DODATEK INFORMACYJNO-PROMOCYJNY

DGP zdrowie

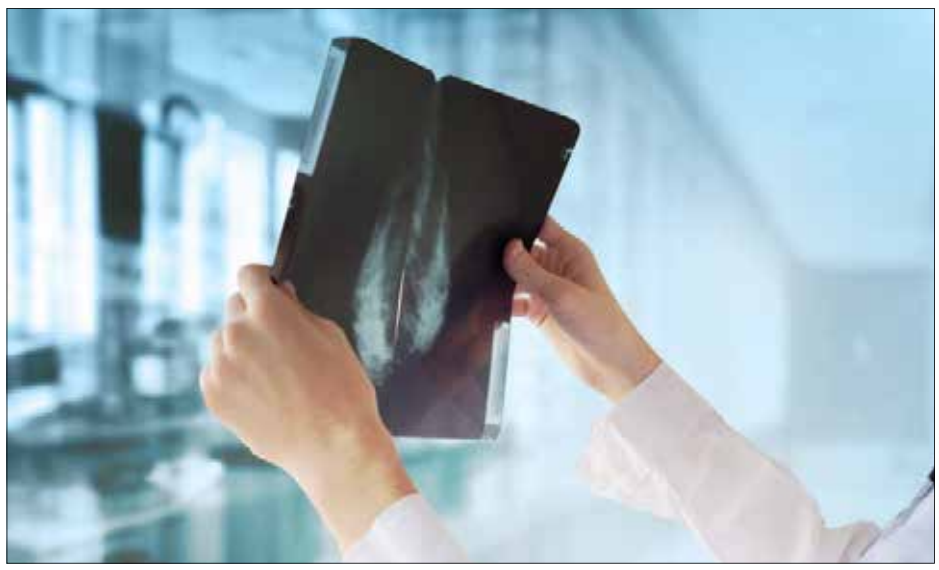
ONKOLOGIA
DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Piątek–niedziela
26–28 LUTEGO 2021 NR 39 (5447)

Rak nie poczeka, a łóżka same nikogo nie wyleczą

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opublikowała nowe, wyższe taryfy za leczenie onkologiczne: dołożono 200 mln zł rocznie. Nie wszyscy eksperci zgadzają się jednak z celowością podwyższania opłat za hospitalizację

Mira Suchodolska
mira.suchodolska@infor.pl



FOT. SHUTTERSTOCK

Czy działania wprowadzane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej okażą się skuteczne? Zdaniem prof. dr hab. n. med. Jacka Jassema, kierownika Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesa Zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, jest to kontrproduktywne, gdyż będzie zachęcało szpitale do przetrzymywania pacjentów, żeby zarobić, podczas gdy w nowoczesnej onkologii odchodzi się od hospitalizacji. W ramach pakietu onkologicznego stworzono możliwość zastąpienia hospitalizacji znacznie tańszym pobytem hotelowym. Teraz to rozwiązanie stanie się nieatrakcyjne finansowo i chorzy wrócą do szpitali.

Kompleksowe zmiany

Próbą systemowego rozwiązania problemów polskiej onkologii ma być stworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO); ustawa ją powołująca wejdzie w życie 1 stycznia 2022 r. (projekt ma powstać do końca marca br.). Premier Mateusz Morawiecki podczas Światowego Dnia Walki z Rakiem (4 lutego) zapowiedział, że nowy model organizacyjny ma być wystandaryzowany i nastawiony na satysfakcję pacjenta. Natomiast minister zdrowia Adam Niedzielski podkreślał, że w sieci nie znajdą się wszystkie ośrodki, zajmujące się leczeniem nowotworów, tylko te, które spełnią konkretne wysokie kryteria. Te wszystkie działania są podejmowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), wieloletniego programu przyjętego przez Radę Ministrów około roku temu. Jest on przewidziany na lata 2020-2030 i wprowadza kompleksowe zmiany w systemie lecznictwa onkologicznego.

Kluczowe założenia KSO to zapewnienie możliwości telefonicznego i elektronicznego umawiania się pacjentów na wizyty, tą samą drogą będzie możliwa zmiana terminu badań czy wizyt lekarskich. Każdy pacjent będzie miał swojego koordynatora, który poprowadzi go przez proces leczenia.

Nareszcie zostanie zbadana i zmierzona jakość opieki klinicznej w ośrodkach terapeutycznych. Mówiąc w skrócie – zostaną ujednolicone procedury stosowane w diagnostyce, ale także w leczeniu. Sposób postępowania na poszczególnych etapach terapii medycy będą raportowali, wprowadzając dane do wirtualnych formularzy. A informacje z nich zostaną automatycznie „zassane" do centralnej bazy. Potem algorytmy wyciągną wnioski na temat tego, jak sobie radzą poszczególne jednostki. Czyli – na przykład – ilu leczonych w nich pacjentów wymaga powtórnej hospitalizacji, czy ilu wymaga tzw. reoperacji, a więc powtórnego zabiegu, gdyż nastąpiła wznowa choroby. Danymi ma zarządzać Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB). Taka ewaluacja jakości klinicznej opieki onkologicznej będzie robiona co rok, ma ona na celu sprawdzenie – jeśli w jakimś szpitalu wyniki są gorsze – co idzie „nie tak", jakie błędy zostały popełnione, co należy zmienić. To o tyle istotne, że dziś np. wskaźnik reoperacji wynosi w Polsce 20 proc., co oznacza, że NFZ płaci podwójnie za co piątego chorego. Co dwa lata będzie także następowała weryfikacja będących w sieci placówek medycznych – czy nadal kwalifikują się do określonych poziomów referencyjnych.

Dobrze, iż nareszcie wprowadza się taką ewaluację, jednak zastrzeżenia niektórych ekspertów budzi to, że oceniającym będzie instytucja, która sama świadczy usługi w tej samej dziedzinie co placówki, które będzie oceniać i startuje w tych samych konkursach o pieniądze. – Monitorowanie jakości leczenia onkologicznego ma krytyczne znaczenie, ale powinna się tym zajmować niezależna instytucja, np. NFZ – stwierdza prof. Jassem.

Pacjent jest najważniejszy

Zaletą KSO jest to, że z założenia ma być propacjencki, w przeciwieństwie do skrajnie nieprzyjaznego dla chorych systemu, który dziś mamy. Zachorowanie na nowotwór jest bodaj, że najważniejszym wydarzeniem w życiu chorego. Oprócz lęku o zdrowie i życie dopada go frustracja i zagubienie, często nie potrafi się odnaleźć w labiryncie biurokratycznych wymagań związanych z załatwianiem skierowań, organizowaniem badań etc. Jeśli jest w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, albo jeśli ma sprawną rodzinę, do dobrze dla niego. Gorzej, jeśli tego zabraknie, wielu pacjentów wypada przez to z systemu. Chorym brakuje informacji: co i dlaczego będą z nimi robić, jaki jest najlepszy ośrodek, który specjalizuje się w leczeniu ich schorzenia. Informacje może zdobyć co najwyżej od towarzyszy niedoli w poczekalni.

Zapowiedź wprowadzenia koordynatorów, którzy mieliby się opiekować pacjentami, pomóc im przejść przez proces leczenia brzmi dobrze. Rodzą się jednak wątpliwości, jak to będzie wyglądało w praktyce. Zakłada się, że na jednego koordynatora ma przypadać góra 40 pacjentów. Biorąc pod uwagę, że w Polsce co roku na chorobę nowotworową zapada jakieś 165 tys. osób, oznaczałoby konieczność zatrudnienia i przeszkolenia 4125 koordynatorów. Bo trudno wyobrazić sobie, żeby dodatkowymi zadaniami resort zdrowia chciał obciążyć już i tak przeciążony personel medyczny. Lekarzy i pielęgniarek jest w ogóle za mało, a w dodatku młodzi adepci nie chcą wybierać trudnych specjalizacji związanych z onkologią. Wprawdzie w NSO pisze się o stworzeniu zachęt finansowych, szkoleń etc., ale w obliczu wieloletniego trendu starzenia się kadr medycznych może to wyglądać trochę na zaklinanie rzeczywistości.

Bardzo dobrze wygląda w założeniach ujednolicenie diagnostyki i wprowadzenie standardów postępowania. Chodzi o to, aby pacjent miał prawidłowo wykonaną diagnostykę obrazową i molekularną, niezależnie od tego, w jakim miejscu kraju się leczy. A później aby miał możliwość skorzystania z nowoczesnego leczenia. O tym, jaka to będzie terapia, powinno się decydować po skonsultowaniu danego przypadku ze specjalistami z innych, wiodących ośrodków. Ważne, aby plan leczenia został stworzony przez interdyscyplinarne grono specjalistów, bo tylko takie gwarantuje optymalną terapię.

Plany a rzeczywistość

W praktyce może być różnie. Już program pilotażowy KSO prowadzony w latach 2019–2020 (w województwach dolnośląskim, pomorskim, świętokrzyskim i podlaskim, objęto nim 6 tys. pacjentów) pokazał, że są placówki, które do konsultacji podchodzą z pewną dezynwolturą. W jednej z nich konsultacjom poddano zaledwie 40 proc. wszystkich uczestniczących w programie pacjentów – przy czym nie było wśród nich żadnego z rakiem płuca i rakiem jajnika. Pojawia się więc pytanie, jakie środki nacisku będzie miał NFZ, aby skłonić placówki do wywiązywania się z tych zaleceń, które sprowadzają się do kooperacji i dzielenia się doświadczeniem – a z tym mamy, nie tylko w onkologii i nie tylko w medycynie – wielki problem. Teoretycznie rzecz biorąc fundusz może nie zapłacić szpitalom za wykonane świadczenia albo „wyciąć" krnąbrnych z sieci. W praktyce może się to okazać trudne, z kilku powodów, także politycznych.

Pakiet onkologiczny, który wszedł w życie w 2015 r., miał zagwarantować pacjentom nielimitowany dostęp do świadczeń i skrócić czas diagnostyki tudzież leczenia. Jednak – co wynika z raportu NIK – zamiast tego doszło do rozproszenia opieki onkologicznej, natomiast nie odnotowano znaczącej poprawy skuteczności leczenia, choć koszty dla budżetu państwa były ogromne. Za leczenie nowotworów wzięły się małe, niewyspecjalizowane ośrodki, natomiast pacjenci zaczęli szturmować renomowane kliniki, w efekcie 17 największych placówek, stanowiących poniżej 1 proc. wszystkich świadczeniodawców leczyło ponad 50 proc. pacjentów chorych na nowotwory.

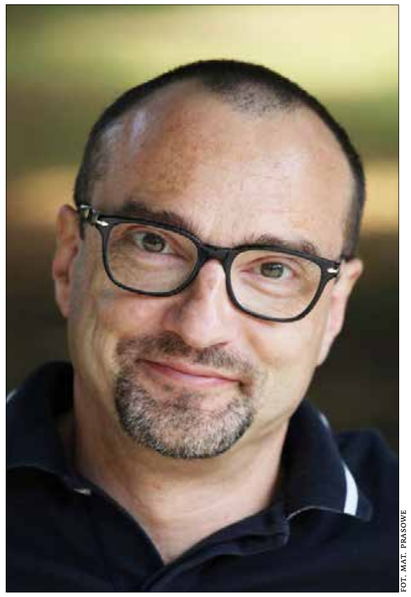
Od lat słyszymy o skoordynowanej opiece w onkologii, która wciąż pozostaje głównie w sferze postulatów. Idea jest taka, że chory, kiedy dowiaduje się o postawionej mu diagnozie, trafia natychmiast w ręce wysoko wyspecjalizowanej ekipy onkologów, hematologów, radiologów, etc., którzy znają się na konkretnym typie nowotworu i głównie nim się zajmują. Jest prowadzony za rękę, nie musi biegać za skierowaniami, za organizacją zabiegów, wszystko dzieje się samo. Jeśli ma często występujący w populacji nowotwór, powinna być szansa na to, aby był leczony jak najbliżej domu. Jego pobyt w szpitalu – z powodu zagrożeń zarówno zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, jak i fatalnym wpływem na psychikę (depresje, psychozy) powinien ograniczać się do minimum. Jeśli stan zdrowia chorego na to pozwala, lepszym rozwiązaniem są przyszpitalne hotele.

Gorzej, jeśli jego nowotwór należy do tych rzadkich, w tym przypadku dobrze by było, aby powstały jednostki, które będą się w nich specjalizowały, trudno, trzeba będzie się przemieszczać, ale i to lepsze niż leczenie przez ośrodki, które nie mają – bo też nie mogą mieć – żadnego doświadczenia w terapii. Problem w tym, że tych specjalizujących się w konkretnym rodzaju nowotworu, mających certyfikację na niego ośrodków, w zasadzie nie ma. Od 1 października 2019 r. stworzono możliwość realizacji takich świadczeń w przypadku raka piersi (tzw. breast unity). Miały one zapewnić kompleksową diagnostykę oraz indywidualny proces leczenia onkologicznego, ale z powodu nierealnych wymogów powstało ich zaledwie 11. Specjalizujących się w raku płuca w ogóle nie ma.

O stworzenie skoordynowanego systemu ośrodków specjalistycznych, pulmonologicznych, onkologicznych i torakochirurgicznych, które zagwarantują polskim chorym na raka płuca sprawną i skoordynowaną opiekę na wysokim poziomie, w oparciu o jej realną wycenę ekonomiczną, apelowali m.in. eksperci podpisani pod dokumentem „Strategia walki z rakiem płuca z 2017 r., a w grudniu zeszłego roku wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski w wywiadzie dla swiatlekarza.pl zapewniał, że Lung Cancer Unity zaczną działać już od stycznia tego roku.

Powiedzieć można wszystko, gorzej jest z wprowadzeniem – mądrym – słów w życie. Z badań wynika, że co drugi Polak i co trzecia Polka zachoruje na chorobę nowotworową. Połowa umrze. To od polityków zależy w dużej mierze, ile tych istnień można będzie uratować.

Cztery osoby na 10 zachorują na nowotwór



FOT. MAT. PRASOWE

Marcin Wojciech Czech, lekarz, specjalista zarządzania i urzędnik państwowy, profesor zwyczajny, doktor nauk medycznych, doktor habilitowany nauk ekonomicznych, w latach 2017–2019 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marcin Wojciech Czech: Chodzi o to, żeby zreformować system tak, by można było wcześniej potwierdzić, że pacjent ma nowotwór i wcześniej zacząć go leczyć

Jaki wpływ mają nowotwory na system opieki zdrowotnej i gospodarkę naszego kraju?
Wymiar ekonomiczny można rozpatrywać na kilku różnych poziomach. Poziom ogólny wskazuje, jak choroby nowotworowe en bloc wpływają na to, co się dzieje w gospodarce. Tu ważne są dwa zjawiska. Pierwszy to absenteizm, czyli czasowy bądź trwały brak produktywności jednostek, które zachorowały na chorobę nowotworową, a które są w wieku produkcyjnym. Drugi to prezenteizm, charakteryzujący się tym, że osoby z nowotworem są co prawda w pracy, ale przez to, że są chore, nie są w stu procentach wydolne. Pracują gorzej, często przebywają na zwolnieniach lekarskich. Te dwa zjawiska wiążą się z kosztami pośrednimi, które z kolei kładą się cieniem na całą gospodarkę, na produktywność populacji. Słowem na to, co ludzie są w stanie wytworzyć jako część produktu krajowego brutto. Nowotwory znajdują się na drugim miejscu, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, jeśli chodzi o chorobowość i zapadalność Co więcej, w ich przypadku obserwujemy tendencję wzrostową.

To oznacza, że w przyszłości nowotwory znajdą się na pierwszym miejscu chorób, przez które ludzie będą umierać?
Jest jeszcze trochę czasu, ale jak dowodzą dane z raportów, cztery osoby na 10 w Unii Europejskiej zachorują w jakimś stadium swojego życia na nowotwór.

Wymiar ekonomiczny wiąże się też z problemami demograficznymi Europy, ze starzeniem społeczeństwa.
Jak najbardziej. Oprócz chorób nowotworowych, które w hematoonkologii dotyczą dzieci, młodych kobiet w wieku rozrodczym, to większość nowotworów, jak rak stercza, rak płuca, rak piersi dotyczy osób w wieku starszym, ale często jeszcze w wieku produkcyjnym. A nawet jeśli dotyczy to osób w wieku poprodukcyjnym, to bardzo często są to osoby, które będą wymagały opieki. Mamy do czynienia ze zjawiskiem, szczególnie w krajach, które nie mają jeszcze bardzo rozwiniętego systemu opieki instytucjonalnej, a Polska do tych krajów należy, gdzie takimi ludźmi opiekuje się rodzina. Wówczas członkowie rodziny również nie mogą prowadzić swojego życia zawodowego w pełnej skali. Rezygnują z pracy, by opiekować się chorym członkiem rodziny. To jest zresztą cały łańcuszek: jeśli chorują dziadkowie, to nie mogą opiekować się wnukami, w związku z czym znów osoba w wieku produkcyjnym jest przesuwana do tej części opiekuńczej. Zatem, jeśli chodzi o koszty pośrednie i wpływ na gospodarkę, to jest on olbrzymi. To jest ten pierwszy poziom, na którym należy rozpatrywać choroby nowotworowe. Drugim poziomem są koszty choroby, czyli ile kosztuje nas diagnostyka, leczenie, hospitalizacja, związane z konkretnym nowotworem. Na podstawie danych z NFZ można obliczyć, jakie kwoty poświęcamy w naszym systemie na to, żeby leczyć choroby nowotworowe.

Jakie to kwoty?
Liczone w miliardach, jeśli nie dziesiątkach miliardów złotych. To jest więc ten drugi poziom, który możemy rozpatrywać, do którego też wchodzi element zarządzania systemem. Chodzi tu o podejmowanie jak najlepszych decyzji o tym, jak diagnozować, kiedy diagnozować, jakie są ścieżki pacjenta, jaką terapię otrzyma i kiedy. Albo że chory objęty jest prewencją pierwotną, co uproszczeniu oznacza, że kobiety chodzą do ginekologia i robią cytologię, a mężczyźni badają gruczoł krokowy, dzięki czemu wcześnie można u nich rozpoznać raka prostaty.

Lekarze często zwracają uwagę, że chory musi czekać, aż wejdzie w bardziej zaawansowane stadium choroby, aby można mu było podać nowoczesną terapię, choć podanie jej pacjentowi w łżejszym stanie przyniosłoby więcej korzyści.
Zaraz do tego wrócę, bo to w zasadzie dotyczy całego systemu. Kolejnym etapem jest to, jak leczyć najbardziej efektywnie, jeśli mamy już rozpoznanie. Wszystko trzeba rozpatrywać kompleksowo i zacząć od wspomnianej profilaktyki pierwotnej: na przykład od diety, wysiłku fizycznego, niewystawiania się na słońce przy czerniaku, niechodzenia na solarium, od braku ryzykownych zachowań seksualnych przy nowotworach układu moczowo-płciowego itd. Gdy mamy podejrzenie wystąpienia choroby, wchodzimy w etap diagnostyki osób podejrzanych o choroby nowotworowe. Nie może być tak, że człowiek przez trzy tygodnie czeka na rozpoznanie histopatologiczne, a wcześniej miesiąc na biopsję. Przecież mógłby już zacząć być leczony dwa i pół miesiąca wcześniej. Ten timing, opieka koordynowana, karty DiLO, brak kolejek, brak konieczności skierowania – wszystkie te elementy są nastawione na to, żeby zreformować system tak, by można było wcześniej potwierdzić, że pacjent ma nowotwór i wcześniej zacząć go leczyć. Ludzie zaś niektóre badania zmuszeni są wykonywać prywatnie, gubią się w systemie, a nie powinno tak być. Oczywiście, wiem z czego to wynika. Są tego konkretne przyczyny.

Z czego?
Mało jest anomapatologów, są kiepsko wynagradzani, ich praca jest źle zorganizowana. Dlatego jest, jak jest. W Niemczech na przykład chory od razu poddawany jest badaniom. Zawsze zadawałem sobie pytanie, dlaczego w Polsce się czeka.

Teraz taką przyczyną jest pandemia?
W pandemii jest jeszcze gorzej! Ludzie boją się pójść do szpitala. Aczkolwiek choć onkologia nie jest jeszcze tak bardzo dotknięta, to mamy do czynienia z takim zjawiskiem, że część chorych zwleka z diagnozą, zwleka z leczeniem. Mówi się o długu zdrowotnym, który jeszcze narośnie i spowoduje, że ci chorzy będą bardziej zaawansowani w chorobie, kiedy trafią do leczenia, więc sytuacja może ulec pogorszeniu.

Wracając do pani pytania – kiedy już chory ma do czynienia z leczeniem, to zasadniczo składa się ono z trzech metod, których opłacalność też można obliczyć. Jest to: leczenie chirurgiczne – czyli jeśli mamy zmianę, to ją wycinamy, np. czerniaka skóry czy nowotwór kości – resekcja nieraz połączona z protezoplastyką. Mamy radioterapię, czyli naświetlanie – w uproszczeniu zabija szybko mnożące się komórki. No i mamy farmakoterapię, która składa się z chemioterapii, immunoterapii, a przyszłością onkologii najprawdopodobniej jest terapia genowa i komórkowa. Chemioterapia jest już dość tania, więc nie ma tutaj wielkiego problemu, choć są i nowe chemioterapeutyczne leki, które są droższe. Mamy immunoterapię, która niejako odblokowuje mechanizmy naszego układu immunologicznego. Jest zwykle bezpieczniejsza niż chemioterapia. Z kolei terapia genowa to na razie melodia przyszłości, przynajmniej w Polsce, ale jeszcze chwila i będzie dostępna. Mam też na myśli np. terapię CAR-T...

...o których coraz więcej się mówi.
Jesteśmy w stanie tak zorganizować terapię, żeby – na co zwróciła pani uwagę – już na wcześniejszych etapach, a nie w zaawansowanym stadium choroby, mogła być stosowana. Wówczas rokowanie dla takiego pacjenta znacznie nam się polepsza; możemy skutecznie przedłużyć jego życie. Tu w istocie pojawia się zadanie dla farmakoekonomistów, żeby ocenili opłacalność tych wszystkich linii terapeutycznych.

Jest taka idealna ścieżka, w której chorzy będą świetnie leczeni, a budżet nie ucierpi?
Tak próbujemy robić. Komisja ekonomiczna stara się wynegocjować niskie ceny, żeby one były do przyjęcia przez budżet państwa; producenci starają się być w miarę elastyczni na tyle, na ile ich centrale pozwalają, żeby obniżyć ceny. Szukamy też subpopulacji, które najbardziej skorzystają na pewnym leczeniu, żebyśmy mieli największą opłacalność tych działań. Prawda jest też taka, że mamy relatywnie nieproporcjonalnie wysokie ceny, mimo że są one jednymi z najniższych w Europie, bo jednak jesteśmy biedniejsi niż inne kraje. Tymczasem inne interwencje w naszym systemie zdrowia są wielokrotnie tańsze. Krótko mówiąc, nasz system ochrony zdrowia działa na poziomie 100 mld zł, a niemiecki na poziomie kilkukrotnie wyższym.

Który z nowotworów w Polsce generuje najwyższe koszty?
Jest on pochodną częstości zachorowań, długości trwania, tego, jak długo jest leczony, jak poważnie chore są osoby z tym nowotworem. Szukałbym tu tych nowotworów, które nie zabijają od razu, takich jak rak trzustki, który ma złe rokowanie, chociaż ostatnio coraz lepsze. Szukałbym wśród nowotworów, które przebiegają w sposób przewlekły, a jednak postępują. Takimi rozpowszechnionymi są nowotwory piersi, płuc, pewnie rak prostaty. Koszty będą też zależeć od tego, w jaki sposób one będą leczone.

Z ekonomicznym zagrożeniem w kontekście nowotworów – choć paradoksalnie to brzmi – wiąże się też postęp technologiczny. Jest kosztowny i koszty będą rosły. Jak sobie z tym radzić przy budżetowych ograniczeniach?
Możemy sobie pozwolić na nowoczesne rozwiązania, ale nie na wszystkie. Z drugiej strony na rynku jest konkurencja, ona dotyczy też leków biologicznych, czyli takich, które działają w immunoonkologii, a wtedy ceny spadają i większe populacje mogą być leczone, a budżety średnio bogatych krajów, do których Polska należy, już na to stać. Obyśmy mieli jak najlepszą sytuację gospodarczą, żebyśmy byli w stanie za to zapłacić. Ważny tu jest rozsądek, pójście krok do tyłu, jeśli chodzi o ambicje biznesowe przemysłu farmaceutycznego. Jeśli zaś chodzi o najnowocześniejsze terapie genowe czy komórkowe, to w moim przekonaniu musi dojść również do legislacyjnych rozwiązań, które pomogą nam finansować te terapie w taki sposób, że będą one oceniane w dłuższym horyzoncie czasowym. Być może ich koszty zostaną rozłożone w czasie. Powinniśmy też mieć możliwość tego, co już istnieje w różnego typu instrumentach działania ryzyka, czyli wynagradzania tylko za sukces terapeutyczny. Państwo płaciłoby wyłącznie za pozytywny efekt leczenia – za to, że chory będzie zdrowiał, albo wyzdrowieje w określonym czasie, albo nie będzie miał postępu choroby. Za tych, którzy nie odnieśliby sukcesu terapeutycznego, płatnik by nie zapłacił. To wszystko jest do wypracowania. Wszyscy udziałowcy tego systemu muszą ze sobą rozmawiać, bo sytuacja na świecie jest dynamiczna, jeśli chodzi o nowe terapie. Decydenci muszą być wystarczająco wykształceni, żeby to zrozumieć. Po to, żeby jak najracjonalniej wydawać pieniądze.

Rozmawiała Marta Czerwińska

Komisja ekonomiczna stara się wynegocjować niskie ceny, żeby one były do przyjęcia przez budżet państwa; producenci starają się być w miarę elastyczni na tyle, na ile ich centrale pozwalają, żeby obniżyć ceny.

Nie może być tak, że człowiek przez trzy tygodnie czeka na rozpoznanie histopatologiczne, a wcześniej miesiąc na biopsję. Przecież mógłby już zacząć być leczony dwa i pół miesiąca wcześniej

PREZENTACJA

PARTNER
GILEAD Creating Possible

SKUTECZNE SĄ TYLKO TE LEKI, NA KTÓRE MOŻEMY SOBIE POZWOLIĆ

Wojciech Jurczak: Dwa lata po zarejestrowaniu w USA czy Niemczech refundowanych jest ponad 70 proc. preparatów, w Polsce mniej niż 20 proc.

Jeśli chodzi o zapadalność na nowotwory, to Polska jest na niechlubnym pierwszym miejscu wśród krajów Europy. Jakie mamy szanse na to, żeby przestały nas zabijać?
Tak się prawdopodobnie nigdy nie stanie. Jeśli popatrzymy na przyczyny zgonów w Polsce, to najczęstszymi z nich są choroby układu krążenia i właśnie choroby nowotworowe. Obie te przypadłości możemy nazwać chorobami cywilizacyjnymi; wiążą się z naszymi przyzwyczajeniami, sposobem życia oraz z prostym faktem, że żyjemy dłużej. Zarówno choroby układu krążenia, jak i nowotworowe częściej występują u osób starszych. Postęp medycyny umożliwia coraz skuteczniejsze ich leczenie, a w konsekwencji dalsze wydłużenie życia chorych.

Na szczęście pojawiają się nowoczesne terapie. Jakie jest miejsce immunoterapii w leczeniu pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego i odpornościowego?
Każda z zastosowanych metod leczenia jest na swój sposób leczeniem celowanym. Początki leczenia systemowego chłoniaków to I wojna światowa, bitwa pod Ypres, w czasie której użyto gaz musztardowy – pierwszy cytostatyk stosowany potem dożylnie. Podstawowe schematy chemioterapii chłoniaków są na tyle skuteczne, że przetrwały bez większych modyfikacji przez ostatnie 45–50 lat. Cytostatyki są lekami z wyboru, w przypadku guzów o dużej dynamice, których komórki nowotworowe szybko się dzielą. Pierwszym przełomem była immunoterapia, a konkretnie pojawienie się przeciwciał monoklonalnych, czyli leków, które w naturalny sposób przypominają elementy układu odpornościowego. Organizm wytwarza przeciwciała, np. przeciwko wirusom grypy, w onkologii możemy podawać pacjentom przeciwciała przeciwko komórkom nowotworowym.

Na czym dziś polega immunoterapia?
Obecnie poza przeciwciałami monoklonalnymi mamy leki immunomodulujące, które mogą w silny sposób aktywować limfocyty T, inhibitory punktu kontrolnego – usuwające naturalne bariery działania układu immunologicznego, u zdrowych osób zapobiegające zjawisku autoagresji i przeciwciała bispecyficzne – ułatwiające kontakt komórek immunologicznie kompetentnych z komórką nowotworową. Do najbardziej wysublimowanych metod immunoterapii należą terapie komórkowe, czyli allogeniczne przeszczepianie szpiku (od dawcy rodzinnego lub osoby niespokrewnionej), a ostatnio – terapie CAR-T.

Chemioterapia, radioterapia, immunoterapia – czy mamy jeszcze jakieś możliwości?
Tak, są to leki ukierunkowane molekularnie; zwykle drobne cząsteczki, które blokują przekazywanie sygnałów wewnątrzkomórkowych, np. sygnału z receptora limfocytów B. Te leki pozwalają na leczenie opornych na chemioterapię przypadków, choć ich skuteczność zależy od tego, jak dobrze są dobrane, jak ważny dla konkretnego podtypu chłoniaka jest blokowany sygnał. Tu osiągnęliśmy pewien limit: są choroby, które potrafimy scharakteryzować dobrze, dla których leki ukierunkowane molekularnie spełniają swoje zadanie, jak np. dla przewlekłej białaczki limfocytowej czy chłoniaka z komórek płaszcza. Są podtypy chłoniaków, których rozpoznanie jest mniej precyzyjne, opiera się de facto na podobnym wyglądzie morfologicznym i podobnym obrazie klinicznym, gdzie nie możemy dobrze zdefiniować jednego punktu uchwytu działania leku dla wszystkich pacjentów. Do nich należy np. chłoniak rozlany z dużych limfocytów B, gdzie leki ukierunkowane molekularnie zawiodły. A przynajmniej te, które stosowaliśmy do tej pory.

A immunoterapia?
Immunoterapia działa inaczej, ponieważ wykorzystuje elementy naturalnego układu immunologicznego. Ukoronowaniem immunoterapii jest przeszczep allogeniczy, czyli zamiana układu immunologicznego pacjenta na ten od członka rodziny lub dawcy niespokrewnionego. Taki „nowy” układ immunologiczny w lepszym stopniu rozpozna komórki nowotworowe i ostatecznie da sobie z nimi radę. To bardzo dobra koncepcja, mająca jedną podstawową wadę: układ immunologiczny musi nauczyć się walczyć z chorobą. Najprościej nam to zrozumieć, przypominając sobie, jak posyłaliśmy dzieci do przedszkola. W pierwszych miesiącach musiały swoje odchorować. Ich układ immunologiczny musiał nauczyć się walczyć z częstymi infekcjami, które mieli rówieśnicy. Praktycznie każdy to przeżył. Po przeszczepie allogenicznym ten nowy układ immunologiczny musi mieć od trzech do sześciu miesięcy na osiągnięcie sprawności, na nauczenie się. Przeszczep allogeniczny zapewnia najlepszy efekt, jeżeli choroba jest w remisji, tak głęboko opanowana, że przez kolejne od trzech do sześciu miesięcy „nie podniesie głowy”. Proszę zauważyć, że leki są skuteczne wtedy, kiedy je stosujemy, a nieskuteczne – kiedy ich nie stosujemy.

FOT. MAT. PRASOWE

Prof. Wojciech Jurczak, hematolog, związany z Katedrą i Kliniką Hematologii UJCM

Logiczne.
Co więcej – możemy je stosować, a nowotwór może wytworzyć oporność. W przypadku przeszczepów allogenicznych jest dokładnie na odwrót: przy przeszczepie podajemy stosunkowo słabą chemię czy radioterapię, która nie jest w stanie na długo powstrzymać procesu nowotworowego. Z przeszczepem allogenicznym jest zupełnie inaczej: układ immunologiczny zaczyna działać po 3–6 miesiącach. Co więcej, im dłuższy czas od przeszczepu, tym silniej działa. Czasami porównuję te sytuację do poborowych z dawnych czasów. W pierwszych miesiącach strach im było giwerę do ręki dać. Po dwóch-trzech miesiącach mogliśmy się czuć bezpieczniej, a po pół roku to była prawdziwa armia. I tak jest z przeszczepem.

Na czym polega terapia CAR-T?
To zupełnie inna kategoria leczenia, aczkolwiek bazująca na tym samym. Pobiera się własne limfocyty pacjenta, wszczepia się do nich in vitro (w laboratorium) receptor dla komórki nowotworowej, który z jednej strony odpowiada za rozpoznanie przez nie komórki nowotworowej, a z drugiej za ich pobudzenie. Takie limfocyty namnaża się poza organizmem, a następnie podaje się je pacjentowi. Na efekt ich działania nie musimy czekać miesięcy, to gotowe od razu do walki z nowotworem komórki immunologicznie kompetentne, swoisty „legion zabójców”. Można dzięki temu leczyć przypadki oporne, chorych z dużą masą guza; to w praktyce jedyny skuteczny sposób leczenia chłoniaków o dużej dynamice, gdy zawiodą klasyczne metody leczenia.

To jest ten przełom w leczeniu raka, o którym media tak lubią pisać?
Jest to przełom, jeśli chodzi o technologię i możliwości. Aczkolwiek prawdziwym przełomem będzie moment, kiedy te terapie staną się prawdziwie dostępne i będziemy mogli leczyć 200–300 chorych w Polsce, a nie parunastu.

Dlaczego tak mało? Czy chodzi tylko o pieniądze?
Trzeba zdać sobie sprawę z szerszego kontekstu. Leki przeciwnowotworowe kosztują. Przed 1960 r. mieliśmy zaledwie pięć zarejestrowanych leków na wszystkie choroby nowotworowe. W kolejnych dekadach ich liczba rosła średnio o paręnaście na 10 lat. W latach 1990–2000 było ich już o 25 więcej. Natomiast ostatnie 10 lat przyniosło ponad sto zarejestrowanych substancji aktywnych klinicznie. Skuteczne są tylko te, na które możemy sobie pozwolić. Budżet zdrowotny ma duże trudności z udźwignięciem tego, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Naszą sytuację najlepiej oddaje statystyka, wykazująca chociażby, ile leków, które są zarejestrowane, jest dostępnych, czyli refundowanych w dwa lata po ich zarejestrowaniu. W krajach takich jak USA czy Niemcy jest ich ponad 70 proc. W Polsce to mniej niż 20 proc.

Nie wygląda to dobrze.
Mamy w Polsce większe, a na pewno dłużej nierozwiązane problemy niż brak terapii CAR-T. Dobrym przykładem są stosowane na całym świecie od 2013 r. inhibitory kinazy Brutona, czyli na przykład ibrutynib, do którego w Polsce dostęp jest bardzo ograniczony (przewlekła białaczka limfatyczna) lub w ogóle nierefundowany (chłoniak z komórek płaszcza). Terapie CART-T są zaaprobowane w ostatnich dwóch latach. Rzeczywiście mamy z jednej strony brak refundacji terapii komercyjnych, natomiast powstał grant Agencji Badań Medycznych dla polskich ośrodków, który ma umożliwić na przestrzeni kolejnych lat wytworzenie polskiej terapii CAR-T, promowanie badań klinicznych, szkolenie ośrodków. Terapie CAR-T stały się tak popularne w mediach, że ich dostępność prawdopodobnie będzie szybsza od dostępności innych leków.

Porozmawiajmy zatem o skuteczności terapii CAR-T w DLBCL...
...czyli w chłoniaku rozlanym z dużych limfocytów B.

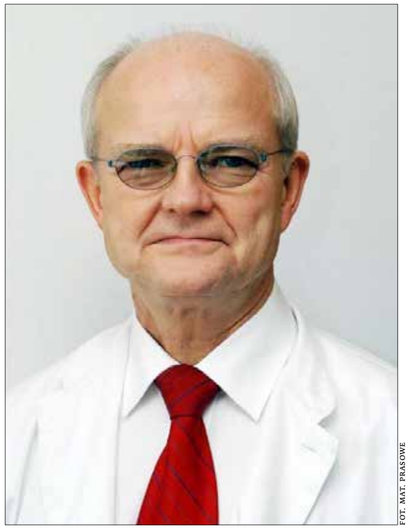
Tak jest. Oraz w chłoniakach z komórek płaszcza.
Chorzy z chłoniakami rozlanymi z dużych limfocytów B, opornymi na co najmniej dwie linie terapeutyczne nie mają praktycznie żadnych innych szans na całkowite wyleczenie. Owszem, mogą stosować alternatywne chemioterapie, można próbować pewne leki ukierunkowane molekularnie, natomiast znakomita większość prób oznacza wyłącznie postępowanie paliatywnie, chwilowe powstrzymanie choroby, wydłużenie życia. Bardzo rzadko mamy możliwość uzyskania całkowitych regresji. Terapie CAR-T pozwalają na uzyskanie całkowitych regresji u około 60 proc. chorych. Co więcej, długofalowe obserwacje wykazują, że u części chorych są one długotrwałe. Ponadto, jeżeli porównamy śmiertelność przy przeszczepie allogenicznym, która wynosi, w zależności od stopnia doboru dawcy i stanu pacjenta 5–15 proc. z 1–5-procentową śmiertelnością u chorych poddanych terapii CAR-T, to widać tu olbrzymią różnicę. Oczywiście, u Chorych poddanych terapii CAR-T obserwujemy dużo zdarzeń niepożądanych, związanych głównie z neurotoksycznością czy z zespołem uwalniania cytokin. Przy odpowiednim doświadczeniu u większości z chorych nie wpływa to na przeżycie. Rokowanie u chorych z opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza jest podobne.

Jak wielu chorych dziś kwalifikowałoby się do takiej terapii?
Niełatwo odpowiedzieć na to pytanie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę Europę, to zaaprobowane terapie CAR-T są w chłoniaku rozlanym dużych limfocytów B i w ostrej białaczce limfoblastycznej/chłoniaku limfoblastycznym. W takim przypadku w Polsce mówilibyśmy o paruset chorych rocznie. Choć pewnie początki powinny być skromniejsze, zanim nabierzemy wprawy w opiece nad pacjentami po tych procedurach. Powinni to być pacjenci z oporną na leczenie chorobą, w dobrym stanie ogólnym, po nie więcej niż 2–3 liniach leczenia. Dopiero później przyjdzie czas na pacjentów o wyższym ryzyku, wymagających od prowadzących ich lekarzy większego doświadczenia.

mis

Artykuł jest sponsorowany przez firmę Gilead
PL-CTH-2021-02-0002

Trzeba działać w trybie „na ratunek"



FOT. MAT. PRASOWE

Dr n.med. Janusz Meder, onkolog z Narodowego Instytutu Onkologii, prezes stowarzyszenia Polska Unia Onkologii

Janusz Meder: Przy nowotworach czas jest podstawową sprawą, ponieważ komórki nowotworowe dzielą się w szybkim tempie

Śmiertelność chorych na nowotwory w pandemii wzrosła – alarmują lekarze onkolodzy. Potwierdzają to dane dotyczące zgonów chorych onkologicznie?
Byłbym ostrożny w takich sformułowaniach; są to spekulacje. To, o czym się w tej chwili mówi, wynika z obserwacji związanych z przebiegiem pandemii w ostatnim roku. Kierujemy się również danymi, które pochodzą ze źródeł zagranicznych, czy to z Europy zachodniej czy ze Stanów Zjednoczonych, gdzie robi się różne prognozy, przewidywania, symulacje i obserwuje się podobny problem, jak w Polsce. Sprowadza się on do tego, że w okresie pandemii wyraźnie zmalała liczba nowych chorych, którzy zgłaszają się do szpitali onkologicznych. Jest to więc problem ogólnoświatowy, obserwowany również w Polsce. My możemy się posiłkować danymi NFZ, które wskazują wyraźnie, że największy problem wystąpił w miesiącach: kwiecień, maj, czerwiec 2020 r. Wówczas wystawiono zdecydowanie mniej kart DiLO, tak zwanych zielonych kart przyspieszających diagnozę i leczenie onkologiczne. W miesiącach wiosenno-letnich wystawionych kart było w granicach 30–40 proc. mniej, niż w tym samym okresie przed pandemią.

Dodam, że nie można się tu kierować tylko tymi danymi, bo NFZ obliczyło, że spadek wypełnienia kart DiLO przez cały ubiegły rok wynosił 10–12 proc., więc ta średnia nie jest aż tak bardzo zatrważająca.

Ten spadek był spowodowany strachem przed koronawirusem czy były też inne powody?
Nie znamy danych, ilu pacjentów z podejrzeniem nowotworu rzeczywiście nie zgłosiło się do lekarza. Sam fakt, że nie wystawiono kart DiLO, nie znaczy, że jest to całościowy obraz, który pokazuje, ile osób nie przyszło do onkologa ze strachu, w obawie, żeby się nie zakazić. Były też kwarantanny, zamykano oddziały, zamykano ambulatoria; w tym trudnym okresie ubiegłego roku dostęp do lekarzy zarówno rodzinnych, jak i lekarzy specjalistów był dosyć ograniczony. W naszym kraju kilkadziesiąt osób personelu lekarsko-pielęgniarskiego zmarło z powodu ciężkiego przebiegu u nich COVID-19.

Jak pan więc ocenia sytuację, jeśli chodzi o dostępność procedur diagnostycznych? Na ile było to ograniczenie dostępności do klasycznego leczenia nowotworów?
Pokierujmy się znów twardymi danymi, które posiadamy; z jednej strony nastąpiła bardzo szybka reakcja naukowych towarzystw onkologicznych takich jak Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Radioterapii. Sporządziły one zalecenia dotyczące tego, w jaki sposób postępować w okresie pandemii, żeby ograniczenia związane z dostępem były odczuwalne w jak najmniejszym stopniu. Te wytyczne były rozesłane do wszystkich szpitali i przychodni onkologicznych. Według danych Polskiego Towarzystwa Chirurgów Onkologicznych, zwłaszcza w tym pierwszym okresie pandemii, wiosną i latem, niestety liczba wykonywanych zabiegów operacyjnych spadła aż o 40 proc. Zaczęły się wydłużać kolejki oczekujących, bo nie były realizowane zgodnie z zapisami właśnie przez to, że zamykano oddziały, w tym oddziały intensywnej terapii współpracujące z oddziałami chirurgicznymi; część personelu albo szła na urlopy w związku z opieką nad dziećmi, albo sama chorowała, albo musiała być odizolowana ze względu na kontakt z osobami zakażonymi. Był to więc duży problem, który spowodował, że pacjenci, którzy byli zapisani w tych kolejkach, dopiero teraz systematycznie są zapraszani na zabiegi, które powinny się odbyć wiele miesięcy temu.

Ta sytuacja musiała wpłynąć na rozwój nowotworów u chorych.
Przy nowotworach czas jest podstawową sprawą, ponieważ komórki nowotworowe dzielą się w szybkim tempie. Typowym przykładem są ostre białaczki i chłoniaki o agresywnym przebiegu, gdzie liczy się czas nie tylko w miesiącach, ale nawet w dniach i godzinach. Staraliśmy się oczywiście w ośrodkach, szczególnie w tych, do których trafiali pacjenci z rozpoznaniem z zakresu hematoonkologii, aby nie było oczekiwania w przyjęciu na diagnozę, na wdrożenie właściwego leczenia i to w wielu sytuacjach się udawało. Opóźnienie w diagnozie i leczeniu choroby nowotworowej – jak wynika z symulacji przeprowadzonej przez onkologów z USA i Europy zachodniej – czyli opóźnienie w zgłoszeniu się o trzy miesiące powoduje spadek wyleczalności o 10 proc., a opóźnienie o 6 miesięcy aż o 30 proc. Oczywiście, wiele nowotworów przebiega powoli przez lata i w niektórych ten czas nie jest tak ważny, dopóki nie dojdzie do przerzutów odległych, niemniej ciągle ma znaczenie. Jestem zwolennikiem twierdzenia, że każda sytuacja, kiedy mamy do czynienia z chorobą nowotworową, wymaga działania na hasło „na ratunek". Dopiero proces szczegółowej diagnozy, zebranie wszystkich danych na temat pacjenta w sposób zindywidualizowany pokazuje, gdzie można sobie pozwolić na pewną zwłokę w postępowaniu, a gdzie trzeba wziąć chorego poza kolejką, natychmiast do terapii, bo inaczej on traci swoje szanse. Istnieje i taki pogląd, że jeżeli nie przeprowadzi się szybko diagnozy i nie podejmie leczenia zgodnie ze standardami, leczenia, które daje najlepszą efektywność i jeżeli ta pierwsza decyzja terapeutyczna jest chybiona, a pacjent nie otrzymuje leczenia adekwatnego do postępu wiedzy medycznej albo jest ono suboptymalne w stosunku do tego, co powinien otrzymać – bo mówimy tu i o chirurgii, i radioterapii, chemioterapii, immunoterapii, hormonoterapii, czyli wszystkich tych metodach, które są wykorzystywane w wielu chorobach nowotworowych – to wtedy szanse pacjenta na całkowite wyleczenie spadają aż o 50 proc.

Jak wyglądała na początku pandemii i jak wygląda teraz sytuacja, jeśli chodzi o dzieci chorujące na nowotwory? U nich komórki rakowe namnażają się jeszcze szybciej niż u dorosłych.
W Polsce nowotwory u dzieci stanowią jeden procent wszystkich – to 1000–1200 zachorowań rocznie. Dzieci najczęściej chorują na białaczki, chłoniaki, nowotwory mózgu i mięsaki tkanek miękkich i kości. Optymistyczna wiadomość jest taka, że mamy całkiem dobrze zorganizowaną pediatryczną sieć ośrodków hematologiczno-onkologicznych, gdzie dostęp do szybkiej diagnostyki i leczenia jest wzorowy. Wyniki leczenia dzieci dzisiaj praktycznie nie odbiegają od tych światowych, bo średnio można wyleczyć w Polsce 70–80 proc. dzieci – to jest bardzo wysoka liczba zważywszy, że nadal wiele dzieci trafia do szpitali z opóźnieniem. Problem, podobnie jak u dorosłych, polega na późnym zgłaszaniu się, bo objawy i dolegliwości, które występują we wczesnej fazie choroby albo umykają obserwacji rodziców, albo próbują oni na własną rękę leczyć dzieci domowymi środkami, uważając, że to nie jest nowotwór. Albo, niestety, trafiają na lekarzy, którzy nie są może adekwatnie wyedukowani i też mogą przegapić pierwsze objawy nowotworu. Dlatego też tak ważne są okresowe badania kontrolne zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, u których problem jest podobny. Myślę więc, że tu powinniśmy się przede wszystkim skupić na realizacji ustawicznej edukacji społeczeństwa, prewencji i profilaktyce w oparciu o propagowanie Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, w którym zaleca się w jaki sposób zmienić styl życia, żeby zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwory nawet o 30–50 proc.

Jak wygląda dostępność, jeśli chodzi o leczenie i diagnostykę dla dzieci w pandemii? Podobnie jak u dorosłych?
Nie mam takich danych, ale wiem, że zjawisko jest podobne; ze względu na ograniczony dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu, niezależnie od ich specjalizacji, ale też ze względu na strach przed wirusem i odkładanie na przyszłość wizyty. Wszyscy liczyli na to, że pandemia nie będzie tak długo trwała, a widzimy, że nadal się rozwija i następują kolejne fale zachorowań. Wielokrotnie zarówno onkolodzy dziecięcy, jak i od dorosłych apelowali do społeczeństwa, żeby nie ponieść klęski przez zaniechanie; że trzeba koniecznie dążyć do tego pierwszego kontaktu, nawet niech on będzie za pomocą infolinii, bo jednak dostęp do konsultacji zdalnych był szybszy. Nawet przy wstępnej rozmowie lekarz, który jest przy telefonie, czy wyszkolony pracownik medyczny może od razu wyłapać niepokojące symptomy, nawet może umówić matkę z dzieckiem na wizytę. Poza tym od wielu lat funkcjonuje bezpłatna infolinia w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Wiele ludzi dzwoniło tam w pandemii, skarżąc się, że mają utrudniony dostęp do lekarza, i rzecznik interweniował w placówce, która odmówiła konsultacji chorego. Tą drogą więc też można było wiele uzyskać.

Ale wydaje mi się, że dopiero następne miesiące i lata pokażą, ilu pacjentów zgłosi się z wyższym stopniem zaawansowania choroby nowotworowej. Prognozy rzeczywiście są czarne; mówią o znaczącej liczbie takich pacjentów.

Od wielu lat funkcjonuje bezpłatna infolinia w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Wiele ludzi dzwoniło tam w pandemii, skarżąc się, że mają utrudniony dostęp do lekarza, i rzecznik interweniował w placówce, która odmówiła konsultacji chorego

Koronawirus upośledza wiele narządów w organizmie człowieka: płuca, serce, nerki, wątrobę, układ nerwowy, wzmaga cukrzycę. Jaki ma wpływ na stan zdrowia ludzi z nowotworami?
Możemy tu mówić o podwójnym obniżeniu odporności chorego, bo już sam nowotwór wpływa niekorzystnie na układ immunologiczny i powoduje obniżenie efektywności jego działania. Po drugie, leczenie onkologiczne, szczególnie chemioterapia, radioterapia, powodują dalsze obniżenie odporności, wymagające leczenia wspomagającego układ krwiotwórczy. A do tego dochodzi jeszcze wirus, który, jak słusznie pani zauważyła, może zaatakować wiele narządów wewnętrznych i spowodować niewydolność wielonarządową organizmu. Jeśli więc to wszystko zbierze się w jednym punkcie czasowym, to dla wielu pacjentów, którzy mają chorobę przewlekłą nowotworową, kończy się tragicznie. A większość ludzi chorujących na raka jest też obciążonych innymi chorobami cywilizacyjnymi, takimi jak nadciśnienie czy cukrzyca, są po zawałach, mają niewydolne narządy w związku z innymi schorzeniami. Dlatego też wielu pacjentów, których dotknął koronawirus, niestety umierało. Teraz słusznie mówi się o tym, że jeżeli tylko będą dostępne szczepionki, to w następnym etapie powinni się zaszczepić przede wszystkim pacjenci z chorobami przewlekłymi w tym właśnie z chorobami nowotworowymi, po uprzedniej konsultacji z lekarzem prowadzącym.

Jeśli już pan o tym wspomniał, to w istocie szczepionki mRna przeciwko koronawirusowi zawdzięczamy właśnie onkologii, prawda?
Mówiąc w dużym skrócie, warto podkreślić, że nie jest tak, iż nagle wprowadzono szczepionkę, która nie została przetestowana. Wiadomo bowiem, że każde badanie kliniczne, zanim pacjent otrzyma możliwość korzystania z nowej terapii, musi przejść określone fazy, dany lek musi zostać dokładnie zbadany, przetestowany i musi mieć grupę kontrolną osób do porównania, bo jedni dostają dany lek, a drudzy dostają placebo. Jeśli chodzi o szczepionki przeciw koronawirusowi, to polegaliśmy już na znanej technologii, która znana jest już od co najmniej 20 lat ze względu na próby naukowców dotyczące bardziej skutecznego leczenia chorób nowotworowych. Krótko mówiąc, naukowcy pracowali nad szczepionką na raka. To spowodowało, że mogliśmy tak szybko uzyskać obecne szczepionki. Ale i tak dalsze obserwacje i badania trwają, bo nie jest tak, że dziś już wszystko wiemy. Nasza wiedza będzie się wzbogacała z każdym następnym miesiącem, zwłaszcza, że dojdą nowe preparaty, które są obecnie w fazie rejestracyjnej.

Rozmawiała Marta Czerwińska

PREZENTACJA

PARTNER

LECZENIE DZIECKA ZA GRANICĄ – KOMPLEKSOWE UBEZPIECZENIE OD PZU

FOT. MAT. PRASOWE

Nawet dwa miliony euro – taką kwotę może zapłacić PZU za leczenie dziecka, które zachorowało na nowotwór lub inną ciężką chorobę, objętą ubezpieczeniem. Rozmowa z Agnieszką Rowińską, dyrektorem Biura Zarządzania Ofertą PZU

Bycie rodzicem to trudna sprawa. Jeszcze trudniejsza, kiedy dziecko zachoruje na jakąś poważną chorobę. Na przykład nowotworową. Wasza oferta dotyczy właśnie takich trudnych sytuacji. Do kogo jest skierowana?
Do wszystkich rodziców. Zarówno do tych, którzy zdają sobie sprawę, że wypadki czy choroby mogą przytrafić się każdemu i chcą zabezpieczyć swoje dzieci na wypadek konieczności leczenia ciężkiej choroby, jak i do tych, którzy do tej pory o tym nie myśleli. Ubezpieczyć można już trzymiesięczne niemowlę. Polisa kosztuje 45 zł miesięcznie, cena jest stała, nie zmienia się wraz z wiekiem. Jeśli dziecko zachoruje na nowotwór złośliwy lub będzie wymagało interwencji neurochirurgicznej, kardiochirurgicznej czy przeszczepu, PZU zajmie się organizacją całego procesu leczenia. Nie będzie to wypłata pieniędzy, ale kompleksowa usługa: zorganizujemy dodatkową diagnozę lekarza specjalisty, transport, terapię za granicą i powrót do domu. Warto dodać, że taką polisę można wykupić także dla osoby dorosłej.

Domyślam się, że w momencie zawierania umowy dziecko musi być zdrowe?
Tak, na tym przecież polega idea ubezpieczeń – samochodu, domu przed kradzieżą czy właśnie życia – robimy to na wszelki wypadek. Jest takie określenie, nieco już zapomniane, jak asekuracja. Ubezpieczamy się, by w trudnej sytuacji życiowej mieć wsparcie, kogoś, kto poda pomocną dłoń i pomoże nam wyjść na prostą. I tak właśnie działa też nasza polisa – otaczamy kompleksową opieką ubezpieczone dziecko w razie poważnych problemów zdrowotnych oraz dajemy duże wsparcie jego rodzinie.

A jak wygląda samo leczenie w praktyce?
Jeśli okaże się, że dziecko zachorowało, pierwszym krokiem jest sprawdzenie postawionej diagnozy i sposobu leczenia. To standardowa procedura, ponieważ choroby potrafią mieć mylące objawy i przebieg. Prosimy rodziców o udostępnienie nam pełnej dokumentacji medycznej i przesyłamy ją do zagranicznego lekarza, który specjalizuje się w leczeniu tej konkretnej choroby. Lekarz weryfikuje nie tylko diagnozę, ale ocenia również, czy dotychczasowa terapia jest optymalna, biorąc pod uwagę stan zdrowia dziecka i postęp choroby. Może się okazać, że zaproponuje metodę leczenia niedostępną w Polsce. Ten proces trwa około dwóch tygodni, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach może potrwać nieco dłużej. Kiedy mamy już opinię eksperta, niezwłocznie przekazujemy ją rodzicom. Co ważne, opiekunowie małego pacjenta mogą pominąć krok weryfikacji diagnozy i od razu zdecydować się na leczenie dziecka za granicą. Korzystając z naszej wiedzy, które ośrodki na świecie specjalizują się w leczeniu danej choroby, kontaktujemy się z wybranymi szpitalami i ustalamy, czy podejmą się przeprowadzenia terapii.

I co się dzieje dalej?
Kiedy rodzice wybiorą już klinikę za granicą, wspólnie ustalamy, jak tam dojadą. Samolotem, pociągiem, albo może samochodem? Bywa, że ktoś się boi latać. A czasem ze względu na stan zdrowia pacjenta, lepiej wybrać pociąg, by np. po kilku godzinach znaleźć się w szpitalu w Wiedniu zamiast spędzić wiele godzin w samolocie, lecąc z przesiadkami do Bostonu. Każda sprawa jest rozpatrywana i konsultowana indywidualnie.

A czy dziecko musi dojechać samo z rodzicami na lotnisko, np. z małej miejscowości w Polsce?
Choremu dziecku oraz jego dwóm opiekunom (najczęściej są to oczywiście rodzice, ale mogą też być inne upoważnione osoby) zapewniamy dojazd z domu na lotnisko czy dworzec, kupujemy także bilety lotnicze czy kolejowe. Na miejscu czeka na nich hotel, położony możliwie blisko szpitala. Staramy się przewieźć małego pacjenta wraz z rodzicami przynajmniej jeden dzień wcześniej, tak by spędzili noc w hotelu i odpoczęli po podróży. Następnego dnia mogą rozpocząć leczenie. Oprócz noclegów i wyżywienia, polisa zapewnia również wypłatę 100 euro za każdą noc, którą pacjent spędzi w szpitalu – łącznie do 6000 euro w ciągu całego procesu leczenia. To dodatkowe pieniądze, dzięki którym rodzice mogą np. przyjeżdżać do szpitala taksówką lub po prostu zapłacić za swój obiad czy kolację. Dziecko ma zapewnione oczywiście wyżywienie w szpitalu. Co więcej, pomyśleliśmy również o tłumaczu – nie każdy przecież jest w stanie porozumieć się w obcym języku, zwłaszcza jeśli dochodzą stres związany z chorobą i terminologia medyczna. Tłumacz pomaga we wszelkich kontaktach z personelem medycznym. Wzajemne zrozumienie lekarza i pacjenta oraz jego opiekunów jest bardzo ważnym elementem terapii.

Kto za to wszystko płaci?
Ubezpieczyciel, czyli PZU. Łącznie ubezpieczenie opiewa na sumę dwóch milionów euro i zapewnia pełną organizację leczenia i pokrycie jego kosztów oraz organizację pobytu i transportu. Dzięki temu rodzina małego pacjenta nie musi tracić czasu na kwestie organizacyjne ani szukać rozwiązań na własną rękę. Nie musi też martwić się o zdobycie dodatkowych funduszy i np. organizować zbiórki pieniędzy potrzebnych na leczenie. To daje dodatkową przestrzeń i czas na bycie razem i wzajemne wsparcie.

Choremu dziecku oraz jego dwóm opiekunom (najczęściej są to oczywiście rodzice, ale mogą też być inne upoważnione osoby) zapewniamy dojazd z domu na lotnisko czy dworzec, kupujemy także bilety lotnicze czy kolejowe. Na miejscu czeka na nich hotel, położony możliwie blisko szpitala.

To brzmi dobrze, ale zastanawiam się, czy owe dwa miliony euro na to wszystko wystarczą, choć kwota wydaje się wielka?
Zapewniam, że tak. Z praktyki wynika, że na przykład średnia kwota potrzebna na leczenie młodych pacjentów onkologicznych najczęściej nie przekracza 400 tys. euro (w USA do 800 tys. dol.).

A co, jeśli dziecko zostanie wypisane ze szpitala, a potem okaże się, że konieczna jest kontynuacja leczenia i musi wrócić?
To wróci, a my za to zapłacimy. Jeśli terapia będzie wymagała kilkukrotnych powrotów, choćby na chemioterapię, to także bierzemy na siebie organizację i koszty dalszego leczenia oraz transport. Tak samo, jeśli prowadzący za granicą terapię lekarz wystawi receptę na środki, które powinien już w Polsce przyjmować mały pacjent. Z tą jedyną różnicą, że opiekunowie muszą wtedy za nie zapłacić, my natomiast zwrócimy te wydatki po okazaniu faktury.

To wszystko dobrze brzmi, ale powiedzmy jeszcze na koniec, gdzie konkretnie za granicą można się leczyć? Macie jakieś umowy z klinikami?
Współpracujemy z międzynarodową firmą Further, która zapewnia zarówno pełną organizację leczenia, jak i kontakty ze specjalistami o światowej renomie. Kiedy dostajemy opinię naszego eksperta na temat choroby dziecka, proponujemy opiekunom trzy wyspecjalizowane w leczeniu danego schorzenia szpitale na świecie. Decyzja, gdzie przeprowadzić terapię, należy już do nich.
Jeśli rodzice wybiorą leczenie w szpitalu spoza listy zaproponowanych placówek, spróbujemy zorganizować terapię w tej placówce, choć nie możemy tego oczywiście zagwarantować. Warto jednak dodać, że na listę polecanych przez nas szpitali trafiają placówki o największych osiągnięciach naukowych w leczeniu danej choroby, które stosują terapię i leki uznawane za najbardziej efektywne według międzynarodowych wytycznych. Bardzo ważne są także staranność opieki i podejście do pacjenta.

Dziękuję za rozmowę.
Dziękuję.

Dodatkowa ochrona dla najmłodszych. Dlaczego warto ją mieć?

Jak wynika z najnowszego badania zrealizowanego na zlecenie PZU*, ponad połowa rodziców przyznaje, że nie jest w stanie zabezpieczyć finansowo przyszłości swoich dzieci. Sytuacja byłaby jeszcze trudniejsza, gdyby dziecko np. poważnie zachorowało.
PZU przygotowało specjalną ofertę, dzięki której rodzice mogą zabezpieczyć się na finansowe konsekwencje choroby dziecka. Leczenie za granicą to jej ważny element, warto jednak pomyśleć również o sytuacji, w której leczenie w Polsce będzie wystarczające, ale wymaga pieniędzy. Dodatkowe ubezpieczenia PZU doskonale uzupełniają się z ochroną dziecka na wypadek leczenia za granicą.

Gdy dziecku przytrafi się ciężka choroba
W przypadku ciężkiej choroby dziecka, rodzina, która ubezpieczyła się na ten wypadek, otrzyma od PZU pieniądze z polisy. Dzięki nim będzie mogła m.in. opłacić prywatne leczenie, wizyty u specjalistów, badania kontrolne, rehabilitację lub dojazdy do szpitala czy dodatkowe noclegi dla rodziców. Kwota wypłacona z polisy może sięgać nawet do 100 tys. zł. To jedna z najbardziej kompleksowych w Polsce ofert ubezpieczenia na wypadek poważnych zachorowań dziecka. Ochrona została dopasowana do potrzeb dzieci i obejmuje 36 ciężkich chorób, w tym m.in. nowotwory, sepsę, neuroboreliozę, cukrzycę typu 1 i inne. Co ważne, po wypłacie świadczenia dziecko nadal jest chronione na wypadek innych chorób. Ubezpieczyć można już trzymiesięcznego malucha.

Gdy dziecko wymaga leczenia szpitalnego
W zabieganej codzienności nie myślimy zwykle o tym, że dziecko może trafić do szpitala. Warto jednak pamiętać, że chociaż najczęściej hospitalizacja trwa 2–3 dni, to około 40 proc. dzieci spędza w placówce medycznej więcej niż 3 dni**. Sytuacja często wymaga, by jedno z rodziców na czas pobytu dziecka w szpitalu i rekonwalescencji było cały czas przy nim. To z kolei może oznaczać przerwę w pracy, brak przychodów i powodować obciążenie domowego budżetu. Trzeba też pamiętać, że w czasie leczenia przybywa dodatkowych wydatków…
Pieniądze z ubezpieczenia są wtedy realnym wsparciem i pozwalają przetrwać ten trudny czas, zwłaszcza że z polisy można otrzymać nawet do 100 tysięcy złotych.
Oferta ubezpieczenia leczenia szpitalnego dziecka obejmuje pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą i nieszczęśliwym wypadkiem, a także dodatkową wypłatę z polisy w razie hospitalizacji spowodowanej leczeniem nowotworu złośliwego lub zastosowaniem chemio- lub radioterapii.

* Badanie NORSTAT przeprowadzone w listopadzie 2020 r. na zlecenie PZU na próbie reprezentatywnej pod względem płci, wieku i wielkości zamieszkania na grupie osób 25+, N=1000
** Narodowy Fundusz Zdrowia, „Choroby dzieci. Sekcja P katalogu JGP (2018–2019). Stan obecny i perspektywa rozwoju". Data publikacji: 2.10.2019 https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=43

Dzisiaj białaczka nie jest już wyrokiem

W latach 80. wyleczalność wynosiła ok. 25 proc., na koniec XX w. sięgała 35 proc., dziś z choroby wychodzi prawie połowa dorosłych pacjentów. Nowe terapie sprawią, że będzie ich jeszcze więcej

Mira Suchodolska
mira.suchodolska@infor.pl

Postęp, jaki obserwujemy na przestrzeni ostatnich trzech dekad, najlepiej widoczny jest w przypadku terapii białaczki. A raczej białaczek, bo to określenie obejmuje grupę przynajmniej czterech chorób, a ich podtypów są dziesiątki. Żeby nie zarzucać czytelników skomplikowaną terminologią medyczną przyjmijmy, iż – w uproszczeniu – białaczki można podzielić na dwie grupy. Pierwsza – ostre – gdzie choroba przebiega szybko, dynamicznie, może zabić chorego w ciągu kilku tygodni. Te z drugiej grupy rozwijają się latami, dają słabe objawy, można z nim żyć, czasem nawet nie trzeba stosować żadnej terapii.

Skąd się bierze białaczka?

To skomplikowane, ale, znów upraszczając, wszystkie nasze komórki związane ze szpikiem i krwią, przez całe nasze życie się mnożą – żeby to było możliwe, muszą przepisywać swój kod genetyczny w trakcie takiego podziału. I czasem następuje błąd, jak w komputerze – tyle, że nie mamy w mózgu monitora, na którym wyświetlałby się ERROR, który zawiadomiłby nas o tym, że doszło do jakichś mutacji. A to się właśnie dzieje: złe komórki mnożą się zbyt szybko, dobre żyją zbyt krótko, nawet się nie spostrzeżemy, kiedy komórki nowotworowe zajmują miejsce tych, od których zależy prawidłowe funkcjonowanie szpiku kostnego, będącego fabryką naszych krwinek, zarówno białych (broniących organizmu przed zakażeniem wszelkimi patogenami), jak i czerwonych (natleniających organizm) oraz płytek krwi, odpowiedzialnych za krzepliwość. U chorego pojawia się gorączka, będąca przejawem infekcji organizmu, osłabienie, krwawe wybroczyny na skórze, ale także krwawienia wewnętrzne. Mogą występować także takie objawy, jak powiększenie węzłów chłonnych, wątroby i śledziony.

Jak opowiada prof. Sebastian Giebel, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach (od siedmiu lat kierujący Polską Grupą ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych), u 25 proc. chorych na ostrą białaczkę szpikową stwierdza się mutację genu FLT3, a z kolei za 25 proc. ostrych białaczek limfoblastycznych odpowiada zaburzenie zwane chromosomem Filadelfia.

Jeszcze do niedawna jedyną metodą leczenia białaczek była chemioterapia, dziś zresztą także stosowana, z tym, że zamiast kilku preparatów medycyna dysponuje ich całym arsenałem. Lekarze są w stanie ordynować skomplikowane terapie lekowe, w skład których wchodzi kilkanaście czy nawet więcej preparatów, podawanych w różnym stężeniu i czasie, aby jak najprecyzyjniej uderzyć we wroga. Nawiasem mówiąc, owa „chemia" to często substancje pochodzenia roślinnego, które wnikają w DNA komórek, zakłócając ich podział, powodują, że te popełniają błędy, a w efekcie umierają. Substancje te działają z największą siłą na komórki nowotworowe, ale także na te zdrowe – np. szpiku kostnego czy nabłonka jelit.

Na szczęście, jak podkreśla prof. Giebel, coraz lepiej nauczyliśmy się radzić sobie z powikłaniami po chemioterapii i udaje się sprawić, że te chciane komórki sprawnie się odbudowują. – Z ostrą białaczką nie da się żyć, albo ją wyleczymy, albo chory umrze – mówi lekarz. I coraz częściej jest leczona – jeśli w latach 80. XX w. wyleczalność była na poziomie 20–25 proc., to po optymalizacji chemioterapii i wprowadzeniu na szeroką skalę przeszczepów szpiku (a tak naprawdę komórek krwiotwórczych) pod koniec XX w. wzrosła ona do 30–40 proc. Dziś, kiedy do dyspozycji mamy nową broń w postaci innych terapii, w połowie przypadków można liczyć na sukces.

Co medycyna ma dziś w swoim arsenale?

Jedną z metod leczenia jest terapia celowana. To cząsteczki, które w wybiórczy sposób zakłócają dokładnie to zaburzenie w genach czy chromosomach, które powoduje niepożądane podziały komórek. Ich wynalezienie zrewolucjonizowało leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (OBL) z obecnością chromosomu Filadelfia – jeśli na początku XXI w. zaledwie 10 proc. pacjentów z tą chorobą miało szansę wyjść z niej z życiem, to zastosowanie inhibitorów kinazy tyrozynowej w jej leczeniu (działają wyłącznie na komórki z mutacją chromosomu Filadelfia) spowodowało, że u 60 proc. pacjentów możemy spodziewać się sukcesu.

Kolejna, nowoczesna terapia, to przeciwciała monoklonalne (immunoglobuliny), które rozpoznają białka CD20 występujące w niektórych typach nowotworów, takich jak chłoniaki z limfocytów B czy przewlekła białaczka limfocytowa. Przeciwciało wiąże się z antygenem i doprowadza do rozpadu komórek nowotworowych. Przeciwciała monoklonalne to terapia znana od jakichś 20 lat, niedawno została ona unowocześniona. Opracowano przeciwciała, które są nośnikiem cząsteczek toksyny. Rozpoznają one komórki białaczki czy chłoniaka i wprowadzają truciznę do ich wnętrza. Wybiórczo niszczą w ten sposób nowotwór. Inna forma terapii to przeciwciała bispecyficzne. Łączą się one z jednej strony z antygenem białaczki, a z drugiej – z limfocytem T, czyli komórką odpornościową zdolną zabijać nowotwór. Angażują bezpośrednio nasze siły odpornościowe w walkę z białaczką. Wszystkie wymienione wyżej formy terapii są zarejestrowane i dostępne w Polsce.

No i wreszcie jest metoda komórkowo-genowa zwana CAR-T, nad którą wciąż prowadzone są badania na całym świecie. Polega ona na tym, że pobrane z organizmu pacjenta limfocyty T odpowiedzialne za komórkową odpowiedź odpornościową, najbardziej wyspecjalizowane w zwalczaniu nowotworów naszego układu immunologicznego, są w laboratorium zmieniane genetycznie i programowane w ten sposób, żeby były w stanie rozpoznawać białka charakterystyczne dla nowotworu. Potem są namnażane i podawane pacjentowi dożylnie. Terapia działa natychmiast – limfocyty T, które wcześniej były nieco ospałe i nie zauważały komórek nowotworowych, zostają zmobilizowane i rzucają się do walki z najeźdźcą. Problem w tym, że komercyjna terapia CAR-T jest bardzo droga (grubo ponad 1 mln zł za jedną), a więc mało dostępna. Poza tym została zarejestrowana w przypadku ostrej białaczki limfoblastycznej jako metoda leczenia osób do 25. roku życia. Ale jest szansa na to, że dzięki grantowi Agencji Badań Medycznych sytuacja ulegnie zmianie.

Polacy hojni w oddawaniu szpiku

Przeszczepy komórek krwiotwórczych to ważna metoda w leczeniu białaczek, jednak do niedawna wielkim problemem było znalezienie odpowiedniego dawcy, żeby przeszczep nie został odrzucony przez organizm pacjenta. Rzecz polega na zgodności antygenów HLA, czyli układu zgodności tkankowej. Na początku dawców szukało się wśród krewnych, ale nie zawsze dawało to rezultaty, gdyż np. zgodność wśród rodzeństwa występuje zaledwie w jednej czwartej przypadków, więc – biorąc pod uwagę to, że dziś rzadko zdarzają się wielodzietne rodziny – było to bardzo trudne. W przypadku dawców niespokrewnionych szansa na znalezienie tego właściwego wynosi ok. 1 do 20 tys. Jednak jeśli osób, które zarejestrują się jako dawcy szpiku, jest bardzo wiele, te szanse rosną. Na całym świecie w tego typu bazach jest ich ponad 30 mln. Natomiast Polska może się pochwalić 1,7 mln gwardią ochotników. Im ich więcej, tym bardziej rośnie szansa, że chory trafi na tego, który będzie mógł się podzielić z nim życiem. Obecnie wynosi ona ponad 60 proc. Jednak także te osoby, które nie znajdą zgodnego w 100 proc. dawcy, mają dziś szansę. Od kilku lat wykonuje się transplantacje od dawców, którzy są zgodni z chorym zaledwie w połowie. Dzięki lekom immunosupresyjnym można wyeliminować problem niezgodności, który jeszcze dekadę temu prowadził do śmierci pacjenta.

Jest szansa na tanią, krajową technologię w najbardziej innowacyjnej terapii nowotworowej CAR-T

Polscy naukowcy mają przed sobą ważne zadanie – opracowanie własnej metody prowadzenia ultranowoczesnej terapii adoptywnej (CAR/CAR-T). Dostali na to 100 mln zł grantu od Agencji Badań Medycznych (ABM)

To wielka szansa dla pacjentów chorujących na złośliwe chłoniaki i ostre białaczki, w przypadku których brak jest opcji terapeutycznej. Mają na to sześć lat, ale być może uwiną się szybciej.

Dotychczas proponowana przez komercyjne firmy terapia rekombinowanych przeciwciał – CAR-T cell w naszym kraju była praktycznie niedostępna, ponieważ jej jednorazowe podanie kosztuje 1,3–1,5 mln zł (ok. 400 tys. euro), dlatego zaledwie kilka osób miało szansę zostać poddanych temu leczeniu. Teraz pojawiła się szansa, jak podkreślał prezes Agencji Badań Medycznych dr Radosław Sierpiński, że w ciągu kilku lat otrzyma ją kilkuset pacjentów, czyli ci wszyscy, którzy będą kwalifikować się do leczenia. To rewolucja w onkologii – prawie 50 proc. chorych z nowotworami, w przypadku których inne formy terapii miały bliską zeru skuteczność, udaje się wyleczyć i przywrócić do normalnego życia. Polska technologia CAR-T może być nawet osiem razy tańsza niż obecnie, co sprawi, że realna może stać się refundacja tej terapii. Ale to nie wszystko: lista wskazań wykorzystania technologii CAR-T wciąż się wydłuża, trwają badania kliniczne mające na celu ocenę skuteczności tej terapii w innych nowotworach hematologicznych, ale także w guzach litych, np. raku płuc, piersi, glejaku wielopostaciowym czy raku trzustki. To może oznaczać, że także ci chorzy dostaną zwielokrotnioną szansę na wyjście z choroby.

Immunoterapia CAR-T jest przykładem najbardziej spersonalizowanej formy terapeutycznej: dla każdego pacjenta produkowany jest lek z jego własnych limfocytów. Terapię tę stosuje się u chorych, u których doszło do nawrotu choroby, poprzednie leczenie okazało się nieskuteczne, a także w sytuacji, kiedy ze względu na duże zaawansowanie nowotworu nie można przeprowadzić przeszczepu.

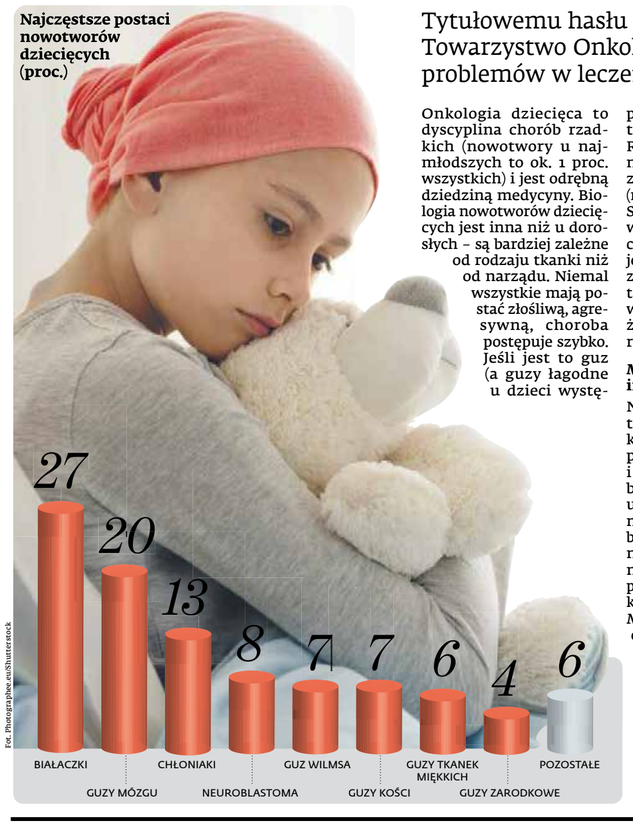
Nad polską technologią CAR-T pracuje konsorcjum, w skład którego wchodzą Warszawski Uniwersytet Medyczny jako lider projektu, oraz najlepsze polskie instytucje naukowe i medyczne z całego kraju, jak m.in. Narodowy Instytut Onkologii z ośrodkami w Warszawie oraz w Gliwicach (pracuje w nim główny badacz w projekcie prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel), Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie oraz Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Ważną rolę odgrywają także w tym projekcie szpitale, jak np. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, które będzie zajmowało się pracami nad produkcją wirusów mających być nośnikami genów dla limfocytów T. Ośrodki kliniczne wchodzące w skład konsorcjum mają już własne doświadczenie w stosowaniu terapii CAR-T.

- Dziś CAR-T to terapia ostatniego wyboru – mówi prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. I dodaje, że ma wielką nadzieję, iż wkrótce będzie ona dostępna dla wszystkich potrzebujących. – Już dziś mamy w Polsce jednostki, które są przygotowane do tego, aby to robić, i wchodzą w skład naszego konsorcjum. To, czego teraz nam trzeba, to dalszych badań, które pozwolą wprowadzić pracę naukowców do zastosowań klinicznych. A na to potrzeba zarówno czasu, jak i pieniędzy – mówi.

Jeśli faktycznie uda się to przeprowadzić z powodzeniem, to – zdaniem prof. Gacionga, ale także innych luminarzy medycyny – będzie to największy przełom w polskiej onkologii na przestrzeni ostatnich kilku dekad.

ms

Żadne dziecko nie powinno umrzeć z powodu raka



Fot. Photographee.eu/Shutterstock

Tytułowemu hasłu ogłoszonemu w tym roku przez Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Dziecięcej można tylko przyklasnąć. Jednak lista problemów w leczeniu małych pacjentów jest całkiem spora

Onkologia dziecięca to dyscyplina chorób rzadkich (nowotwory u najmłodszych to ok. 1 proc. wszystkich) i jest odrębną dziedziną medycyny. Biologia nowotworów dziecięcych jest inna niż u dorosłych – są bardziej zależne od rodzaju tkanki niż od narządu. Niemal wszystkie mają postać złośliwą, agresywną, choroba postępuje szybko. Jeśli jest to guz (a guzy łagodne u dzieci występują rzadko) – jego wzrost także jest błyskawiczny. Rocznie w Polsce choroba nowotworowa jest rozpoznawana u ok. 1200 dzieci (na świecie u 250–290 tys.). Szacuje się, że zapadalność wynosi ok. 140 na milion, co oznacza, że w ciągu roku jedno spośród 7 tys. dzieci zachoruje na raka. Można to także przedstawić inaczej: w ciągu pierwszych 18 lat życia, na nowotwór zachoruje jedno na 600 dzieci.

Młodych leczy się inaczej

Niektóre choroby nowotworowe występują tylko u dzieci – to nerwiak płodowy (neuroblastoma) i nerczak płodowy (nefroblastoma), inne częściej u dzieci, niż u dorosłych np. ostra białaczka limfoblastyczna. Inne praktycznie nie występują u najmłodszych, np. szpiczak plazmocytowy lub przewlekła białaczka limfatyczna. Medycyna skutecznie radzi sobie dziś z leczeniem – średnio skuteczność terapii jest szacowana na ok. 80 proc. Jedna na 600 osób w wieku 20–40 lat jest osobą wyleczoną z nowotworu dziecięcego. Duże sukcesy onkologia dziecięca uzyskuje dziś np. w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej, która jeszcze niedawno uznawana była za śmiertelną chorobę, tylko nieliczni pacjenci przeżywali.

Jednak w przypadku niektórych rodzajów nowotworów, np. w nerwiaku płodowym, guzach mózgu, białaczce mieloblastycznej, wyniki leczenia są dużo gorsze. Źle się też leczą nowotwory typowe dla wieku dorosłego (np. raki, czyli nowotwory pochodzenia nabłonkowego). Dlatego choroby nowotworowe wciąż są drugą – po wypadkach – przyczyną zgonów w populacji pediatrycznej.

Jednak, generalnie, nowotwory u dzieci z reguły dobrze poddają się leczeniu, gdyż najmłodsi pacjenci dużo lepiej znoszą intensywną chemioterapię niż dorośli. Dlaczego? Zawdzięczają to młodemu organizmowi, który się szybciej regeneruje, a także szybkiemu metabolizmowi, dzięki czemu lepiej są przygotowane do zwalczania toksyczności leczenia. Jeśli by podać dorosłemu i dziecku tę samą (w przeliczeniu na kilogram masy ciała) dawkę specyfiku, ono zniesie to dużo lepiej.

Chemioterapia wciąż jest podstawową metodą leczenia większości tych chorób, choć dziś używa się różnych substancji, w różnych konfiguracjach i dawkach (chemioterapia wielolekowa). W zależności od potrzeb prowadzi się terapię skojarzoną – do chemii dochodzi radioterapia, leczenie chirurgiczne, terapia komórkowa (w tym przeszczepianie komórek krwiotwórczych, czyli „szpiku") i immunoterapia. Postęp w onkologii dziecięcej jest ogromy. Prof. Jan Styczyński, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, zauważa, że jeśli jeszcze na początku lat 70. XX w. śmiertelność była niemal stuprocentowa, to już na przełomie lat 80. i 90. sukcesy terapeutyczne odnotowywano u 50–60 proc. pacjentów, a obecnie wyleczalność przekracza w krajach zachodnich 80 proc. I z każdym rokiem wzrost tej wartości jest coraz trudniejszy. I droższy, gdyż dotyczy pacjentów najcięższych do uratowania, ze wznawiającymi się, opornymi na leczenie nowotworami. Natomiast oczekiwania są ogromne. I trudno się dziwić.

Długa lista problemów

Sukcesem, zdaniem prof. Styczyńskiego, jest to, że system onkologii dziecięcej jest dobrze zorganizowany, mamy świetnych fachowców, którzy ściśle współpracują z grupami międzynarodowymi, korzystają z ich rozwiązań – a to sprawia, że nasze dzieci są leczone według tych samych procedur, jak za granicą. To niewątpliwie plus. Minus – postęp, zmiany wymagają pieniędzy, więc wzrastają koszty zarówno leczenia, jak i diagnostyki oraz badań. Co sprawia, że czasem trzeba długo czekać, zanim jakiś program lekowy wejdzie do refundacji. – Na przykład na wprowadzenie programu dla nerwiaka zarodkowego, czyli neuroblastomy, czekaliśmy pięć lat – mówi. Tyle samo czasu trwało wpisanie na listę leków refundowanych blinatumomabu, leku na białaczkę. Ale też jeden cykl leczenia tym specyfikiem to koszt rzędu 150–200 tys. zł.

Niedofinansowana jest też diagnostyka. Coś, co było nowatorskie 10 lat temu, dziś jest na świecie standardem, choć niekoniecznie u nas – jak chociażby badania molekularne. W białaczkach występuje 15–20 genów, lekarze chcieliby wiedzieć, które z nich są nieprawidłowe u danego pacjenta, aby móc wybrać optymalną terapię. Dobrze także jest monitorować przebieg leczenia, sprawdzać, czy „złe" białko znika, czy nie. No i jest jeszcze coś takiego, jak minimalna choroba resztkowa, kiedy nowotworu już niby nie ma, a on się tylko przyczaił i grozi wznową – to także można sprawdzić tylko na poziomie molekularnym. W różnych ośrodkach w kraju można by takie badania robić, ale brak na nie pieniędzy, więc robi się tylko to, co najpilniejsze, w najczęściej występujących nowotworach. Pacjenci z rzadszymi mają problem, choć np. badania dotyczące nerwiaka zarodkowego jest gotów robić zespół prof. Walentyny Balwierz z Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej UJ, związani z guzami mózgu specjaliści z Centrum Zdrowia Dziecka, ale że środków brakuje, więc badań robi się mało.

Problem jest także z protonoterapią. W naszym kraju obecnie działa jeden ośrodek – Centrum Cyklotronowe w Bronowicach, który zajmuje się przede wszystkim leczeniem zmian zlokalizowanych w gałce ocznej. Przydałoby się więcej takich centrów dla pacjentów pediatrycznych, zlokalizowanych w pobliżu szpitali, żeby nie trzeba było ich wozić, angażując na wiele godzin duże zespoły medyczne i karetki – co sprawia, że koszty przewożenia są większe, niż koszt protonerapii. To metoda bardziej precyzyjna i bezpieczniejsza, niż konwencjonalna radioterapia, powoduje mniej uszkodzeń zdrowych tkanek, daje mniejsze powikłania (ale u małych dzieci wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym). Oczywiście to by generowało kolejne koszty, jednak wydaje się, że przynajmniej jeszcze jeden taki ośrodek – np. w Warszawie – jest niezbędny.

Pieniądze, pieniądze...

Dobra wiadomość jest taka, że dzięki finansowaniu Agencji Badań Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi rozpoczął projekt badawczy CALL-POL, który obejmie wszystkie dzieci w Polsce ze świeżo rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną – na ten cel wyasygnowano 28 mln zł. „Identyfikacja opcji leczniczych odbędzie się przy użyciu zaawansowanych i ultranowoczesnych narzędzi diagnostyki molekularnej. Leki będą dopasowane do każdego pacjenta indywidualnie, a ich działanie molekularnie ukierunkowane. Będzie to prawdopodobnie najnowocześniejsza metoda leczenia białaczek na świecie. Takie podejście lecznicze ma na celu zwiększenie wyleczalności białaczki u dzieci do ok. 95 proc." – informowała ABM.

Jak zauważa prof. Styczyński, jednym z problemów systemowych jest to, że programy terapeutyczne traktowane są w ten sam sposób, jak komercyjne badania (a tych, jak w przypadku także innych chorób rzadkich, praktycznie nie ma), co znacznie podraża koszt ich obsługi – te wszystkie rejestracje, ubezpieczenia, raportowania. A postęp dokonuje się właśnie w ramach niekomercyjnych badań. Były już rozmowy z resortem zdrowia, aby wydzielić w ABM jakąś stałą pulę, żeby naukowcy nie byli uzależnieni od konkursów, sponsorów, ciągłego uganiania się za pieniędzmi, ale pewnie na ich rezultaty przyjdzie jeszcze poczekać.

Za pieniędzmi uganiają się także rodzice chorych dzieci – w internecie można znaleźć wiele dramatycznych apeli zrozpaczonych bliskich, którym nowotwór zabija ukochane dziecko. „Choroba nie reaguje na żadne dotychczasowe metody leczenia. Ostatnią szansę na zdrowie daje Marcie terapia CAR-T, z której skorzystała już czwórka dzieci z nawracającą, oporną białaczką. Komórki Marty trafią do laboratorium w Szwajcarii, gdzie zostaną specjalnie przeprogramowane i zostaną z powrotem podanie. Niestety, koszty terapii wynoszą prawie 1,5 mln zł i przerastają możliwości rodziny!" – czytamy na profilu 14-letniej dziewczynki, która przeszła już kosztowne leczenie, miała przeszczep komórek krwiotwórczych, a mimo tego nastąpiła wznowa.

Żadne dziecko nie powinno umrzeć z powodu choroby nowotworowej, zwłaszcza, jeśli istnieją nowatorskie terapie, które można zastosować. Dziś przepływ wiedzy o nowych sposobach leczenia, diagnostyki, następuje błyskawicznie. Jeśli coś wczoraj zostało wynalezione w USA, następnego dnia wie już o tym cały świat, także rodziny pacjentów. I marzą o tym, żeby mogły być one zastosowane także w ich przypadku. – To zrozumiałe. Zresztą z etycznego punktu widzenia zastosowanie czegoś bardziej toksycznego, mniej skutecznego, budzi wątpliwości – uważa prof. Jan Styczyński.

Nie mieszać gruszek z jabłkami

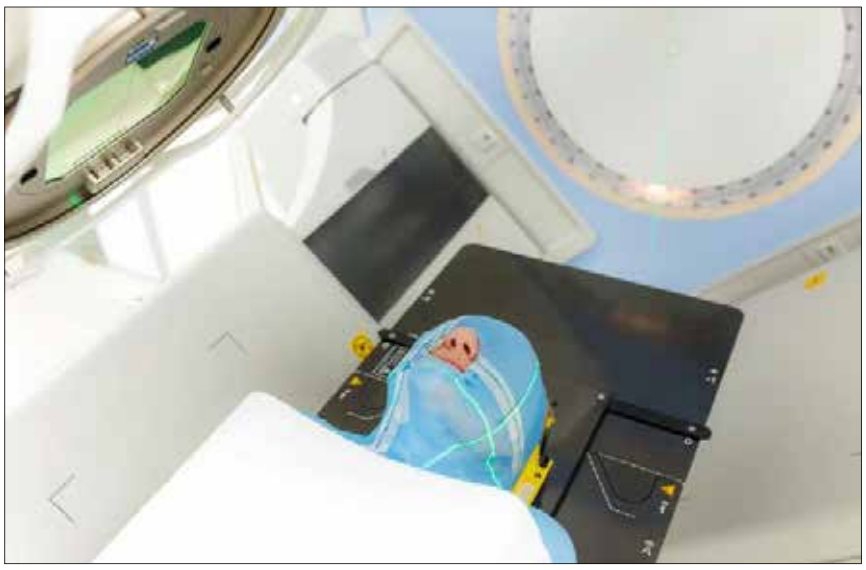
Teraz, kiedy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej wykuwa się ustawa dotycząca Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), warto się zastanowić, jakie miejsce będzie w niej zajmowała onkologia dziecięca, która, jak już powiedziano, jest czymś całkiem innym, niż onkologia dorosłych. Tutaj najistotniejsze wydają się dwie kwestie: ośrodek monitorujący oraz rejestr chorób nowotworowych. W ramach KSO ma powstać krajowy ośrodek monitorujący, będzie nim warszawski Narodowy Instytut Onkologii, w ramach którego działa Krajowy Rejestr Nowotworów. Jednak pytanie brzmi, czy powinien się on zajmować także kwestiami onkologii dziecięcej. Zdaniem krajowego konsultanta ds. onkologii dziecięcej – nie. Specjalistom zajmującym się nowotworami dorosłych brak wiedzy i doświadczenia w kwestii tych chorób u najmłodszych. Uważa, że powinno się utworzyć oddzielną jednostkę – przy konsultancie krajowym i jego zespole, współpracującym z krajowym ośrodkiem monitorującym i resortem zdrowia.

– Nadzór nad jakością opieki w onkologii dziecięcej wynika poniekąd z ustawowych obowiązków konsultanta krajowego – dowodzi prof. Styczyński. Zwraca uwagę na kwestię rejestru, odrębnego dla nowotworów dziecięcych, o co walka trwa już od lat, bez rezultatów. Powinien się on rządzić innymi prawami, niż ten już istniejący, gdyż nowotwory są też całkiem inne. Podaje przykład: nerwiaki zarodkowe mogą występować u dzieci w różnych miejscach, np. w płucach, brzuchu, szyi, ale mimo tego to wciąż będzie ten sam rodzaj nowotworu. Tymczasem w krajowym rejestrze są raportowane jako trzy odrębne rozpoznania. To utrudnia analizę epidemiologiczną, gdyż nie da się porównywać gruszek z jabłkami, albo pomarańczy z kasztanami, choć przecież wszystkie rosną na drzewach.

Pracując nad elementami Narodowej Strategii Onkologicznej, warto wziąć pod uwagę te wszystkie aspekty, mając zwłaszcza na uwadze fakt, że pacjenci wyleczeni w dzieciństwie z choroby nowotworowej mają przed sobą 60–70 lat życia. Trzeba więc zrobić wszystko, żeby było ich jak najwięcej.

Mira Suchodolska

PREZENTACJA



Pacjent w specjalnym unieruchomieniu, przygotowany do teleradioterapii nowotworu głowy

Obsługa akceleratora w trakcie radioterapii nowotworu głowy

FOT. MAT. PRASOWE

PARTNER

Amethyst RADIOTHERAPY

INDYWIDUALIZACJA LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Walka z rakiem wymaga każdorazowo stworzenia odrębnej strategii, zaprojektowania terapii dostosowanej do każdego chorego z osobna. Ma to szczególne znaczenie w leczeniu nowotworów głowy i szyi – podkreślają lekarze z Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie

Około 6 proc. wszystkich złośliwych nowotworów rozpoznawanych w Polsce to choroby głowy i szyi. Uznanie na podstawie tych danych, że to niewiele, byłoby fatalnym błędem. Na Oddziale Chirurgii Twarzowo-Szczękowej w Szpitalu Specjalistycznym im. Rydygiera w Krakowie jeszcze kilka lat temu największą grupę pacjentów stanowili chorzy z rozmaitymi urazami głowy, obecnie zdecydowanie na pierwsze miejsce wysunęły się choroby onkologiczne. Rocznie leczonych jest tutaj kilkuset pacjentów z chorobami nowotworowymi, z których aż 70 proc. stanowią przypadki złośliwe. Większość z nich trafia również do Centrum Radioterapii Amethyst, które ściśle współpracuje ze szpitalem. W 2020 r. w Centrum Amethyst leczyło się 275 chorych z nowotworami głowy i szyi, co stanowi niemal 10 proc. wszystkich chorych poddawanych tutaj radioterapii.

Chirurg w parze z radioterapeutą

Stopień skomplikowania anatomii głowy i szyi wymaga wielodyscyplinarnego podejścia i odpowiedniej organizacji leczenia. Wykorzystywane są w tym przypadku wszystkie dostępne metody, takie jak zabieg operacyjny, chemioterapia lub radioterapia. Nie ma dzisiaj jednej skutecznej metody. Lekarze wykorzystują wszelkie możliwości i łączą wszystkie typy leczenia onkologicznego. W przypadku guzów w obrębie głowy i szyi ich usytuowanie decyduje o tym, czy najpierw zostaną poddane chirurgicznemu usunięciu, czy jako pierwszy etap terapii lekarze zastosują radioterapię albo chemioterapię. Konsylia w zespole wielospecjalistycznym lekarzy zajmujących się leczeniem nowotworów są zwykle prawdziwą burzą mózgów.

W radioterapii wykorzystywana jest nie tylko teleterapia, czyli napromienianie chorego z pewnej odległości za pomocą przyspieszaczy liniowych, ale również brachyterapia. W tej metodzie źródło napromieniania umieszczane jest bezpośrednio w ciele pacjenta. Odbywa się to w różny sposób – przy wykorzystaniu istniejących jam ciała oraz przy pomocy specjalnych aplikatorów – plastikowych rurek czy igieł wprowadzanych do guza. Lekarz radioterapeuta nierzadko uczestniczy w zabiegu operacyjnym, aby już w jego trakcie założyć pacjentowi aplikatory konieczne do zastosowania brachyterapii.

Skoncentrować dawkę promieniowania

– Brachyterapia umożliwia podanie dużej dawki napromieniania z olbrzymią precyzją bezpośrednio do zmiany nowotworowej, co zwiększa szansę na wyleczenie przy stosunkowo niewielkim ryzyku powikłań – mówi Marta Urbańska-Gąsiorowska, lekarz radioterapeuta z Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie. Jak tłumaczy, ma to szczególne znaczenie w przypadku nowotworów głowy i szyi, gdzie zlokalizowanych jest wiele ważnych życiowo narządów, takich jak ślinianki i mięsień zwieracz gardła, które po otrzymaniu wysokiej dawki napromieniania, niezbędnej do wyleczenia nowotworu, mogą stracić swoją funkcjonalność, a chodzi o tak kluczową dla pacjenta kwestię, jak możliwość połykania, a tym samym odżywiania. Oczywiste jest, że upośledzenie tych funkcji może doprowadzić do znacznego wyniszczenia organizmu chorego, a nawet jego śmierci.

Współczesne badania wyraźnie wskazują na skuteczność stosowania leczenia skojarzonego, interdyscyplinarnego w leczeniu chorób nowotworowych. Wysokie dawki napromieniania w połączeniu z jednoczesnym podaniem chemioterapii dają większą szansę na wyleczenie miejscowe.

Niestety nie każdy pacjent może zostać poddany tak intensywnej terapii. Powodem może być nie tylko zły stan zdrowia związany z nowotworem, ale też z innymi współistniejącymi chorobami. W takich przypadkach w Centrum Radioterapii Amethyst stosowanych jest wiele rozwiązań, które pozwalają na bezpieczną intensyfikację leczenia.

Aby skompensować brak możliwości podania jednoczasowej chemioterapii, stosowana jest hiperfrakcjonacja, podczas której pacjent napromieniany jest dwa razy dziennie, rano i wieczorem. Szczególnie dobre efekty można uzyskać dzięki połączeniu teleradioterapii i brachyterapii, która umożliwia znaczne zwiększenie dawki promieniowania w samej zmianie nowotworowej lub miejscu po jej usunięciu. W sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania dla przeprowadzenia operacji chirurgicznej usuwającej zmianę nowotworową, zastosowanie brachyterapii w mało zaawansowanych nowotworach głowy i szyi daje porównywalne wyniki lecznicze przy bardzo dobrym efekcie estetycznym. Jest to metoda stosowana również w przypadku chorych z ponownym nowotworem w polu uprzednio napromienianym, jeżeli nie można zastosować resekcji chirurgicznej. Wsparciem leczenia jest też coraz częściej immunoterapia. Dzięki zastosowaniu odpowiednich leków układ odpornościowy pacjenta zaktywizowany zostaje do walki z nowotworem. Centrum Radioterapii Amethyst prowadzi testy kliniczne leków oddziałujących na system immunologiczny.

W trosce o jakość życia pacjentów

Przy terapii nowotworów głowy i szyi dużym wyzwaniem jest kontrola powikłań i zapewnienie chorym satysfakcjonującej jakości życia po przebytej chorobie i leczeniu. Terapia może wpłynąć na zakłócenie podstawowych funkcji życiowych, takich jak przyjmowanie pokarmów, mowa czy słuch. Pacjenci obawiają się też blizn i innych zmian wpływających bezpośrednio na ich wygląd.

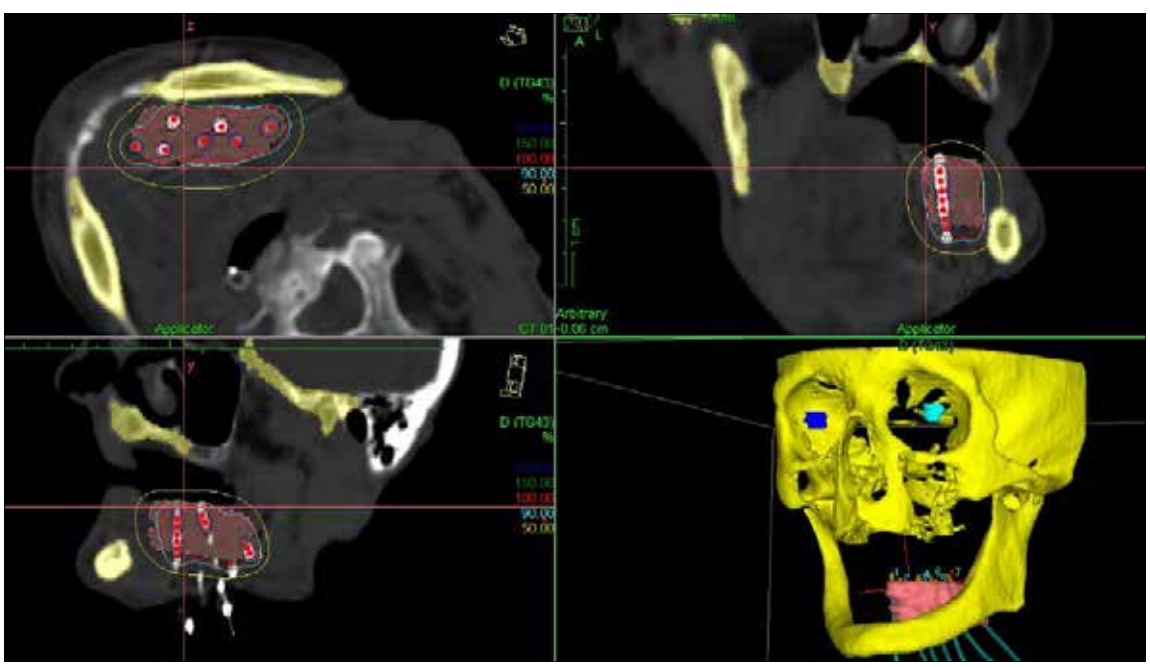
Podczas planowania radioterapii konieczna jest zatem ochrona ważnych organów, takich jak ślinianki, zwieracz gardła i jama ustna. Np. ślina jest niezbędna do normalnego funkcjonowania każdego człowieka, bez niej trudno jest jeść i połykać, a suchość w jamie ustnej to częsty objaw uboczny pojawiający się w trakcie radioterapii. Ważne więc, aby minimalizować skutki i zadbać o to, aby po zakończeniu radioterapii ślinianki wróciły do odpowiedniego działania.

– Skuteczna terapia może być dla pacjenta dużym wyzwaniem. Chorzy chudną, mogą częściej zapadać na infekcje. Jako lekarze musimy poświęcać wiele uwagi, aby przeprowadzić pacjenta przez ten trudny proces – mówi Marta Urbańska-Gąsiorowska. – Zdarza się, że zaburzenia w spożywaniu posiłków są tak poważne, że musimy stosować tzw. żywienie przemysłowe, aplikowane poprzez specjalną sondę dojelitową. U części chorych jest ono wdrażane jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, z powodu wyjściowego ograniczenia przyjmowania pokarmów drogą doustną – dodaje lekarka.

Od samego początku, gdy pacjent trafia do Centrum Radioterapii Amethyst, jest pod opieką dietetyka, który przekazuje mu instrukcje, w jaki sposób ma się odżywiać i dbać o siebie. Zanim terapia się rozpocznie, pacjent ma zwykle czas, aby zmienić swoje nawyki żywieniowe, odżywić i nawodnić organizm. To bardzo ważne, bo takie „zapasy" mogą okazać się kluczowe w trakcie trudów terapii. Podczas całego procesu leczenia waga chorego jest monitorowana. Jeżeli spada, podejmowane są szybkie kroki zaradcze.

Niezwykle ważnym aspektem w leczeniu jest praca z psychoonkologiem. Większość chorych, jak i ich rodzin, wymaga takiego wsparcia, a nierzadko również terapii farmakologicznej. Udowodniono w badaniach, że obniżenie nastroju czy depresja powodują pogorszenie wyników leczenia.

– Obserwując naszych pacjentów, widzimy, jak istotną kwestią są dobre nawyki żywieniowe, wparcie ze strony rodziny i personelu medycznego. Jeżeli chory dba o siebie, jest zaangażowany w swoją terapię, łatwiej ją przechodzi i ma większe szanse na wyleczenie – podkreśla Marta Urbańska-Gąsiorowska.



Nowotwór płaskonabłonkowy języka leczony za pomocą brachyterapii śródtkankowej

FOT. MAT. PRASOWE