

Europejski Dzień Prostaty. Zmiany w programie lekowym nie zlikwidowały zakazu leczenia sekwencyjnego

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Khunatorn - stock.adobe.com

Tegoroczne obchody Europejskiego Dnia Prostaty były dla chorych na ten typ nowotworu nieco bardziej optymistyczne, ponieważ doczekali się wreszcie korzystnych zmian w programie leczenia zaawansowanego raka gruczołu krokowego.

Pacjenci ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” z dużym zadowoleniem przyjęli decyzję Ministerstwa Zdrowia, którą wiceminister Maciej Miłkowski ogłosił w mediach społecznościowych jeszcze pod koniec sierpnia. Od 1 września, po miesiącach oczekiwania i wielu interwencjach pacjentów, lekarzy i parlamentarzystów, program lekowy „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” został wreszcie rozszerzony o możliwość leczenia enzalutamidem pacjentów przed chemioterapią. Polska była jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym pacjenci i lekarze mieli do dyspozycji tylko jeden refundowany lek w programie przed chemioterapią - octan abirateronu.

- *Trwało to prawie dwa lata, ale wreszcie się udało* - cieszy się Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty stowarzyszenia „UroConti”, który nadal odbiera telefony

od zdesperowanych pacjentów, którzy od wielu miesięcy czekali na lek, który może im wydłużyć życie i poprawić jego jakość. - *To dobra wiadomość dla nich wszystkich, także dla tych, którzy wcześniej leczyli się enzalutamidem komercyjnie, wydając na niego oszczędności całego życia* - dodaje.

Jak podkreślano podczas XXII Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), odbywającego się w dniach 29-31 sierpnia w Gdańsku, lekarze mają od 1 września nowe możliwości leczenia chorych na raka gruczołu krokowego. Wynika to - jak podkreślił prof. Piotr Wysocki, prezes PTOK - z obwieszczenia, które ostatecznie harmonizuje programy lekowe w leczeniu chorych na opornego na kastrację przerzutowego raka gruczołu krokowego. „Mamy wreszcie do dyspozycji dwa leki do stosowania zarówno przed, jak i po chemioterapii opartej o docetaksel. W związku z tym państwa decyzje terapeutyczne powinny być oparte na wiedzy klinicznej, doświadczeniu, na cechach waszych pacjentów, a nie na ograniczeniach zapisów programu lekowego, czy na dostępności jednego, a nie drugiego leku” - tymi słowami prof. Wysocki zwrócił się do uczestników kongresu.

Dr Ewa Chmielewska ze Szpitala Onkologicznego NU-MED w Elblągu przypominała, że jeżeli lekarze nie będą weryfikować skutków swoich decyzji, to nigdy nie nauczą się dobrze kwalifikować chorych do leczenia. Nawiązała w ten sposób do wyników badań porównujących skuteczność obu leków stosowanych w terapii chorych na zaawansowanego raka prostaty. Pod uwagę należy brać również długofalowe korzyści z ich stosowania odnoszone przez chorych.

W przywołanej przez dr Chmielewską metaanalizie opublikowanych do tej pory badań klinicznych, w których porównywano skuteczność abirateronu z enzalutamidem we wskazaniu przed chemioterapią, ten drugi lek okazał się zdecydowanie lepszy. Natomiast w metaanalizie porównawczej skuteczności obu leków stosowanych po chemioterapii nie odnotowano istotnych różnic.

Kwalifikacja chorych bez skali Gleasona

Do 1 września br. Polska była prawdopodobnie jedynym krajem na świecie, w którym kryterium kwalifikującym do programu lekowego była ocena stopnia złośliwości nowotworu według skali Gleasona. W opinii członków stowarzyszenia „UroConti” stosowanie go w niesprawiedliwy i sztuczny sposób dzieliło chorych na lepszych i gorszych. Przeciwno tej dyskryminacji protestowali pacjenci, krytykowali ją również eksperci medyczni i Rada Przejrzystości, która postulowała potrzebę „rewizji programu lekowego leczenia zaawansowanego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w szczególności dopuszczenie do stosowania obu leków hormonalnych (octanu abirateronu i enzalutamidu) przed chemioterapią bez uzależnienia od stopnia złośliwości (skala Gleasona)”.

– Cieszę się, że moje kolejne interwencje, w tym także te już po publikacji projektu listy mającej obowiązywać od 1 września, przyniosły wymierny skutek. Przecież to nieludzkie mówić pacjentom zmagającym się codziennie z ciężką chorobą nowotworową, że o tym, czy będą leczeni zadecyduje bezduszny przepis wymyślony jedynie w Polsce – mówi Bogusław Olawski.

Zakaz sekwencyjnego leczenia utrzymany w mocy

Jednak wraz z rozszerzeniem programu lekowego wcale nie skończyły się wszystkie problemy pacjentów z rakiem prostaty, ponieważ nadal obowiązuje zakaz sekwencyjnego podawania leków. W praktyce oznacza to, że jeśli pacjent leczył się wcześniej jednym z tych dwóch leków, który okazał się u niego nieskuteczny, to w myśl obowiązujących ciągle zapisów zamyka się przed nim możliwość leczenia drugim lekiem, chyba że zapłaci sobie za niego z własnej kieszeni.

– Od samego początku wprowadzenia tego zapisu docierają do mnie głosy zrozpaczonych pacjentów z całej Polski, którzy słyszą od swoich lekarzy, że z powodu wcześniejszej terapii abirateronem nie będą mogli skorzystać z leczenia enzalutamidem i odwrotnie, bo program lekowy na to nie pozwala. To absurd, którego nie spotkamy nigdzie poza Polską! – mówi Bogusław Olawski.

Ponadto, na świecie są już dostępne inne nowoczesne leki, pozwalające na leczenie pacjentów we wcześniejszych fazach choroby, kiedy ich organizm nie jest jeszcze tak bardzo wycieńczony. – A my nadal w ogniu – komentuje Bogusław Olawski. – Co tu mówić o leczeniu na światowym poziomie, kiedy w Polsce nie są nawet refundowane wszystkie leki dostępne w innych krajach na późniejszym etapie leczenia – dodaje. I zapowiada, że nie odpuści, nadal będzie walczył w imieniu wszystkich chorych na raka gruczołu krokowego.

Na kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej również mówiono o sekwencyjnym leczeniu raka prostaty lekami należącymi do grupy antyandrogenów II generacji, czyli abirateronem i enzalutamidem. Z badań, na które powoływała się dr Ewa Chmielewska w swoim wystąpieniu na sesji poświęconej leczeniu chorych na raka stercza wynika, że korzystniej jest zastosować u nich najpierw abirateron, a następnie enzalutamid, a nie odwrotnie. Nie ma jednak wystarczających dowodów (brak analizy retrospektywnej), które mogłyby precyzyjnie określić korzyści płynące z takiej kolejności leczenia.

– Uzyskanie długotrwałego efektu we wskazaniu post-chemo [po chemioterapii – przyp. aut.] zależy od właściwej strategii leczenia przed zastosowaniem enzalutamidu. Oznacza to, że jeżeli z jakichś powodów pacjent miał rozpocząć leczenie od chemioterapii, na przykład po operacji otrzymał docetaksel, to niewątpliwie w momencie zdiagnozowania nawrotu choroby nie można czekać z rozpoczęciem tego leczenia – powiedziała ekspertka.

Coraz dłuższe kolejki do specjalistów

Pacjenci skarżą się, że coraz trudniej jest im dostać się w ramach ubezpieczenia do lekarzy specjalistów, w tym do urologów. Za to jak grzyby po deszczu wyrastają prywatne gabinety lekarzy będących jeszcze w trakcie specjalizacji, którzy już tytułują się specjalistami, chociaż w rzeczywistości jeszcze nimi nie są.

– To bardzo niebezpieczne zjawisko. Nie dość, że musimy czekać w wielomiesięcznych kolejkach do specjalistów w ramach publicznej służby zdrowia, którą opłacaliśmy z naszych składek niekiedy po 40 lat, to kiedy już decydujemy się przyspieszyć leczenie i skorzystać z płatnej wizyty, możemy trafić na lekarza bez specjalizacji – mówi przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Jednym z najczęstszych skutków ubocznych leczenia raka prostaty są nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji.