenia zabiegowe z katalogu JGP realizowane w ramach zakresu chirurgii onkologicznej (jednostki realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy). Warunkiem zmiany zasad finansowania jest spełnienie przez świadczeniodawcę kryterium kompleksowości, co rozumie się jako realizację w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii w ramach własnej struktury organizacyjnej”.

Kolejną zmianą jest brak limitów do specjalistów, co też ma poprawić los chorych onkologicznie.

Od 1 lipca wydzielono z ryczałtu poradnie specjalistyczne. Wszystkie świadczenia ambulatoryjne uzyskały status nielimitowy. Jest to oczywiście bardzo dobra zmiana, ale nie dla szpitali onkologicznych, gdzie ryczałty zawsze były bardzo niskie (w Dolnośląskim Centrum Onkologii (DCO) poniżej 4 proc. całego rocznego kontraktu z NFZ), a pieniądze, w przeciwnieństwie do szpitali powiatowych placówek dostaje tylko za to, co rzeczywiście zrobiła. Sposób wprowadzenia tej zmiany powoduje dodatkowo, że świadczenia onkologiczne stały się dużo mniej atrakcyjne finansowo niż dotychczas dla innych szpitali. Przede wszystkim do tej pory diagnostyka onkologiczna i tak miała charakter nielimitowany. Natomiast pakiet onkologiczny narzuca określony reżim czasowy realizacji diagnostyki, a po jego przekroczeniu wartość świadczeń spada aż o 30 proc. Wprowadzenie wszystkich świadczeń jako nielimitowanych spowodowało duży spadek atrakcyjności realizacji założeń Pakietu onkologicznego i zwiększyło trudności w terminowym jego realizacji. Dodatkowo cena za punkt w wydzielonym zakresie podstawowym wynosi w przypadku DCO 1,08 zł, a w Pakiecie onkologicznym bez zmian – 1,02 zł. W takiej sytuacji poradnie tracą, realizując diagnostykę w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. W naszym odczuciu niezbędne jest jak najszybsze zrównanie wyceny punktowej zakresu podstawowego oraz pozostałych wydzielonych zakresów związanych z onkologią do wartości 1,08 zł. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów onkologicznych, ponieważ od szybkości przeprowadzonej diagnostyki często zależy skuteczność wprowadzonego leczenia szpitalnego.

Wzmocniono konkretne terapie. NFZ informuje, że „ze względu na konieczność przemodelowania świadczenia brachyterapia z planowaniem 3D, wprowadzono także osiem nowych produktów rozliczeniowych. Nowe rozwiązania pozwolą świadczeniodawcom pokryć ponoszone przez nich faktyczne koszty związane z realizacją tych świadczeń”.

Należy jednak pamiętać, że wraz ze zmianą wyceny świadczeń wprowadzono zmianę definicji cyklu brachyterapii, w wyniku czego szpitale inaczej rozliczają świadczenia. Z uwagi na powyższe zmiana procedur i wyceny rozliczenia brachyterapii pogorszyły sytuację szpitali onkologicznych.

Czyli kierunek dobry, ale wymaga jeszcze zmian?

Podsumowując, należy jednak podkreślić, że w ostatnim roku ożywiła się dyskusja i działania na rzecz poprawy wyceny świadczeń. Jednak podejmowane decyzje są dalece niewystarczające, a nawet zdarzają się sytuacje, że wprowadzane zmiany powodują, że modyfikacje systemu rozliczania świadczeń pogarszają sytuację finansową szpitali onkologicznych. Wprowadzane z dużym opóźnieniem i w niewystarczającym zakresie zmiany w wycenie wybranych procedur zabiegowych najlepiej pokazują, jak bardzo niedoszacowane są wyceny procedur zabiegowych w onkologii, w szczególności w ośrodkach zapewniających wysoką jakość realizowanych świadczeń. Szpitale onkologiczne mają coraz gorszą sytuację finansową, koszty naszej działalności szybko rosną i pilnie potrzebujemy poprawy wyceny świadczeń. KK, PO

Zmiany w leczeniu onkologicznym w 2021 r.:

Styczeń

- Immunoterapia durwalumabem w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca. Lek dla chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego po jednoczasowej radiochemioterapii.
- Przesunięcie ozymertynybu dla chorych na EGFR-dodatniego niedrobnokomórkowego raka płuca do pierwszej linii, dające większe możliwości leczenia chorych z mutacją w genie EGFR i wspiera indywidualizację terapii. Chorzy z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (wszystkie typy) bez mutacji w genie EGFR oraz bez rearanżacji genów ALK i ROS1 i z ekspresją PD-L1 < 50% zyskali opcję terapii skojarzonej w postaci pembrolizumabu z chemioterapią.
- Inotuzumab ozogamycyny – dostępny do leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną.
- Leczenie adjuwantowe czerniaka stosowane po leczeniu chirurgicznym u pacjentów z przerzutami do węzłów chłonnych oraz przerzutami odległymi, z wysokim ryzykiem wznowy miejscowej immunoterapią (niwolumabem lub pembrolizumabem) oraz terapiami ukierunkowanymi molekularnie (dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem) u pacjentów z obecnością mutacji BRAF V600.

Marzec

- Zmiana w zakresie Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab

Maj

- Lynparza (olaparyb) – rozszerzenie dotychczasowych wskazań o I linię leczenia podtrzymującego dla pacjentek z noworozpoznany rakiem jajnika, jajowodu oraz pierwotnym rakiem otrzewnej w ramach nowego programu lekowego B.50 – Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej (ICD-10 C56, C57, C48).
- Bavencio (Avelumabum) w ramach nowego programu lekowego Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem (ICD-10 C44) – 1 i 2 linia.
- Cabometyx (cabozantinibum) jako kolejna opcja terapeutyczna stanowiąca II linię leczenia w ramach programu lekowego B.5 Leczenie raka wątrobowokomórkowego (ICD-10 C 22.o).
- Rydapt (midostauryna) – lek przeciwnowotworowy, inhibitor kinazy białkowej w nowym wskazaniu w programie lekowym B.115 Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej.
- Rydapt (midostauryna) – w nowym programie lekowym B.114. – Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową (ICD-10 C 92.o), leczenie nowo rozpoznanej ostrej białaczki szpikowej u chorych z udokumentowaną obecnością mutacji genu FLT3.
- Avastin (bewacyzumab) – w ramach nowego programu lekowego B.116 – Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy (ICD-10 C53).
- Kyprolis w schemacie Kd (karfilzomib+deksametazon) – w ramach programu lekowego Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego (ICD10 C90.o) po pierwszej linii leczenia.
- Ninlaro w schemacie IRd (Iksazomib+lenalidomid+deksametazon) – w ramach programu lekowego leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego (ICD10 C90.o) dla populacji dorosłych z wysokim ryzykiem cytogenetycznym.

Od maja nastąpiły zmiany w programach lekowych

Maj

- B.9. – Leczenie chorych na raka piersi (ICD-10 C50) – zmiany upraszczające program lekowy oraz m.in. umożliwiające leczenie najmniejszych guzów raka piersi.
- B.50 – Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej (ICD-10 C56, C57, C48) będący połączeniem B.50 – Leczenie zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (ICD-10 C56, C57, C48), B.8o – Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (ICD-10 C56, C57, C48) oraz nowego wskazania leczenia olaparybem pacjentek z noworozpoznany rakiem jajnika.

Lipiec

- Brygantynib dla chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca.
- Dakomitynib w I linii leczenia pacjentów z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca.
- Lorlatynib w I linii leczenia chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca.
- Od lipca 2021 r. refundacją w ramach programu lekowego objęta została immunoterapia (atezolizumab) dla chorych z drobnokomórkowym rakiem płuca. Immunoterapię w I linii leczenia otrzymują pacjenci spełniający kryteria programu lekowego.
- Zgodnie z założeniami najnowszej listy refundacyjnej pacjentów z rakiem tarczycy otrzymują Sorafenib w II linii leczenia po niepowodzeniu terapii radioaktywnym jodem.

Wrzesień

- Opdivo + Yervoy (niwolumab + ipilimumab). Program lekowy B 59 – leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych (ICD-10 C43). Doprecyzowanie wskazań: I linia leczenia zaawansowanego czerniaka skóry i błon śluzowych uwzględniająca usunięcie restrikcji dotyczącej oznaczenia poziomu PD-L1.
- Kymriah (tisagenlecleucelum). Program lekowy B 65. – Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ICD-10 C91.o). Doprecyzowanie wskazań: Terapię pacjentów w wieku do 25 lat z nawrotową lub oporną ostrą białaczką (ALL) z komórek B (pierwsza refundowana terapia CAR-T).



System wycen wymaga poprawy

PROF. ADAM MACIEJCZYK

dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii

NFZ podwyższył wyceny, o co walczyliście długie lata. Czy to oznacza znaczącą poprawę?

Podwyżka, o której mówi NFZ, to oczywiście prawda, jednak pokazuje jedynie częściowo problemy związane z wyceną świadczeń onkologicznych. Oto pierwszy przykład – zmieniono od kwietnia taryfy świadczeń szpitalnych (zarządzenie nr 55/2021/DSOZ) i zarządzenie NFZ uwzględnia rekomendacje zawarte w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), w którym wskazano procedury wymagające poprawy wykon. Skala wzrostu wyceny poszczególnych procedur wyraźnie pokazuje poziom niedofinansowania onkologicznych świadczeń zabiegowych (niektóre procedury wzrosły o ok. 200 proc.). Należy jednak podkreślić, że są to tylko wybrane, rzadziej wykonywane w szpitalach onkologicznych procedury zabiegowe. W mojej ocenie pilnej retaryfikacji wymagają wszystkie procedury chirurgiczne. Szpitale onkologiczne stale współpracują z AOTMiT, przekazując dane i zebrane zostały informacje o kosztach wszystkich realizowanych zabiegów onkologicznych, natomiast poprawa wyceny objęła tylko niektóre procedury. Uważam, że zmiana wyceny powinna objąć kompleksowo wszystkie onkologiczne procedury zabiegowe.

Promowana jest kompleksowość

Dobrze. Ale znów: dodatkowy współczynnik dotyczy tylko chirurgii onkologicznej. Nie objął on natomiast innych zakresów, w których również realizowane są zabiegi onkologiczne, np. ginekologii onkologicznej.

Wprowadzono m.in. opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG).

Zakwalifikowanie się szpitali do zakresu kompleksowego nie dało niestety dodatkowych korzyści finansowych. Nie ma dodatkowych współczynników za kompleksowość, a jedynie te, które można uzyskać w „podstawowych” zakresach. Należy jednak podkreślić, że część zmian idzie w dobrym kierunku – mamy przede wszystkim możliwość dodatkowego rozliczenia badań histopatologicznych. Ponadto szpitale żeby działać w zakresie kompleksowej opieki muszą spełnić szereg dodatkowych warunków, ponosząc koszty tych aktywności, a rozliczamy świadczenia za taką samą kwotę jak w „tradycyjnych” zakresach. Dodatkowo większość placówek realizujących diagnostykę onkologiczną w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej ma zagwarantowaną cenę za punkt jedynie taką jak w lecznictwie szpitalnym (1 zł), co powoduje, że diagnostyka onkologiczna jest wykonywana taniej niż w dotychczasowym zakresie obejmującym świadczenia w ramach systemu DiLO – diagnostyki i leczenia onkologicznego, gdzie mamy 1,02 zł za punkt.

Są leki i terapie, ale nie dla wszystkich

Paweł Krawczyk: Mamy dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia raka płuca, ale brakuje systemowych rozwiązań, algorytmów postępowania dla poszczególnych specjalistów. Przede wszystkim brakuje lekarzy onkologów i pulmonologów

Polska jest na czołowym miejscu w Europie pod względem umieralności na raka płuca. Przyczyna to późne rozpoznanie choroby?

Podstawową przyczyną jest to, że w Polsce 26-27 proc. dorosłych pali papierosy; a to jest główna przyczyna raka płuca. Jeśli choroba wykryta jest zbyt późno, to nie mamy szansy na jej ostateczne wyleczenie. Chorych, którzy są w stadium miejscowo zaawansowanym lub zaawansowanym z przerzutami, w zasadzie wyleczyć się nie da. Natomiast przy obecnym postępie terapii personalizowanych możemy wydłużyć ich życie.

Niestety w czasie epidemii spadła dostępność do lekarzy pierwszego kontaktu, jak i do specjalistów; doszło do dramatycznego opóźnienia w diagnostyce. Do tego dochodzi brak dostępu do programów profilaktycznych. Zmniejszyła się więc liczba osób, które w ogóle kwalifikują się do operacji. Wyleczenie raka płuca we wczesnych stadiach za-

awansowania, które byłoby możliwe dzięki zabiegowi operacyjnemu, stało się prawie nieosiągalne.

Jakie rozwiązania należy wprowadzić, żeby diagnostyka raka płuca stała się dostępna, szybka i kompleksowa?

Program profilaktyczny praktycznie nie działa. Ma być adresowany do osób zdrowych, które dość intensywnie palą papierosy, a są w wieku po 50-55. roku życia. Nakłady od początku były niewystarczające. Niskodawkowa tomografia komputerowa, która jest tu stosowana, nie jest metodą bardzo drogą, ale też nie jest tania. Druga sprawa to epidemia koronawirusa, podczas której wszystkie programy profilaktyczne stały się niedostępne, nie tylko w przypadku raka płuca. Ludzie bali się chodzić do lekarza. Kuleje profilaktyka pierwotna, która ma zniechęcić ludzi do sięgania po papierosy, czy – jeżeli ktoś już pali – przekonać go, że

warto z nałogiem zerwać. Poradnictwo antynikotynowe w Polsce zniknęło prawie zupełnie.

Aby chory na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca, czyli najczęstszy jego typ, mógł otrzymać nowoczesną terapię, musi przejść specjalistyczne badania genetyczne i immunohistochemiczne (IHC) w celu ustalenia czynników predykcyjnych?

Diagnostyka w Polsce od powzięcia podejrzenia nowotworu do jego zakończenia trwa często nawet pół roku. Opóźnienia są koszmarnie z uwagi na brak dostępności do poszczególnych badań, począwszy od tomografii komputerowej, poprzez oczekiwanie na bronchoskopię, podczas której ten materiał się pobiera. Następnie oczekuje się na wynik badania patomorfologicznego, czyli ostatecznego rozpoznania nowotworu, a potem na wyniki badań czynników predykcyjnych, czyli



prof. Paweł Krawczyk, kierownik Pracowni Immunologii i Genetyki Katedry Kliniki Pneumologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

kwalifikujących do leczenia. I tu niestety jest tak, że jeżeli pierwotnie tomografia komputerowa wskazuje, że pacjent ma raka w niższym stopniu zaawansowania, to po przebrnięciu przez całą diagnostykę może się okazać, że ma już przerzuty. Choroba postępuje błyskawicznie. Nieleczony rak płuca w stopniu zaawansowanym, czyli z przerzutami, może powodować śmierć już po pół roku od pierwszych badań. Pacjent może nie doczekać leczenia z uwagi na to, że zabraliśmy mu ten czas, kiedy mogliśmy go jeszcze w miarę dobrze leczyć. Jednak, jeśli chory ma szczęście i znajdzie się w ośrodku, który sprawnie prowadzi diagnostykę, to już po miesiącu od daty bronchoskopii może rozpocząć leczenie. A trzeba pamiętać, że obecnie kończy się era chemioterapii, jako jedynej metody leczenia. W zależności od wyników badań czynników predykcyjnych chory może otrzymać terapię ukierunkowaną mo-

lekularnie, immunoterapię lub immunochemioterapię.

Przy planowaniu leczenia istotne jest, aby chory miał finansowane wszystkie badania, w tym również IHC z budżetu NFZ. Nie ma z tym problemu?

Diagnostyka genetyczna jest finansowana odrębnie, natomiast immunohistochemia, o którą pani pyta, nie. Ale to też nie jest tak, że to pacjent płaci za IHC. Płaci szpital. Tylko szpital nie ma tej diagnostyki bezpośrednio refundowanej z NFZ, pokrywana jest ona z ryczałtu za diagnostykę, który szpital otrzymuje z NFZ.

Jak przyspieszyć diagnostykę?

Brakuje systemowych rozwiązań, algorytmów postępowania dla poszczególnych specjalistów. Przede wszystkim brakuje lekarzy onkologów i pulmonologów. Rocznie w kraju mamy 23 tys. zachorowań na raka płuca; to olbrzymia liczba chorych, a specjalistycznych ośrodków jest niewiele. Pacjenci

tułają się więc od lekarza do lekarza, trafiają często do małych ośrodków, w małych, powiatowych szpitalach, nieprzygotowanych do leczenia i diagnostyki; diagnostyka często jest chybiona, bo nie udaje się pobrać materiału, więc jest powtarzana. Brakuje wysoko specjalistycznych ośrodków dla wszystkich naszych pacjentów.

Co optymistycznego może pan powiedzieć?

W Polsce mamy dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia. Refundacje ostatnich miesięcy doprowadziły do tego, że większość leków, które są w Europie, są również dostępne u nas. Mamy terapie ukierunkowane molekularnie („celowane”), immunoterapię, a także chemioimmunoterapię. Większość naszych pacjentów może otrzymać dobre, spersonalizowane leczenie. Diagnostyka czynników, które kwalifikują do tego rodzaju leczenia też jest prowadzona w zasadzie rutynowo; w niektórych ośrodkach jest to naprawdę najwyższy poziom. Już teraz obserwujemy znaczące wydłużenie przeżycia naszych pacjentów. Postęp jest olbrzymi. Przy zachowaniu standardów czasu i jakości badań pacjenci mogą dostać odpowiednie leczenie w odpowiednim czasie. Niestety nie wszyscy – tylko ci, którzy będą mieli szczęście być w odpowiednim szpitalu. ANC

PREZENTACJA

ALTERNATYWĄ DLA DROGICH LEKÓW MOŻE BYĆ TYLKO INNOWACJA



Marek Borestowski, prezes zarządu NanoGroup: Biotechnologia i przemysł farmaceutyczny dostarczą dobrze płatnych miejsc pracy, rozwijają gospodarkę i dają możliwość eksportu

Głośno w Polsce o tym, że w NanoGroup trwają prace nad innowacyjną terapią dla kobiet z nowotworem jajnika. Na jakim są etapie?

Rozwój każdego leku, także onkologicznego wymaga wielu etapów; to długoletni proces. Nie tylko dlatego, że jest skomplikowany technologicznie, ale też dlatego, że wszystkie leki podlegają regulacjom, które wymagają co najmniej 3-fazowych badań klinicznych i wcześniejszych przedklinicznych. Potrzebny jest więc czas. W rozwiniętych gospodarkach tego rodzaju projekty finansują wyspecjalizowane fundusze typu venture capital, skoncentrowane na biotechnologii, często ze wsparciem programów grantowych, gdyż długość trwania projektu oraz jego złożoność mają istotny wpływ na koszty całego procesu rozwoju leku. W NanoGroup jesteśmy w połowie tej drogi. Obecnie prowadzone są badania w Champions Oncology w Stanach Zjednoczonych, które potwierdzają wyniki skuteczności i toksyczności naszego kandydata na lek. Wyniki tych badań będą częścią dokumentacji składanej do regulatora farmaceutycznego EMA w procesie uzyskania zgody na rozpoczęcie badań klinicznych.

Czy można już mówić o wynikach?

Wyniki osiągnięte przez nasz lek w badaniach przedklinicznych są bardzo dobre w zakresie celowania leku do komórek rakowych i zatrzymania ich wzrostu, jak również zredukowania skutków ubocznych terapii. Lek PoLEpi – to jego robocza nazwa – należy do grupy cytostatyków powszechnie stosowanych dziś w onkologii. Został skierowany do produkcji w standardzie farmaceutycznym GMP (Good Manufacturing Practice). W tej chwili jesteśmy na etapie ustalania metod produkcji w firmie farmaceutycznej. Gotowy produkt będzie skierowany do ostatniego etapu badań w standardzie GLP oraz do badań klinicznych.

Kiedy polskie pacjentki będą mogły z tego leku skorzystać?

Z kuracji skorzystać będzie można już w trakcie badań klinicznych. Planowaliśmy, że nastąpi to na początku 2022 r., ale już dziś wiemy, że pojawią się opóźnienia w procesie produkcji. Niemniej celujemy w 2022 r., kiedy chcemy złożyć wnioski do regulatora o możliwość podawania leku pierwszym pacjentkom. Każdy lek oceniany jest przez regulatora; w Europie jest to EMA (European Medicine Agency), a w USA FDA (Food and Drug Administration). Skierowany do rejestracji wymaga obszernego portfolio wyników wielu badań przeprowadzonych w certyfikowanych instytucjach badawczych. Ten proces jest wielowątkowy, wieloosrodkowy, zatem w konsekwencji długi i skomplikowany.

To oczekiwanie jest tym większe w związku z pandemią koronawirusa, która spowodowała, że liczba badań profilaktycznych z zakresu onkologii dramatycznie spadła. Rodzi się pytanie – czy w najbliższym czasie nie czeka nas epidemia nowotworów?

To ogólnie znany fakt, że w walce z rakiem istotna jest wczesna diagnoza. Tymczasem diagnostyka w czasie pandemii spadła od 40 proc., a w niektórych krajach nawet do 60 proc. przy niektórych typach nowotworów. Można się spodziewać, że z powodu niskiej rozpoznawalności raka we wczesnym etapie, może być więcej przypadków śmiertelnych. Czy będziemy mieli do czynienia z epidemią nowotworów? Użycie czasu przyszłego wydaje się tu chybione – my już mamy tę epidemię. Rocznie na raka umiera prawie 20 mln ludzi na świecie! Ta liczba będzie się zwiększać i jest to związane z różnymi czynnikami; oczywiście jest to również pokłosie pandemii COVID-19. Natomiast trend w ogóle jest rosnący, a to w związku ze starzeniem się populacji, z problemami ekologicznymi, stylem życia.

Zatem ów onkologiczny problem będzie większy niż przed pandemią.

Niestety, dla Polski może to być bolesny okres. Kraje Unii Europejskiej wydają trzykrotnie więcej na walkę z nowotworem niż my. Nie wynika to z tego, że nie chcemy leczyć drogimi terapiami, tylko po prostu nasz system zdrowia nie ma na to pieniędzy.

Jak w Polsce wygląda leczenie raka? Na ile ono jest innowacyjne, a na ile mamy leczenie generyczne?

Rocznie w Polsce mamy ok. 100 tys. zachorowań, z czego większość to rak piersi. Statystyki pokazują, że w Euro-

pie Zachodniej na innowacyjne leczenie pacjentów średnio przeznaczają się 100 euro na osobę, u nas ok. 16 euro. Mamy o połowę mniej kuracji innowacyjnych w porównaniu z krajami Europy Zachodniej. Dane mówią, że na sto terapii lekowych stosowanych przy bardziej złośliwych nowotworach, 44 w ogóle nie jest dostępnych dla polskich pacjentów.

W jaki sposób powinno się wspierać badania nad innowacyjnymi lekami? I jak wygląda refundowanie dostępu do najnowocześniejszych metod walki z nowotworami?

Mogę mówić przez pryzmat doświadczeń spółki NanoGroup – skoncentrowaliśmy się na kuracji przeciwnowotworowej, która będzie miała wyższą skuteczność i mniejsze skutki uboczne. To był podstawowy warunek. Kolejnym było to, żeby ta innowacyjna kuracja była dostępna dla pacjentów z uboższych systemów opieki zdrowotnej. Leki onkologiczne od wielkich, światowych firm farmaceutycznych są drogie. Polska w tej chwili nie ma praktycznie żadnej produkcji farmaceutycznej w dziedzinie onkologii. Jesteśmy więc skazani na warunki finansowe, na które nas po prostu nie stać. Alternatywą może być tylko innowacja – by pojawiło się leczenie wysokiej jakości, a jednocześnie dostępne dla pacjentów.

Co zatem trzeba zrobić?

Przed wszystkim potrzebna jest długoletnia polityka państwa w tym zakresie, określenie celów: czy chcemy sami opracowywać leki onkologiczne, czy kupować produkty od globalnych koncernów. My rozpoczęliśmy działalność z myślą o tym, że będziemy mogli te leki produkować w Polsce i być konkurencją na rynku onkologicznym, także globalnie. I to nie tylko w aspekcie produktowym, ale i cenowym, który w ochronie zdrowia jest bardzo istotny. Jest to możliwe do zrealizowania, ale potrzeba wsparcia innowacji zarówno na wczesnym poziomie jak i podczas całego cyklu procesu, do momentu, kiedy lek uzyskuje niezbędne certyfikacje. Powinno się również wspierać i promować lokalne talenty w zakresie innowacyjności, takie jak na przykład Tomasz Ciach, światowej klasy wynalazca z NanoVelos. Wsparcie państwa powinno być długoterminowe, co na pewno się opłaci, jeśli chodzi o koszty poniesione na leczenie pacjentów, jak i rozwój innowacyjności w kraju. Biotechnologia, przemysł farmaceutyczny – to są obszary bardzo zaawansowane technologicznie i nasycone nauką. Dostarczają dobrze płatnych miejsc pracy, rozwijają gospodarkę i dają możliwość eksportu. ANC

Materiał powstał przy współpracy z NanoGroup

Właściwie odżywiony pacjent lepiej walczy z chorobą

W przypadku pacjenta onkologicznego dieta jest ważnym elementem terapii, może zarówno zaszkodzić, jak i pomóc w procesie leczenia

Patrycja Otto
patrycja.otto@infor.pl

Dieta może przyczyniać się do nasilenia, jak i łagodzenia skutków ubocznych występujących podczas leczenia, a co za tym idzie nie tylko wpływa na efekty leczenia, szybszą regenerację organizmu, lecz także na samopoczucie pacjenta.

Jak zatem powinna wyglądać ta prawidłowa. – Powinna być odpowiednio zbilansowana zarówno pod kątem białkowo-energetycznym, jak i witamin czy składników mineralnych – mówi Anna Stoch, dietetyk z Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie, i dodaje, że białko odgrywa w organizmie rolę budulcową, ale także regeneracyjną, dlatego stanowi podstawę diety.

Żywienie opiera się na produktach bogatobiałkowych (m.in. nabiał, mięso, ryby, jaja), pozwalających na regenerację organizmu podczas leczenia onkologicznego. Ważnym elementem diety jest także odpowiednia wartość energetyczna przyczyniająca się do utrzymania stabilnej masy ciała oraz dobór najważniejszych składników mineralnych. – Należy pamiętać również o odpowiednim nawodnieniu organizmu niesłodzonymi napojami, jak np. woda czy kompoty owocowe – uzupełnia Anna Stoch.

Mało, ale często

Jak zadbać o właściwe żywienie, kiedy choremu towarzyszy brak apetytu, zmienia mu się smak, ma zaburzenia trawienia, ale też wczesne uczucie sytości, czy nietolerancje niektórych produktów.

– Ten problem najczęściej dotyczy pacjentów z nowotworami głowy i szyi, czy górnego odcinka przewodu pokarmowego, ale może pojawić się również u chorych z innymi typami nowotworów – mówi Magdalena Sulikowska z Fundacji Onkologicznej Alivia.

Eksperti doradzają, by w związku z tym przestrzegać kilku zasad. Po pierwsze, zadbać o regularność posiłków, które powinny być serwowane choremu w mniejszych ilościach, ale częściej. To zwiększy ich tolerancję przez organizm.

– Liczba posiłków w ciągu dnia powinna być odpowiednio dobrana do pacjenta, zazwyczaj jest to 4–5 posiłków spożywanych w odstępach 3–4 godzinnych – tłumaczy Anna Stoch.

Jak podpowiada Magdalena Sulikowska, w dietoterapii osób zmagających się z rakiem trzeba również pamiętać o często występujących, specyficznych skutkach

ubocznych leczenia, takich jak np. biegunka, wymioty, wzdęcia, utrata apetytu, anemia, bóle brzucha, i wziąć je pod uwagę przy planowaniu jadłospisu.

Świeżo i atrakcyjnie

Drogą do uatrakcyjnienia posiłków jest natomiast przygotowywanie ich w oparciu o świeże produkty, z różnych kategorii oraz unikanie monotonii. Eksperti doradzają postawienie na lekkostrawne dania, czyli gotowane, przygotowywane na parze, duszone. Wśród potraw zamiast mięsa powinny dominować ryby, drób i jajka jako źródła białka, kasze, ryż, makarony, pieczywo, warzywa i owoce jako źródło węglowodanów oraz oleje roślinne, nasiona, orzechy jako źródło tłuszczów.

Poza tym specjaliści podpowiadają zwiększanie kaloryczności przez dodawanie do potraw oleju rzepakowego, mąki, śmietany, masła czy kasz i ziemniaków, zalecają unikanie ostrych przypraw oraz soli i alkoholu, które podrażniają błonę śluzową żołądka.

Jeśli chodzi o napoje, to dobrze jest postawić na takie, które dostarcza choremu energii, czyli soki i produkty mleczne.

– Zrezygnować należy natomiast z produktów, które mogą przyczynić się do powstania lub też nasilenia skutków ubocznych występujących podczas leczenia onkologicznego, co najlepiej skonsultować z dietetykiem na początku terapii. Z diety należy wyeliminować produkty smażone, wędzone, grillowane, wysoko przetworzone, a także nieświeże. Niewskazane są produkty tłuste, zawierające duże ilości nasyconych kwasów tłuszczowych, np. typu fast food. Warto ograniczyć spożycie cukrów prostych pochodzących m.in. z ciast, drożdżówek, cukierków, słodkich przekąsek na korzyść owoców – wylicza Anna Stoch.

Gotowe preparaty

W żywieniu pacjenta onkologicznego pomocne mogą być preparaty odżywcze, czyli dietetyczne środki specjalnego przeznaczenia medycznego. Ich działanie zostało potwierdzone badaniami naukowymi. Dostarczają niezbędnych składników pokarmowych, czyli odżywczych i minerałów, a także pożądaných kwasów tłuszczowych i przeciwutleniaczy w przyjaznej dla pacjenta formie – płynnej i o niewielkiej objętości.

– Odgrywają ważną rolę w uzupełnieniu diety pacjenta onkologicznego, gdyż

osoby poddane leczeniu nie zawsze są w stanie pokryć dzienne zapotrzebowanie białkowo-kaloryczne. Na rynku istnieje już kilka firm produkujących taką żywność m.in. Fresenius kabi, Nestle HealthScience, Nutricia czy Olimp labs – informuje Anna Stoch.

Rynek takich produktów dynamicznie się rozwija, o czym świadczą dane PEX Pharma Sequence. Ostatnie opublikowane, po 15 dniach września, wskazują na wzrost wartości sprzedaży dietetycznych środków specjalnego przeznaczenia o 3,7 proc. w porównaniu do ubiegłego roku.

W celu dobrania odpowiedniego produktu należy przede wszystkim zwrócić uwagę na stan pacjenta. Warto rozważyć czy najbardziej potrzebne są preparaty standardowe – bogate w białko, tłuszcze, węglowodany, witaminy i składniki mineralne, czy też środki spożywcze niekompletne, dzięki którym uzupełniany jest brakujący składnik, np. tłuszcz czy białko. To o tyle ważne, że produkty te mogą stanowić zarówno uzupełnienie codziennej diety, jak i zastąpić całodzienne wyżywienie.

– Pacjenci, u których dodatkowo występują inne jednostki chorobowe, jak np. cukrzyca, powinni zwrócić uwagę na diety specjalistyczne, w których produkty będą oparte na zamiennikach cukru. Wybór odpowiedniego preparatu najlepiej skonsultować z lekarzem bądź dietetykiem – wyjaśnia Anna Stoch.

Także Magdalena Sulikowska uważa, że stan pacjenta przy ich wyborze jest najważniejszy. – Nie powinniśmy kierować się jedynie chorobą onkologiczną, ale raczej ocenić ogólną kondycję, inne choroby towarzyszące oraz specyficzne potrzeby pacjenta – dodaje.

Eksperti doradzają też, by takie preparaty przyjmować pod nadzorem lekarza, czasem również dietetyka lub specjalnie wykwalifikowanej pielęgniarki.

Nieprzyjemne konsekwencje

Szacuje się, że średnie zapotrzebowanie energe-

tyczne u chorego na raka wynosi 25–35 kcal na kilogram masy ciała na dobę. Z tym że u pacjentów leżących jest niższe i wynosi 20–25 kcal na kilogram masy ciała, a w przypadku chorych z objawami wyniszczenia wzrasta do 40–45 kcal. Niewłaściwe odżywianie może prowadzić do zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, osłabienia siły mięśniowej, a w efekcie do spadku odporności i masy ciała, wzrostu częstości zakażeń, trudności w gojeniu ran, zaburzeń układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, a w końcu do zwiększonej śmiertelności. Szacuje się,

że już 5-procentowa utrata masy ciała znacząco pogarsza rokowania pacjentów onkologicznych.

Zatem, jak zauważa Anna Stoch, niewłaściwa dieta może przyczyniać się do wydłużenia procesu powrotu do zdrowia, a nawet w niektórych przypadkach do wstrzymania leczenia. – Niedobory białkowo-kaloryczne czy składników mineralnych pogarszają też efekty leczenia, mogą wpłynąć na pogłębienie stanu zapalnego – uzupełnia.

Jak zaznacza Magdalena Sulikowska, w przypadku nieprawidłowego odżywiania chorego, lekarz może też zdecydować o odrocze-

niu zaplanowanego zabiegu. – Jednocześnie liczne badania wykazały, że w przypadku pacjenta odpowiednio odżywionego przed zabiegiem jest mniejsze ryzyko powikłań pooperacyjnych. Dobrze dobrana dieta może też zmniejszać nasilenie działań niepożądanych chemioterapii i radioterapii – podkreśla.

Porad dotyczących prawidłowego żywienia można szukać zarówno w palcówkach specjalistycznych, zajmujących się leczeniem onkologicznym, gdzie znajduje się zespół terapeutyczny, jak i u lekarza prowadzącego, wykwalifikowanej pielęgniarki, dietetyka czy farmaceuty.



FOT. SHUTTERSTOCK

PARTNER



System pozycjonowania i monitorowania ułożenia pacjenta w czasie radioterapii

NOWA JAKOŚĆ PRECYZJI – RADIOTERAPIA STEROWANA OBRAZEM

W Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie działa już supernowoczesny system do pozycjonowania i monitorowania położenia pacjenta w czasie radioterapii – AlignRT® (VisionRT). Jego zastosowanie umożliwia maksymalnie bezpieczne podawanie nawet wysokich dawek promieniowania

Radioterapia jest ważnym elementem leczenia onkologicznego. Jej skuteczność zależy od precyzji podania wiązki promieniowania w miejsce zmiany nowotworowej przy maksymalnym ograniczeniu napromieniania w zdrowych tkankach i organach krytycznych. Najnowsza technologia medyczna, która pozwala na uzyskanie najwyższej precyzji to radioterapia sterowana obrazem powierzchni ciała pacjenta (SGRT – Surface Guided Radiation Therapy).

Milimetrowa dokładność

Rozwiązaniem realizującym technikę SGRT jest nowoczesny AlignRT® (VisionRT). Dzięki zastosowa-

niu specjalnego systemu kamer zintegrowanych komputerowo, sprzęgających obraz bezpośrednio z akceleratorem, możliwe jest śledzenie pozycji pacjenta w wielu wymiarach. Monitoring ułożenia prowadzony jest zarówno w trakcie przygotowania do radioterapii, jak i w czasie samego przesyłania wiązki terapeutycznej.

Urządzenie wykorzystuje światło bliskie podczerwemu, które jest całkowicie bezpieczne dla pacjenta i personelu medycznego. AlignRT® rzuca na ciało pacjenta płamisty wzór, który kamery HD odczytują w 3D i następuje optyczne skanowanie ciała oraz jego komputerowa wizualizacja. Obraz ten w czasie rzeczywistym jest porównywany z obrazem referencyjnym z tomografii komputerowej, zapisanym w procesie planowania terapii.

Bezpieczeństwo i komfort pacjenta

Ułożenie pacjenta w identyczny sposób podczas procesu przygotowywania planu leczenia, jak i w trakcie podawania kolejnych frakcji radioterapii, stanowi duże wyzwanie dla techników, którzy bezpośrednio koordynują ten proces. AlignRT®

zwiększa komfort i pacjenta, i personelu. Technologia jest bezinwazyjna i bezdotykowa. Na monitorze technik widzi natychmiast każde odchylenie od założonych granic tolerancji. Jeśli w trakcie radioterapii pozycja pacjenta ulegnie zmianie, AlignRT® automatycznie wysyła sygnał przerywający napromienianie.

Radioterapia sterowana obrazem umożliwia rezygnację z tatuowania punktowych znaczników.

- Zastosowania AlignRT® są szczególnie użyteczne w prowadzeniu zaawansowanych technik radioterapii, takich jak radioterapia stereotaktyczna i napromienianie na głębokim wdechu (DIBH – Deep Inspiration Breath Hold radiotherapy), gdy obszar napromieniany znajduje się w pobliżu narządów krytycznych, czyli głowy i szyi oraz rdzenia kręgowego – mówi dr n. med. Marcin Hetnał, dyrektor medyczny Centrum Radioterapii Amethyst.

Napromienianie na głębokim wdechu dotyczy pacjentek z nowotworami piersi, by oszczędzić serce i lewe płuco. Zmniejsza się w ten sposób ryzyko wystąpienia powikłań mogących pojawić się za 10 albo nawet więcej lat po przeprowadzeniu terapii. Jednak nauka oddychania koniecznego do zastosowania tej metody radioterapii, bywa dla pacjentek trudna. Dzięki AlignRT® pacjentka jest wyposażona w specjalny monitor, który wizualizuje jej oddech i sygnalizuje odchylenia od poprawnego rytmu.

Diagnostyka i leczenie w jednym miejscu

Amethyst Radiotherapy to międzynarodowa sieć ośrodków medycznych, specjalizujących się w najnowszych terapiach onkologicznych. Ma placówki we Francji, Rumunii, Włoszech, Austrii, Wielkiej Brytanii i Polsce.

W przypadku radioterapii wszyscy pacjenci sieci mogą liczyć na korzystanie z najnowocześniejszych metod napromieniania skracających czas leczenia i ograniczających powikłania.

Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie działa od 2013 r. i rocznie przyjmuje ok. 3 tys. pacjentów. Jest placówką medyczną utworzoną w ścisłej współpracy ze Szpitalem Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. Chorzy mogą tutaj w jednym miejscu przejść wszystkie etapy diagnostyki i terapii onkologicznej, od chirurgii onkologicznej, chemioterapii po radioterapię.

Kontakt:

Wizytę w Poradni Radioterapii Centrum Radioterapii Amethyst można umówić telefonicznie pod numerami 12 34 09 134 i 12 34 09 135

Adres: Centrum Radioterapii Amethyst, osiedle Żłotej Jesieni 1, Kraków
www.centrum-radioterapii.pl



Centrum Radioterapii Amethyst funkcjonuje przy Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie

Najważniejsze, że chorzy

Leszek Kraj: Dostępność do terapii w Polsce nie różni się znacząco od tego, co jest w Europie. Życzyłbym sobie, aby móc tak leczyć pacjentów, którzy chorują na inne nowotwory, jak leczy się raka jelita grubego

Z powodu raka jelita grubego rocznie umiera 13 tys. Polaków. Co jest przyczyną tak dużej liczby zgonów i jak to zmienić?
Rak jelita grubego to jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych. Rocznie rozpoznaje się w Polsce ok. 170 tys. chorób nowotworowych w ogóle, z czego pacjentów z rakiem jelita grubego jest ok. 20 tys. Potrafimy wyleczyć raka jelita grubego, jeśli rozpoznamy go we wczesnym etapie zaawansowania. Im wcześniej rozpoznamy, tym szanse na wyleczenie są większe.

Zwykle rozmowy o nowotworach nie należą do łatwych. Czy o leczeniu raka jelita grubego można rozmawiać z optymizmem?
Tak. Można, jeśli chodzi o leczenie z perspektywy onkologa. Gdy idzie o dostępność leków i terapii, wcale nie odbiegamy tak bardzo od tego, co jest dostępne na świecie. Ale rak jelita grubego to choroba, której rozwój w dużym stopniu zależy od nas samych. Nawet przy naj-

piej działającym systemie ochrony zdrowia, jeśli pacjenci zgłaszają się późno, bo kuleje profilaktyka, to te efekty nie będą nigdy najlepsze. Mam tu na myśli zarówno profilaktykę pierwotną, jak i wtórną.

Na czym polega profilaktyka pierwotna, a na czym wtórna?
Profilaktyka pierwotna polega na zapobieganiu powstaniu choroby nowotworowej. Rak jelita grubego jest takim nowotworem, na którego wpływ mają głównie czynniki środowiskowe, czyli nasz styl życia. W ostatnich latach w świecie zachodnim obserwujemy wzrost zachorowań na raka jelita grubego, bo zarówno styl życia, czyli mała aktywność fizyczna czy palenie papierosów, jak i dieta zawierająca dużo wysokoprzetworzonej żywności i czerwonego mięsa sprzyjają rozwojowi choroby. A przecież na to mamy wpływ. Modyfikując nasz styl życia i dietę, jesteśmy w stanie zapobiec ponad połowie zachorowań. Pro-

filaktyka wtórna zaś odnosi się do wczesnego wykrywania nowotworów. Tutaj mówimy o tzw. badaniach przesiewowych. Polska pod tym względem nie ciągnie się w ogonie świata; mamy programy badań przesiewowych. Obecnie stawia się w Polsce na badanie kolonoskopowe.

Jest ono dostępne i za darmo dla osób w wieku 50–65 lat. Jaka jest waga kolonoskopii i jakie są jej zalety?
Uważam – i jest to moje osobiste zdanie – że kolonoskopia jest najlepszym badaniem przesiewowym w ogóle w onkologii. Oprócz tego, że potrafi wcześniej wykryć chorobę, to potrafi też jej zapobiec. Może to się wydawać dziwne, ale tak jest. Jeśli np. wykonujemy mammografię, którą polecamy pacjentkom, to pacjentka może sobie robić mammografię co tydzień, ale jeśli ma zachorować na raka piersi, to na niego zachoruje; my tylko go wcześniej wykryjemy. W grupie pacjentów, któ-

rym wykonujemy kolonoskopię, obserwujemy mniej przypadków raka jelita grubego. Dlaczego? Powodem jest to, że w trakcie badania usuwamy polipy, które mogą być stanami przedrakowymi i z których większość raków jelita grubego powstaje. Na to, żeby z polipa rozwinął się nowotwór, potrzeba dużo czasu – od 5 do 12 lat. Wobec tego, jeśli taki polip zostanie usunięty wcześniej, to taki rak nigdy nie powstanie.

Pacjenci często bagatelizują to badanie.
Mówią: „E, nic nie było na tej kolonoskopii, tylko dwa polipy”. To świetnie! Te dwa polipy, które zostały usunięte podczas kolonoskopii, sprawiają, że ja, jako onkolog, nigdy się z takim pacjentem nie spotkam, bo ten pacjent ma szansę nigdy nie zachorować na ten nowotwór. I to właśnie dzięki wykonanej kolonoskopii. Oczywiście dla części badanych kolonoskopia jest nieakceptowalna, bo jest to badanie inwazyjne. Ale dla nich jest drugie ba-

danie przesiewowe – to badanie kału na krew utajoną, które też można wykonać. Akurat w tym zakresie nie mamy jeszcze w Polsce programów profilaktycznych; mają one powstać. Z tego, co mi wiadomo, są plany, aby w przyszłym roku wprowadzać badania kału na krew utajoną w sposób ustrukturyzowany i zorganizowany.

W tej chwili badanie kału na krew utajoną jest odpłatne?
Owszem, ale jest bezpłatne, kiedy staje się badaniem diagnostycznym. Profilaktyka natomiast polega na tym, że poddajemy się badaniom, kiedy nie mamy absolutnie żadnych dolegliwości.
A jeśli już nowotwór jelita grubego się rozwinie? Najnowsze doniesienia na temat leczenia wskazują, że jest nadzieja na wydłużenie życia ludzi z nowotworem za pomocą terapii sekwencyjnej. Na czym ona polega?
Terapia sekwencyjna w kontekście leczenia chorych

z zaawansowanym rakiem jelita grubego to wykorzystanie wszelkich leków, które dzisiaj mamy, skutecznych w leczeniu tego nowotworu w postaci pierwszej, drugiej, trzeciej linii leczenia. Chodzi o to, aby z raka jelita grubego uczynić chorobę przewlekłą, trochę jak w szachach, planując kolejny ruch.

A konkretnie?
Mając chorego z rozsianym rakiem jelita grubego, wiemy, że tej choroby nie wyleczymy. Nie będzie tak, że podamy cudowny lek i pacjent za dwa miesiące będzie zdrowy. Naszym celem jest zahamowanie postępu tej choroby, niekiedy cofnięcie tego, czego ona dokonała w organizmie. I dzisiaj już potrafimy to robić. Leków i kombinacji lekowych mamy kilka i możemy je stosować po sobie – kiedy jedne przestają być skuteczne, stosujemy następne, następne i następne. Dzisiaj mamy już trzy-cztery linie leczenia, które odpowiednio stosowane, rzeczywiście potra-

PREZENTACJA

MISTRZOWSKA WALKA Z RAKIEM

Chirurgia robotyczna daje lekarzom super-nowoczesne i precyzyjne narzędzia. Szpital Medicover w Warszawie jest jedną z placówek w Polsce dysponujących najbardziej zaawansowanym na świecie systemem do przeprowadzania operacji. Tutaj też wykonuje się ich najwięcej w kraju

System robotyczny da Vinci to nowoczesne urządzenie (firmy Intuitive Surgical, Inc.), które wspomaga lekarza podczas wyjątkowo precyzyjnych operacji. Przeprowadza je operator, siedząc przy konsoli z zaawansowanym interfejsem, a robot, wyposażony w cztery interaktywne ramiona, dokładnie odwzorowuje ruchy operatora. Zaawansowana technologia umożliwia wykonywanie operacji w 10-krotnym powiększeniu, w porównaniu do 4-krotnego powiększenia oferowanego podczas klasycznej laparoskopii. Matryca full HD i kamera 3D, w jaką robot jest wyposażony, pozwalają na dokładną wizualizację oglądanych struktur. Robot wykorzystuje technologię „EndoWrist” odtwarzając ruchy ludzkiego nadgarstka, ale precyzją znacznie przewyższa zakres wykonywanych działań. Z kolei program TilePro, w który urządzenie jest wyposażone, pozwala na wyświetlanie dodatkowych badań obrazowych na ekranie monitora lekarza, pozwalając na porównanie ich z obrazami śródoperacyjnymi. Szpital Medicover jest liderem w operacjach nowotworu prostaty z użyciem robota da Vinci, tzw. prostatektomii radykalnej. Jak mówi dr n. med. Paweł Salwa, u mężczyzn użycie tego urządzenia skraca okres rekonwalescencji pacjenta i minimalizuje ryzyko wystąpienia komplikacji. Co ważne – operacja z użyciem robota da Vinci wykonana przez doświadczonego operatora, a dr Salwa ma ich na koncie ponad tysiąc, jest dla mężczyzny ogromną szansą dobrego trzymania moczu i powrotu erekcji po zabiegu. Niestety, w Polsce pacjenci najczęściej przychodzą do lekarza w zaawansowanym stadium raka prostaty. Coraz częściej powodem szukania pomocy lekarskiej jest pojawienie się bólów kości, co niestety jest sygnałem przerzutów komórek nowotworowych do układu kostnego. – Problemy



urologiczne to dla mężczyzn nadal temat tabu. Przeważa strach przed utratą funkcji seksualnych. Panowie niechętnie dzielą się informacjami, nawet z bliskimi, a co dopiero z „obcym” lekarzem, o odczuwanych zaburzeniach w okolicach swego kroczu – mówi dr Salwa. Objawami, na które powinni zwrócić uwagę mężczyźni, a które mogą sugerować zaawansowaną postać choroby, są krwimocz, krew w nasieniu i zatrzymanie moczu. Operacja z użyciem robota da Vinci wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym. – Polega na wykonaniu kilku małych otworów na skórze brzucha, wielkości zaledwie 1,5 cm, przez które wprowadzane są do ciała pacjenta cztery ramiona urządzenia. Na jednym umieszczona jest stereoskopowa kamera, dzięki której widzimy w 3D operowaną przestrzeń pod dużym 10-20-krotnym powięk-

szaniem. Zabieg polega na tym, że precyzyjnie kierując pozostałymi ramionami, które wyposażone są w zminiaturyzowane narzędzia chirurgiczne, by usunąć raka z dokładnością do ułamka milimetra – tłumaczy Paweł Salwa. Niejednokrotnie świadomie decyduję o losie pojedynczych zajętych nowotworowo włókien mięśniowych np. w obrębie pęcherza. Jest to precyzja, o której moi star-si koledzy mogli dawniej jedynie pomarzyć – zaznacza lekarz. Podkreśla przy tym, że całą operację, każdy ruch i każdy jego milimetr wykonuje operator, a nie maszyna. Dr n. med. Paweł Salwa, kierownik oddziału urologii Szpitala Medicover, jest najbardziej doświadczonym w Polsce ekspertem operującym nowotwory prostaty w asyście robota da Vinci. Wykonał już ponad 1200 operacji – więcej niż wszystkie inne autoryzowane ośrodki robotyczne w Polsce razem wzięte. W swoim dorobku ma prawie 2 tys. pacjentów operowanych z perspektywy konsoli (wliczając siedmioletnią praktykę w Niemczech), a także liczne grono adeptów trenujących się w prostatektomii SMART (Salwa Modified Advanced Robotic Technique), chronionej przez Polski Urząd Patentowy autorskiej metody wykonywania tej skomplikowanej operacji. Ale na tym nie koniec. Robot da Vinci pozwala usuwać nowotwory nie tylko w zakresie urologii, ale też chirurgii jelita grubego czy ginekologii (np. operacje endometriozy czy w raku trzonu macicy). Lekarze stwierdzają, że ultraprecyzyjne zabiegi chirurgii kolorektalnej czyli jelita grubego z użyciem robota da Vinci dają lepsze wyniki od zabiegów laparoskopowych, które jeszcze niedawno były medycznym hitem. Na dodatek robot pozwala na operowanie wyjątkowo trudnych przypadków, które w Szpitalu Medicover wykonuje jeden z wiodących w Europie ekspertów, dr n.med. Jerzy Draus. Operacje i zabiegi, jakie realizowane są w Szpitalu Medicover z udziałem robota da Vinci, charakteryzują się przede wszystkim małą inwazyjnością, a lekarzom umożliwiają operowanie z najwyższą precyzją i kontrolą. Dla chorych oznacza to mniejszy ból, mniejsze krwawienie śródoperacyjne, mniejsze ryzyko powikłań, skrócony czas gojenia się rany, szybszy powrót do zdrowia, a przede wszystkim zachowanie jakości życia. ACZ

Więcej informacji www.urologia.medicover.pl

PARTNER



mają wybór

fią w sposób spektakularny przedłużyć życie chorym. Jeśli popatrzymy na każdą z tych linii, to wydaje się, że ona pomaga niedużo, bo np. jeden lek wydłuża życie od dwóch do pięciu miesięcy.

Faktycznie, to nie jest dużo.

Ale jeśli takich linii mamy trzy-cztery, to finalnie, we współczesnej onkologii mediany przeżycia pacjentów z rozsiałym rakiem jelita grubego sięgają 30-40 miesięcy. Podczas gdy 20 lat temu mówiło się ledwo o 8-10 miesiącach przeżycia, bo nie było tylu rodzajów terapii. To jest właśnie terapia sekwencyjna - czyli stosowanie następujących po sobie kombinacji leków, żeby wszystkie leki wykorzystać.

Chory zawsze musi przejść najpierw klasyczną chemioterapię? Nie mógłby od razu dostać dobrze działającego, nowoczesnego leku, takiego jak np. lonsurf?

Nowoczesne leki najczęściej łączymy z chemioterapią. Akurat lonsurf to chemioterapeutyk, który ma przełamywać oporność na leczenie przerzutowym rakiem jelita grubego i stosowany

jest w 3. i 4. linii leczenia, wydłużając mediany przeżycia do ok. dwóch miesięcy. Stosowany jest wtedy, kiedy już wszystkie inne leki przestały być skuteczne. To jest jego mocna strona. Jeśli zaś chodzi o leczenie celowane, o przeciwciała monoklonalne, to ono jest stosowane w I, II linii leczenia razem z chemioterapią. W raku jelita grubego zwykle podstawę leczenia stanowi chemioterapia, do której staramy się dokładać właśnie leki celowane.

Zaletą nowoczesnych leków jest to, że chory bierze tabletkę i nie musi leżeć w szpitalu?

Ale stare leki chemioterapeutyczne takie jak kapecytabina też są przyjmowane doustnie. Oczywiście forma doustna jest lubiana przez pacjentów, ale proszę też pamiętać o tym, że chemioterapia doustna tym się różni od dożylniej, że dożylną podaje się przez dwa-trzy dni, po czym następują dwa-trzy tygodnie przerwy, zaś chemioterapia doustna podawana jest częściej, a przerwy są krótsze. Są jednak pacjenci, którzy wolą chemioterapię brać dożylnie, bo, jak mówią,

mają wtedy dwa tygodnie spokoju. Najważniejsze jest to, że chorzy mają wybór. Mogą wybrać, czy wolą tabletki, czy chemioterapię podawaną dożylnie. Ważne jest to, że jak popatrzymy na europejskie wytyczne, dostępność do terapii w Polsce nie różni się znacząco od tego, co jest w Europie. Życzyłbym sobie, aby móc tak leczyć pacjentów, którzy chorują na inne nowotwory, jak leczy się ich w raku jelita grubego.

O ile dziś wydłuża się życie pacjentów chorych na raka jelita grubego, którzy mają przerzuty?

Jeśli pacjenta z rozsiałym rakiem jelita grubego, który ma przerzuty, nie będziemy leczyć, to średnio przeżyje 8-10 miesięcy. Dzisiaj dzięki chemioterapii możemy wydłużyć te mediany do 30-40 miesięcy. Ale to jest magia statystyki. Media podając te informacje i spływając je niejako, robią krzywdę. Mediana to nie jest średnia. Jeśli weźmiemy 100 pacjentów i ułożymy ich od tego, który żył najkrócej, do tego, który żył najdłużej, to mediana oznacza wynik środkowy - czyli pacjenta z numerem 50. Jeżeli mediana

wynosi 30 tys., to oznacza, że 50 na 100 pacjentów żyło krócej niż 30 miesięcy. Ale 50 żyło dłużej! Tylko że kiedy pacjent czyta albo słyszy, że mediana wynosi 30 miesięcy, to jemu się wydaje, że on będzie żył 30 miesięcy. To nie jest film amerykański, w którym lekarz mówi choremu: „Zostało panu 30 miesięcy życia. Czas start”.

Nie potrafimy przewidywać przyszłości. Nie jesteśmy w stanie powiedzieć, kto, ile będzie żył. Apeluję więc, aby tego w taki sposób nie spłycać. Sześć lat temu powiedziałam pacjentce, że ma rozsiały raka jelita grubego. Rozpłakała się. Mąż się rozpłakał. Wiedzieli, że tej choroby się nie wyleczy. Minęło sześć lat i nadal ją leczę. W kontekście konkretnego pacjenta statystyka na szczęście ma często mało wspólnego z rzeczywistością. ANC



FOT. MAT. PRASOWE

Rak jelita grubego to choroba, której rozwój w dużym stopniu zależy od nas samych. Nawet przy najlepiej działającym systemie ochrony zdrowia, jeśli pacjenci zgłaszają się późno, bo kuleje profilaktyka, to te efekty nie będą nigdy najlepsze. Mam tu na myśli zarówno profilaktykę pierwotną, jak i wtórną.

dr n. med. Leszek Kraj, onkolog kliniczny, Klinika Onkologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

REKLAMA



MSD - lepszego zdrowie, lepszego życie

Od 130 lat, w tym od 30 lat w Polsce, stawiamy czoła największym światowym wyzwaniom zdrowotnym i dajemy nadzieję w walce z chorobami, zarówno dla ludzi, jak i zwierząt. Dzisiaj podtrzymujemy nasze zobowiązanie, aby być czołową firmą biofarmaceutyczną prowadzącą intensywne badania naukowe w dążeniu do przełomów medycznych, które przynoszą korzyści pacjentom i społeczeństwu w teraźniejszości, dniu jutrzejszym oraz dla przyszłych pokoleń.



NAJWYŻSZY CZAS NA NOWE TERAPIE

PARTNER



Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld: Odpowiednio dobrane leczenie uzupełniające po operacji u kobiet z wczesnym HER2-dodatnim rakiem piersi daje szansę na wydłużenie ich przeżycia

Czy HER2-dodatni rak piersi to jeden z najbardziej agresywnych podtypów raka piersi?

Tak, to zdecydowanie najbardziej agresywny podtyp nowotworu. Jest drugim najczęściej występującym. Diagnozuje się go u 18-20 proc. pacjentek, które dowiadują się od lekarza, że mają raka piersi. Charakteryzuje się obecnością na komórkach nadmiernej ilości receptorów HER2 (tzw. nadekspresja receptora HER2). Pobudzają one powielanie się komórek nowotworu i wzrost guza. Jego cechą jest więc to, że znacznie szybciej się rozwija i rozprzestrzenia, dając częściej przerzuty do węzłów chłonnych pachowych. Ponieważ jest to agresywny nowotwór, to też częściej jest wykrywany w bardziej zaawansowanych stadiach. To oznacza, że jest większy niż rak luminalny, czyli hormonozależny, który zostałby zdiagnozowany po tym samym czasie rozwoju.

A to pogarsza szansę pacjentki na wyleczenie. Warto jednak podkreślić, że odkąd są dostępne na rynku terapie celowane, które blokują receptor HER2, to wyniki jego leczenia bardzo się poprawiły. Dziś znacznie większy problem stanowi wyleczenie raka potrójnie ujemnego, czyli takiego, w którym brak ekspresji receptorów hormonalnych i receptora HER2.

Jakie są standardy leczenia HER2-dodatniego raka piersi w Polsce i na świecie?

Leczenie zaczyna się od chemioterapii w skojarzeniu z lekami blokującymi receptor HER2. Tę terapię stosuje się już od prawie 20 lat jako standard. Jej wejście stało się prawdziwym przełomem. Wydłużyło bowiem szansę pacjentek na przeżycie. Dopiero kolejnym etapem jest zabieg chirurgiczny. Taki standard obowiązuje nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Chodzi o to, by jeszcze przed operacją zlikwidować jak najwięcej komórek nowotworowych, które krążą po całym organizmie.

Czy zatem w Polsce mamy dostęp do światowych standardów?

Tak, ale tylko jeśli chodzi o leczenie nowotworu w pierwszym etapie. Różnice są widoczne w terapiach stosowanych po wykonanej operacji.

Czyli?

Po leczeniu chirurgicznym sprawdza się w badaniu histopatologicznym, czy w usuniętej piersi lub jej fragmencie nie ma pozostałości komórek rakowych. Ich brak wskazuje na to, że leczenie przedoperacyjne przyniosło pożądany efekt, czyli pozbyliśmy się ich zarówno z piersi, jak i całego organizmu. A zatem mamy do czynienia z całkowitą odpowiedzią patomorfologiczną. Tym samym jest bardzo duża szansa na to, że nowotwór nie wróci. Ale możliwy jest jeszcze inny scenariusz. W usuniętym podczas operacji fragmencie zostają wykryte komórki rakowe. To tzw. choroba resztkowa, czyli sygnał, że leczenie przedoperacyjne nie zadziałało do końca tak, jak tego oczekiwaliśmy. Te pacjentki mają gorsze rokowania. Na świecie, w takiej sytuacji stosuje się tzw. terapię naprawczą, czyli podaje leki, inne od tych dotychczas stosowanych, które okazały się bardziej skuteczne w zwalczaniu nowotworu. Ma wyeliminować z organizmu wszystkie pozostałe komórki nowotworowe, aby zredukować ryzyko nawrotu raka. Jest to więc opcja dla pacjentek, które z wczesnym rakiem HER2 dodatnim otrzymały chemioterapię przed operacją i nie uzyskały całkowitej remisji patomorfologicznej. Wszędzie jest standardem, w naszym kraju w dalszym ciągu nie.

A dlaczego HER2-dodatniego raka piersi zaczyna się leczyć od podania terapii systemowej, a nie od operacji?

To zwiększa szanse na wyleczenie. To najlepszy sposób na agresywny nowotwór, jakim jest rak piersi HER2 dodatni. Ograniczamy go zanim zoperujemy, a drogą do tego jest leczenie systemowe. Bo problemem nie są komórki rakowe w piersi, ale te, które



Mamy w kraju dostęp do światowych standardów leczenia. Przez ostatnie lata bardzo wiele się zmieniło pod tym względem. Dekadę temu nasze zapóźnienie w leczeniu raka w porównaniu z krajami zachodu można było liczyć w dziesięcioleciach. Dziś dzieli nas niewielka różnica. Procesy refundacyjne bardzo przyspieszyły, ale mogłyby jeszcze bardziej, bo ciągle jest wiele do zrobienia.

dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld,
onkolog z Kliniki Nowotworów Piersi
i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

mogą krążyć już po całym organizmie. Stosując leczenie systemowe leczymy więc nie tylko pierś, ale całego człowieka. Dążymy do tego, by po operacji nie wystąpiły przerzuty. Poza tym stosując je możemy zaobserwować, jak na chemię i leki blokujące receptor HER2 reaguje nie tylko guz, ale też cały organizm. Bo jeśli guz się zmniejsza, to jest szansa, że zostały zlikwidowane komórki nowotworowe. A w związku z tym nadzieja na pozytywne zakończenie leczenia jest większa.

Jakie to daje korzyści pacjentce?

Już przed operacją można w pewien sposób przekonać się o tym, jakie są szanse pacjentki na wyleczenie. Poza tym zmniejszamy liczbę komórek nowotworowych, które mogą się przedostać do krwioobiegu podczas operacji. To poprawia też stan psychiczny pacjentki. Wreszcie są też względy kosmetyczne. Można usunąć mniejszy fragment piersi, choć dziś, w obliczu zaawansowanych technik rekonstrukcyjnych, to już nie ma takiego znaczenia.

Jakie są zatem możliwości leczenia choroby resztkowej w Polsce?

Niewielkie. Jeśli po zastosowaniu leczenia przedoperacyjnego, po zabiegu chirurgicznym okaże się, że nie doszło do remisji wraca się znowu do stosowania leków, podawanych na pierwszym etapie. Po zabiegu stosuje się więc leczenie uzupełniające z zastosowaniem leków anty-HER2 oraz tam, gdzie to konieczne radioterapie. Ma to miejsce nawet wtedy, gdy pacjentka kwalifikuje się do nowej terapii.

I tak będzie dopóki do refundacji nie wejdzie lek stosowany z powodzeniem na całym świecie. Dodam, że chodzi o lek wykorzystywany już od wielu lat w leczeniu rozlanego nowotworu. Jest więc sprawdzony, przetestowany i mamy doświadczenie w jego podawaniu. To oznacza, że pacjentki, które chcą skorzystać z tej nowej terapii muszą za nią zapłacić z własnej kieszeni.

Czy systemowe leczenie pooperacyjne jest skuteczne i bezpieczne?

Oczywiście, że tak. Mamy w kraju dostęp do światowych standardów leczenia. Przez ostatnie lata bardzo wiele się zmieniło pod tym względem. Dekadę temu nasze zapóźnienie w leczeniu raka w porównaniu z krajami zachodu można było liczyć w dziesięcioleciach. Dziś dzieli nas niewielka różnica. Procesy refundacyjne bardzo przyspieszyły, ale mogłyby jeszcze bardziej, bo ciągle jest wiele do zrobienia. Na świecie pojawiają się już nowe terapie w leczeniu raka piersi, dające coraz lepsze wyniki leczenia. Postęp w metodach leczenia jest więc ogromny. Tymczasem my ciągle nie mamy dostępu do tych, co są wykorzystywane od wielu lat. Zatem leczenie pooperacyjne mogłoby być bardziej skutecznie i bezpiecznie dla wszystkich pacjentów, gdyby dostęp do refundowanej terapii został rozszerzony. Chodzi o opcje terapeutyczne, stosowane głównie w leczeniu adjuwantowym, czyli uzupełniającym.

Jak systemowe leczenie pooperacyjne wpływa na rokowania pacjentki z rakiem piersi? Jakże są jego efekty?

Zastosowanie nowych terapii znacząco poprawia rokowania pacjentek. W praktyce oznacza to, że u 15 proc. kobiet, u których nie doszło do remisji po zastosowaniu leczenia przedoperacyjnego i chirurgicznego, nie dojdzie do nawrotu choroby. Dodam, że gdybyśmy nie mieli dostępu do stosowanych już terapii to rak piersi HER2 dodatni powodowałby największą śmiertelność. A dzięki temu, że są leki celowane to możemy już dużą liczbę kobiet uratować. To jednak stara metoda, a są nowsze, bardziej skuteczne z których można skorzystać.

Jak długo trwa leczenie raka piersi?

Rok. I wliczamy w to, zarówno celowane leczenie przedoperacyjne, zabieg, jak i leczenie, które trzeba ewentualnie zastosować po jego wykonaniu, gdy w usuniętym fragmencie zostaną wykryte komórki nowotworowe.

Czy terapia, o którą walczymy w Polsce, jest dostępna w innych krajach w Europie?

Tak i mowa tu nie tylko o tych najbogatszych. Bo jest stosowana na Łotwie, Czechach, Słowenii, Portugalii. Odstajemy więc na tyle wielu państw. I czas najwyższy to zmienić, bo z roku na rok zachorowań na raka piersi jest coraz więcej. Obecnie diagnozowanych jest ok. 18 tys. nowych przypadków w skali roku, z czego 6 tys. skutkuje zgonem. To jest choroba cywilizacyjna. Wpływ na zwiększoną liczbę zachorowań ma zatem zmiana stylu życia. Nie należy w związku z tym oczekiwać, że nagle zacznie zanikać. Potrzeba więc terapii, które będą dawały coraz lepsze efekty w leczeniu pacjentek, czyli przedłużały im życie, a także dawały większe szanse na wyleczenie. Szczególnie, że u 25-30 proc. pacjentek z wczesnym rakiem piersi HER2-dodatnim dochodzi do nawrotu choroby i przerzutów odległych. Gdybyśmy mogli stosować wszystkie dostępne na świecie terapie, to szansę na całkowite wyleczenie zyskałoby 80-85 proc. pacjentek z tym podtypem raka piersi.

pao