

Rak prostaty: nowoczesne leki opóźniają powstanie przerzutów

Maja Markłowska-Tomar

Zrakiem prostaty można żyć długo i w dobrej formie, zwłaszcza jeśli zostanie wcześniej rozpoznany i pacjent będzie leczony zgodnie z obowiązującymi standardami. Trudno się więc dziwić rozgoryczeniu chorych, którzy nie mogą się doczekać dostępu do neodjawuntowego leczenia opóźniającego powstanie przerzutów do innych narządów.



Fot. jarun011 - stock.adobe.com

Rak prostaty jest najczęstszym nowotworem męskim w Polsce. Co roku rozpoznaje się go u około 18 tysięcy mężczyzn. Wśród nich jest coraz więcej młodych pacjentów, co przeczy powszechnemu przekonaniu o zapadalności w starszym wieku. Potwierdzają to onkolodzy.

– Przez lata uważaliśmy raka prostaty za nowotwór tylko starszych panów i tylko te starsze osoby badaliśmy w tym kierunku, albo w ogóle ich nie badaliśmy, a jedynie czekaliśmy, aż pojawią się objawy. Tymczasem wiadomo, że wczesny rak prostaty, nawet agresywny i zaawansowany, może nie dawać żadnych objawów. Dlatego zachęcamy także młodszych mężczyzn, by się badali i sprawdzali, czy nie mają raka prostaty – mówi dr n. med. Iwona Skoneczna, onkolog kliniczny ze Szpitala Grochowskiego i Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Badania przeprowadzone w Danii wykazały, że osoby, które w przyszłości zachorują na raka prostaty, już w wieku 45 lat mają średni poziom PSA wyższy niż reszta populacji. – Dlatego już w tym wieku zalecamy wykonanie pierwszego badania PSA i określenie innych czynników ryzyka. Jeżeli bowiem w rodzinie pacjenta ktoś chorował w młodym wieku na agresywnego raka prostaty lub raka piersi, to już od czterdziestego roku życia, a czasem nawet wcześniej rekomendujemy badania sprawdzające – wyjaśnia dr Skoneczna. I dodaje, że

na pierwsze badanie specyficznego markera PSA należy zgłosić się w wieku 40–45 lat.

Jak diagnozuje się raka prostaty?

Jeśli poziom PSA jest podwyższony, może to świadczyć o obecności raka prostaty. Nie jest to jednak badanie rozstrzygające. Od niedawna stan gruczołu można też ocenić za pomocą rezonansu magnetycznego. – Badanie to zyskuje coraz większą popularność, bo w przeciwieństwie do nielubianego przez panów badania per rectum, czy ultrasonografii TRUS, jest wykonywane z zewnątrz oraz pozwala bardzo dokładnie zbadać całą prostatę. Czasem możemy nawet ocenić, czy potrzebna będzie biopsja prostaty czy nie. Jeśli wykonamy badanie rezonansu magnetycznego prostaty na początku diagnostyki i wyniki będą prawidłowe, to prawdopodobnie jedną czwartą panów uchroni to przed nieprzyjemnym i inwazyjnym zabiegiem, jakim jest biopsja – tłumaczy dr Skoneczna. Niestety, rezonans magnetyczny gruczołu krokowego nie jest w Polsce rutynowym elementem diagnostyki i trzeba sobie za nie zapłacić z własnej kieszeni – około 800–1000 zł. Ale być może właśnie to badanie uratowało red. Artura Wolskiego, dziennikarza naukowego Programu I Polskiego Radia, który opowiedział swoją historię dziennikarzom podczas konferencji prasowej zatytułowanej „Rak prostaty w roli głównej”.

– Badam się regularnie. Dbam o zdrowie, a poza tym tak nakazuje mi przyzwoitość. Zajmuję się popularyzacją wiedzy medycznej. Gdybym więc sam nie poddawał się badaniom, do których namawiam innych, to podważałbym to, co mówię, nie byłbym wiarygodny – powiedział red. Wolski. Przyznał, że do urologa chodził co pół roku. Na początku PSA miał na prawidłowym poziomie, ale dwa lata temu stężenie tego białka we krwi zaczęło z nieznanых przyczyn rosnąć. – Nic mnie nie bolało, wszystko funkcjonowało sprawnie, ale to rosnące PSA mnie niepokoiło – wspominał dziennikarz.

Lekarz co prawda go uspokajał, że PSA nie jest jednoznacznym wyznacznikiem tego, że w organizmie rozwija się nowotwór, ale Arturowi ten wzrost nie dawał spokoju. Postanowił wyjaśnić, dlaczego PSA z wartości 1 urosło do 6, potem 7 i 8 i dalej narastało. Jednak badanie USG, któremu się poddał, mu w tym nie pomogło. – Miałem jednak świadomość, że badanie to nie pozwala zajrzeć dokładnie we wszystkie miejsca, nie ma takiej technicznej możliwości. Mogą być więc zakamarki, gdzie nowotwór się rozwija, a głowicy nie da się tak ustawić, by tę zmianę wykazać – stwierdził Artur Wolski.

Badaniem rozstrzygającym miała być biopsja gruboigłowa. Zabieg polega na tym, że lekarz nakłuwa prostatę specjalną igłą biopsyjną o rozmiarze 14 G. Przy wkluciu

pobiera się fragment tkanki o długości 1 cm i szerokości 4 mm. Badanie wykonuje się przy wykorzystaniu aparatury stosowanej do badań USG. Następnie pobrany materiał przekazuje się do pracowni histopatologicznej. Jeśli ma się pecha, bo zmiana nowotworowa umiejscowiona jest w trudno dostępnym obszarze prostaty, to lekarz może nie trafić w pole zajęte rakiem. Tak było właśnie w przypadku Artura Wolskiego. – *Wynik mojej biopsji obejrzał urolog i uznał, że nic złego w prostaty się nie dzieje. Uspokajał mnie, że prostata jest co prawda nieco powiększona, ale w pewnym wieku to stan normalny. Lekarz stwierdził stan zapalny i przepisał antybiotyk. Ponownie uspokoił mnie, że rosnący PSA o niczym nie świadczy* – wspominał red. Wolski.

Dziennikarz nie dał jednak za wygraną i wykonał prywatnie rezonans magnetyczny. Wynik badania rezonansem pozwolił dokładnie określić miejsca, skąd należy pobrać komórki do badania histopatologicznego. Biopsja wykazała jednoznacznie, że chodzi o nowotwór złośliwy. – *Zdecydowałem się na całkowitą resekcję prostaty. Zabieg wykonano laparoskopowo. Nie stać mnie było na zabieg z użyciem robota da Vinci, za który musiałbym zapłacić 50 tysięcy złotych* – przyznał red. Wolski. Miał szczęście, bo następnego dnia szpital, w którym poddał się zabiegowi, został zamknięty z powodu pandemii koronawirusa.

Jak leczy się w Polsce raka prostaty?

Jeśli rak prostaty zostanie wykryty na wczesnym etapie, kiedy nie doszło jeszcze do przerzutów, leczenie polega na operacyjnym wycięciu gruczołu albo zniszczeniu go za pomocą radioterapii. Natomiast w sytuacji, gdy komórki nowotworowe są nie tylko w prostaty, ale również w innych miejscach organizmu, lekarze stosują leczenie systemowe.

– *Wiemy, że rak prostaty jest hormonozależny. Leczenie polega więc na zablokowaniu produkcji męskich hormonów – albo za pomocą operacji, która usuwa źródło produkcji hormonów, czyli wycina się oba jądra, albo za pomocą zastrzyków podawanych co kilka miesięcy, które blokują produkcję tych hormonów w jądrach* – wyjaśnia dr Skoneczna.

Badania wykazały, że w przypadku bardziej agresywnych nowotworów skuteczniejsze jest leczenie obniżające poziom testosteronu połączone z chemioterapią. – *A jeszcze lepsze wyniki leczenia uzyskamy wówczas, gdy na wczesnym etapie zastosujemy jednocześnie nową generację leków hormonalnych* – dodaje dr Skoneczna.

Nowa generacja leków hormonalnych, o których mówi dr Skoneczna, dostępna jest w formie doustnej. Pacjenci dostają tabletki, które mogą zażywać w domu, dzięki czemu nie muszą przychodzić często do szpitala, co w dobie pandemii COVID-19 ma ogromne znaczenie.

Nowoczesne leki nie są dostępne dla chorych bez przerzutów

– *Leki te nie dość, że dają stosunkowo mało objawów ubocznych, to jeszcze bardzo dobrze działają. Nie tylko przydają się pacjentom z najbardziej zaawansowaną postacią choroby,*

którzy mają tzw. raka opornego na kastrację z przerzutami po niepowodzeniu leczenia blokującego produkcję hormonów, ale też przynoszą efekty u pacjentów jeszcze przed chemioterapią. Nowym wskazaniem do zastosowania tych leków jest sytuacja, gdy po wycięciu lub napromienianiu prostaty, mimo obniżenia testosteronu, szybko narasta marker nowotworowy, czyli PSA, a w tzw. badaniach obrazowych, czyli tomografii komputerowej i scyntygrafii kości, jeszcze nie widać przerzutów. Dzięki tym lekom możemy opóźnić o 2 lata pojawienie się przerzutów i znacznie wydłużyć życie – tłumaczy dr Skoneczna.

Do tej pory zarejestrowano cztery takie leki nowej generacji. Pierwszym z nich był abirateron, następnie enzalutamid, apalutamid, a w ostatnim czasie darolutamid. Wszystkie należą do tej samej grupy, mają postać tabletek i są bardzo skuteczne u większości pacjentów.

– *Leki te różnią się szczegółami, ale wszystkie są dobrze tolerowane przez pacjentów i wygodne w stosowaniu. Zapewniają dobrą jakość i komfort życia, a także możliwość aktywności zawodowej i rodzinnej. Gdyby ktoś spotkał tych pacjentów na ulicy, to w ogóle nie przypuszczałby, że mają oni nowotwór i są w trakcie leczenia. Dużo tych chorych w trakcie leczenia funkcjonuje w podobny sposób jak przed chorobą* – podkreśla dr Skoneczna.

Problemem jest jednak ograniczony dostęp do tych leków. – *Te nowoczesne terapie onkologiczne są dostępne tylko w ramach programów lekowych, czyli dla wybranych pacjentów w doskonałej formie, u których ten efekt będzie zwykle najlepszy. Tymczasem, jak pokazują badania i coraz większe doświadczenie w stosowaniu tych terapii, leki te mogłyby przynieść korzyści także tym pacjentom, których obecnie nie możemy włączyć do programu lekowego* – tłumaczy dr Skoneczna.

A do programu lekowego nie można obecnie włączyć chorych z rakiem opornym na kastrację, u których nie doszło jeszcze do przerzutów. Żeby otrzymać nowoczesny lek, muszą poczekać, aż nowotwór się u nich rozwinie, co brzmi jak absurd. Zwłaszcza że z trzech badań naukowych opublikowanych w tym roku wynika, że nowoczesne leki właśnie tym pacjentom przynoszą duże korzyści. Opóźniają pojawienie się przerzutów średnio o dwa lata oraz wydłużają czas przeżycia nawet o kilkanaście miesięcy. Leki te powinny być stosowane możliwie jak najwcześniej, bo im wcześniej, tym lepsze są efekty terapii.

Leczenie pacjentów z rakiem gruczołu krokowego opornym na kastrację

PACJENCI PRZED PRZERZUTAMI	PACJENCI PO PRZERZUTACH
W procesie refundacji są procedowane trzy leki: • apalutamid • darolutamid • enzalutamid	W aktualnie obowiązującym programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C61)” aktualnie są refundowane trzy leki: • abirateron • dichlorek radu-223 • enzalutamid