Jak poprawić efektywność leczenia chorych na raka prostaty?

Maja Marklowska-Dzierżak

Brak kompleksowej opieki nad chorymi na raka prostaty w Polsce sprawia, że wyniki ich leczenia są gorsze niż w wielu innych krajach europejskich. Polskie Towarzystwo Urologiczne wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie urologii i Fundacją „Eksperci dla Zdrowia" opracowało już model takiej opieki. Jest szansa, że w 2019 roku uda się go wdrożyć. Na początek w formie programu pilotażowego.

Koncepcja stworzona przez PTU i współpracujących z towarzystwem ekspertów jest oparta na funkcjonującym już z powodzeniem od ponad roku programie „Koordynowanej opieki specjalistycznej dla pacjenta po zawale (KOS-zawał)".

Koordynacja opieki nad chorymi na raka prostaty

Podobnie jak KOS-zawał, model opieki koordynowanej nad chorym na raka prostaty, zawiera trzy moduły.

Pierwszym z nich jest moduł leczenia zabiegowego, obejmujący hospitalizację, przygotowanie do zabiegu radykalnej prostatektomii oraz wykonanie tego zabiegu. W trakcie hospitalizacji lekarz urolog razem z innymi specjalistami, w tym w szczególności z radioterapeutą, onkologiem i specjalista rehabilitacji medycznej, powinien opracować dla pacjenta indywidualny plan leczenia, uwzględniający radio- i chemioterapię, odpowiednią rehabilitację oraz wizyty w poradni urologicznej.

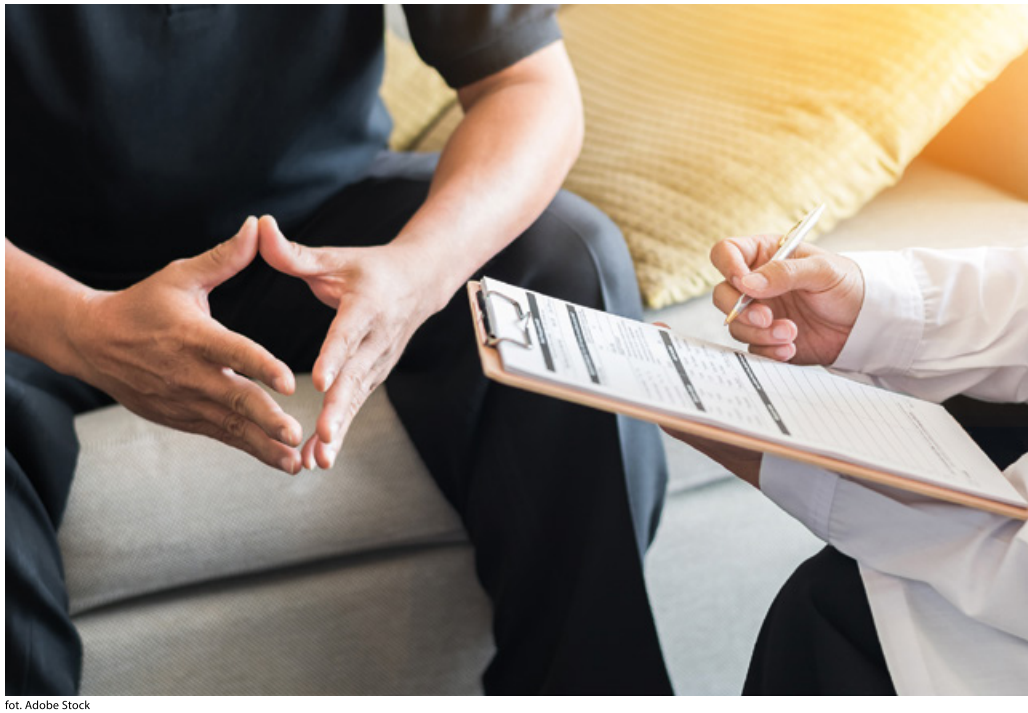
Integralną częścią tej koncepcji jest również drugi moduł, rehabilitacji, która ma ogromny wpływ na efekty leczenia raka prostaty. Została ona podzielona na trzy etapy:

1. rehabilitację w okresie przedoperacyjnym;
2. wczesną rehabilitację szpitalną (w trakcie pobytu w szpitalu);
3. późną rehabilitację, realizowaną w warunkach ambulatoryjnych i uzdrowiskowych.

Trzeci moduł to obserwacja po zabiegu, w ramach której pacjent ma mieć zagwarantowany kontakt z koordynatorem (oddziałem urologii) i poradnią przyszpitalną oraz sześć porad specjalistycznych.

Liczba zachorowań na raka prostaty rośnie lawinowo

Z danych Polskiego Towarzystwa Urologicznego wynika, że nowotwory wywodzące się z układu moczowego (rak gruczołu krokowego, rak pęcherza moczowego, rak nerki) stanowią jedną czwartą wszystkich nowotworów, na które zapadają mężczyźni. A większość tych „urologicznych" nowotworów to właśnie nowotwory gruczołu krokowego. Według prognoz, będzie na nie zapadać coraz więcej pacjentów, co ma związek m.in. z wydłużającym się czasem przeżycia (większość chorych na raka prostaty to mężczyźni po 65. roku życia), a także ze wzrastającą wraz z wiekiem zapadalnością na nowotwory.



fot. Adobe Stock

W Polsce raka prostaty rozpoznaje się rocznie u około 12 tys. mężczyzn. Co roku liczba pacjentów z rozpoznaniem tej choroby zwiększa się o około 9 proc. Z analiz wynika, że w ciągu kilku najbliższych lat nowotwór złośliwy gruczołu krokowego wyprzedzi pod względem zapadalności nawet zajmującego niechlubne pierwsze miejsce wśród „męskich" nowotworów raka płuca.

Eksperci podkreślają, że dzięki swojej biologii, ale rów-

nież dzięki rozwojowi diagnostyki i terapii, rak gruczołu krokowego stał się chorobą przewlekłą, z którą można żyć wiele lat. Tyle, że nie wszystkie nowinki diagnostyczne i nowoczesne terapie są w Polsce dostępne.

W tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, wciąż nie ma chirurgii robotowej, mimo pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nie ma w nim również biopsji fuzyjnej prostaty - jednej z najnowocześniejszych technik diagnostycznych, która znacząco zwiększa precyzję w rozpoznawaniu nowotworu tego narządu. Nie wszystkim chorym na zaawansowanego raka prostaty lekarze mogą zaoferować optymalne leczenie farmakologiczne, ponieważ nie wszystkie nowoczesne leki zarejestrowane w Unii Europejskiej są w Polsce refundowane.

Podczas debaty na temat kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na nowotwór gruczołu krokowego, która odbyła się na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów, krajowy konsultant w dziedzinie urologii prof. Artur Antoniewicz poinformował, że większość chorych wymagających hospitalizacji jest leczona na oddziałach onkologii i urologii.

- *Na onkologii leczeni są najczęściej ci, którzy mają zaawansowaną chorobę przerzutową. Są poddawani chemioterapii i hormonoterapii drugiego rzutu. Natomiast chorzy we wczesnych fazach choroby, leczeni są na urologii, gdzie są poddawani najczęściej radykalnemu zabiegowi wycięcia gruczołu krokowego. W 2017 roku takich zabiegów przeprowadzono 4800, w 2018 roku ich liczba sięgnie najpewniej 5000* - powiedział.

Dodał, że inaczej niż np. w Szwecji, gdzie ten odsetek jest znacznie niższy, w Polsce aż połowa chorych jest leczona hormonalnie. Wynika to z faktu, że rak prostaty jest u nas rozpoznawany bardzo często w stadium zaawansowanym. - *Dostępność nowoczesnych terapii jest zapewniona w ramach programu lekowego. Oczywiście należy ją optymalizować, i nad tym obecnie pracujemy* - stwierdził prof. Antoniewicz.

Według jego oceny pacjenci mają również zapewniony dostęp do nowoczesnej radioterapii. Zwrócił jednak uwagę na „zaburzoną proporcję między radioterapią i chirurgią". - *Nie odpowiada ona nowoczesnym angielskim, szwedzkim czy niemieckim standardom, ponieważ zabiegów radioterapii jest u nas mniej więcej tyle, ile chirurgicznych, podczas gdy w krajach rozwiniętych dwukrotnie wyższy jest odsetek zabiegów chirurgii małoinwazyjnej* - wyjaśnił.

Prof. Antoniewicz uważa, że chcąc poprawić wyniki leczenia chorych na raka gruczołu krokowego, trzeba przede wszystkim pomyśleć o programach profilaktyki zdrowotnej mężczyzn po 50. roku życia. Takie programy działają już w Skandynawii, m.in. w Norwegii, gdzie mężczyzna po pięćdziesiątce raz w roku ma możliwość poddania się badaniom określającym stopień ryzyka wystąpienia wszystkich podstawowych nowotworów, w tym raka gruczołu krokowego.

Kolejnym niezbędnym elementem poprawy opieki nad chorymi jest wprowadzenie, postulowanego przez środowisko urologów, krajowego rejestru raka stercza, bo - jak podkreśla prof. Antoniewicz - tylko analizując przebieg leczenia, można wyciągać właściwe wnioski.

Pacjenci czekają na kolejne leki

Kiedy pod koniec lipca 2018 roku Europejska Agencja Leków zakończyła procedurę oceny dichlorku radu Ra 223 (Xofigo) i zaleciła ograniczenie jego stosowania ze względu na zwiększone ryzyko złamań kości, a w połączeniu z octanem abirateronu (Zytiga) zwiększone ryzyko zgonu, możliwości leczenia chorych na zaawansowanego raka prostaty w ramach wspomnianego przez prof. Antoniewicza programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami", jeszcze bardziej się skurczyły.

- *Jeden z leków w zasadzie wypadł z programu, bo może być stosowany dopiero, gdy pacjenci wcześniej zostali poddani dwukrotnej próbie leczenia innymi sposobami, albo nie można u nich zastosować innego leczenia. Co więcej, ten lek w połączeniu z drugim z programu może zwiększać ryzyko zgonu. Czyli tak naprawdę bezpieczny jest tylko trzeci lek, który akurat nie jest refundowany i przez to nie jest dostępny przed chemioterapią!* - tłumaczył Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti".

Przedstawiciele stowarzyszenia wzięli udział w posiedzeniu Rady Przejrzystości przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na którym jej członkowie zajęli się przygotowaniem stanowiska w sprawie objęcia refundacją przed chemioterapią, w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami", enzalutamidu (Xtandi). Rozważali również zasadność wprowadzenia zmian do zapisów programu w części dotyczącej kryteriów kwalifikacji do leczenia dichlorkiem radu Ra 223.

Pod koniec sierpnia 2018 roku prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację w kwestii objęcia refundacją enzulatamidu u pacjentów niestosujących wcześniej chemioterapii, pod warunkiem obniżenia kosztów leczenia tym lekiem. Za niezasadne uznał natomiast wprowadzenie zmian do programu w zakresie leczenia dichlorkiem radu do czasu uwzględnienia zaleceń Europejskiej Agencji Leków w sprawie bezpieczeństwa stosowania tego leku.

Jeszcze w listopadzie, na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii i na spotkaniu zorganizowanym w ramach „Dialogu dla Zdrowia", urzędnicy z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia zapewniali przewodniczącego Sekcji Prostaty stowarzyszenia „UroConti", że trwają negocjacje z pro-

fot. Adobe Stock

ducentem enzalutamidu w sprawie objęcia tego leku refundacją przed chemioterapią. Jednak kiedy Bogusław Olawski zwrócił się do niego z prośbą o informację, na jakim etapie te negocjacje się znajdują i kiedy się zakończą, dowiedział się, że jeszcze się nie zaczęły.

– *Nie jesteśmy w stanie zrozumieć, jak to możliwe, że 29 sierpnia wniosek otrzymał pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT, a do 3 grudnia w Ministerstwie Zdrowia nie rozpoczęły się nawet negocjacje* [ceny i warunków refundacji - przyp. red.] - napisał Bogusław Olawski do Marcina Czecha, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, prosząc go o podjęcie interwencji w tej sprawie.

Ostatecznie listopadowa oraz zapowiedź kolejnej, styczniowej listy refundacyjnej, zamiast korzystnej zmiany, przyniosły ogromne rozczarowanie, ponieważ nie został na nie wpisany żaden nowy lek dla chorych na raka prostaty.

Nowy rok, nowe nadzieje

– *Cztery lata domagaliśmy się wprowadzenia nowych terapii lekowych dla chorych na raka prostaty – enzulatamidu i dichlorku radu. W ciągu tych czterech lat wielu pacjentom mogłyby one pomóc, ale nie mogli z nich skorzystać* - przypomina Tadeusz Włodarczyk, prezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator" im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego.

Wielu chorych, jak podkreśla Tadeusz Włodarczyk, dzwoniąc na infolinię, skarży się, że ani w trakcie pobytu w szpitalu, ani po operacji nie mają zapewnionej pomocy psychologicznej. Nie mają z kim porozmawiać, żeby zrzucić z siebie ciężar choroby, więc dzwonią do stowarzyszenia. – *Po zabiegu chirurgicznym pacjent jest wypisywany do domu i idzie do lekarza pierwszego kontaktu. To, co chirurg zdołał naprawić, szybciutko znika. Trzeba włożyć duży wysiłek w usunięcie powikłań i komplikacji, które pojawiają się wskutek braku rehabilitacji. To tragedia nie tylko dla pacjenta, ale również jego rodziny, która o niego walczy* - tłumaczy prezes stowarzyszenia „Gladiator".

O nowych metodach leczenia pacjenci dowiadują się za granicą, uczestnicząc w różnych konferencjach medycznych organizowanych w krajach europejskich, gdzie te metody są już dostępne. Inaczej byliby odcięci od informacji.

– *Od szesnastu lat prowadzę nasze stowarzyszenie. Byłem już na niejednym spotkaniu, na którym mówiło się o pacjencie, ale niewiele z nich dla pacjenta potem wynikało* - powiedział w Sejmie Tadeusz Włodarczyk. I zaapelował do Ministerstwa Zdrowia o objęcie refundacją nowoczesnych terapii dla chorych na zaawansowanego raka prostaty.

PRZEŁOM DLA CHORYCH?

Czy rok 2019, nazwany już rokiem wdrażania programów pilotażowych i rejestrów medycznych, okaże się przełomem dla chorych na raka prostaty? Jak poinformowała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, opracowano już modele specjalistycznych ośrodków zapewniających kompleksową i koordynowaną opiekę nad chorymi na raka piersi (Breast Cancer Unit) oraz raka płuca (Lung Cancer Unit). Od początku 2019 roku AOTMiT, na zlecenie resortu zdrowia, ma zająć się opracowaniem podobnych modeli ośrodków dla pacjentów z rakiem jelita grubego (Colorectal Cancer Unit) i rakiem gruczołu krokowego (Prostate Cancer Unit). Agencja ma również opracować pakiety procedur dedykowanych pacjentom dotkniętym poszczególnymi chorobami nowotworowymi. Będziemy się przyglądać pracom AOTMiT i sprawdzać, jakie decyzje zapadają w gmachu Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej w Warszawie.