

Świadomość pacjentów to klucz do sukcesu w uroonkologii

O narastającym długu zdrowotnym w uroonkologii oraz oczekiwanych przez pacjentów i lekarzy zmianach w programach leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, z dr. hab. n. med. Jakubem Kucharzem, onkologiem klinicznym z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, rozmawia Tomasz Michalek.

Czy może Pan wyjaśnić naszym czytelnikom, co kryje się pod nazwą „uroonkologia”?

Uroonkologia to pojęcie szerokie, to już prawie podspecjalizacja na styku urologii i onkologii, gdzie spotykają się specjaliści onkologii klinicznej, urologii, radioterapii, którzy zajmują się leczeniem nowotworów układu moczowo-płciowego. Mam tu na myśli układ moczowy u mężczyzn i u kobiet, a także nowotwory układu płciowego u mężczyzn, gdyż u kobiet leczeniem nowotworów układu rozrodczego zajmują się ginekolodzy-onkolodzy.

Przez cały ostatni rok słyszemy ostrzeżenia o narastającym długu zdrowotnym. Czy w uroonkologii zauważył Pan symptomy tego zjawiska?

Tak. Trafiają do nas pacjenci z bardziej zaawansowanymi nowotworami, w zasadzie w każdej lokalizacji, jaką się zajmujemy. Są to pacjenci, którzy z jakiegoś powodu nie zgłaszali się do swoich lekarzy, czy to do podstawowej opieki zdrowotnej, czy do lekarzy specjalistów. Z jednej strony przyczyną był na pewno ich lęk przed kontaktem z placówkami ochrony zdrowia i ryzykiem zakażenia koronawirusem, z drugiej strony - ograniczony dostęp do placówek medycznych, bo wiemy, że na przykład wiele oddziałów szpitalnych zostało przekształconych w covidowe. To wszystko spo-

wodowało m.in. odroczenie konsultacji i zabiegów. Widzimy już efekt tego zjawiska w praktyce, w naszej codziennej pracy.

A w której grupie pacjentów sytuacja jest szczególnie niebezpieczna?

Niebezpieczna jest w każdej grupie, bo w każdej zdarzają się pacjenci z bardziej agresywnymi i mniej agresywnymi nowotworami. Myślę, że taką grupą, u której widzimy bardzo wyraźny wzrost przypadków zaawansowanych, są na przykład pacjenci z nowotworami jądra, czyli młodzi mężczyźni, u których ta choroba potrafi mieć dużą dynamikę. Widzimy pacjentów, którzy byli zdalnie konsultowani w POZ z powodu kaszlu, a z powodu wstydu nie zgłaszali, że mają guz jądra. Otrzymywali leczenie na infekcję dróg oddechowych, które rzecz jasna było nieskuteczne. Ostatecznie trafiali do nas z zaawansowa-

ną chorobą, wtedy okazywało się, że to nie infekcja dróg oddechowych była odpowiedzialna za objawy, lecz rozsiany proces nowotworowy ze zmianami przerzutowymi w płucach.

Widzimy też pacjentów z rakiem pęcherza moczowego oraz z zaawansowanymi nowotworami nerek. To też jest duży problem. W przypadku raka stercza jest bar-



dr hab. n. med. Jakub Kucharz

Fot. Archiwum dr hab. Jakuba Kucharza

dzo różnie, bo wiemy, że z jednej strony rak stercza potrafi być chorobą bardzo powolną, indolentną, która rozwija się przez wiele lat i często przez wiele lat nie wymaga leczenia. Natomiast na drugim biegunie tej skali są pacjenci, którzy mają choroby o dużej dynamice, u których wcześniej w przebiegu choroby występują przerzuty odległe. Nadal widzimy oczywiście pacjentów z chorobą we wczesnym stopniu zaawansowania, która pewnie była już obecna te kilka czy kilkanaście miesięcy temu i ci chorzy niekoniecznie wymagają od razu leczenia, no ale widzimy też chorych w stanie bardzo zaawansowanym.

Przejdźmy zatem do dostępności leczenia dla chorych na poszczególne nowotwory. Zacznijmy od raka nerki. Tutaj w pierwszej linii leczenia mamy immunoterapię. Kiedy należy ją wdrożyć i jak to się ma do aktualnej dostępności tego leczenia w Polsce?

Immunoterapia w przypadku raka jasnokomórkowego, czyli tego najczęściej rozpoznawanego, jest standardem w leczeniu pierwszej linii. Na pewno powinna być standardem w leczeniu pacjentów z grupy z rokowaniem pośrednim i niekorzystnym. W przypadku chorych z grupy z rokowaniem korzystnym nadal trwają dyskusje, czy konieczne jest

leczenie zawierające immunoterapię w pierwszej linii. W opinii ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej wystarczająca wydaje się monoterapia inhibitorem kinazy tyrozynowej. Nie mamy dotychczas danych z badań klinicznych, które potwierdzałyby ko-

rzyść z immunoterapii w pierwszej linii w odniesieniu do czasu przeżycia całkowitego u tych chorych. Ci pacjenci bardzo długo dobrze odpowiadają na monoterapię i w naszej opinii takie leczenie w tej grupie chorych jest wystarczające, z możliwością oczywiście zastosowania innych terapii jako sekwencji leczenia. Nie wykorzystujemy wszystkich metod w leczeniu pierwszej linii, lecz rozkładamy je na długi dystans.

Jak wygląda dostępność do leczenia? Źle. W zasadzie leczenie o tzw. najwyższym stopniu rekomendacji możemy zaoferować tylko pacjentom z grupy z rokowaniem korzystnym, u których możemy stosować inhibitory kinazy tyrozynowej, natomiast immunoterapia w pierwszej linii nie jest dostępna w żadnej grupie rokowniczej.

A które osoby należą do najwyższej grupy ryzyka w tym konkretnym nowotworze?

Oceniamy ryzyko na początku leczenia, posługując się skalami prognostycznymi. Oceniany jest szereg parametrów i w zależności od tego, jak wiele tych czynników określających rokowanie u pacjenta stwierdzamy, kwalifikujemy go do grupy o rokowaniu korzystnym, pośrednim albo niekorzystnym. Grupą pacjentów, która ma bardzo niekorzystne rokowanie, są chorzy, u których stwierdza się obecność komponenty sarkomantycznej w utkaniu nowotworu. I wiemy, że to są chorzy, u których przebieg choroby jest agresywny, szybki. Wiemy też, że tacy chorzy powinni bezwzględnie otrzymywać immunoterapię.

I rozumiem, że w tego typu sytuacji byłoby najlepiej wdrożyć tę immunoterapię możliwie jak najszybciej?

Absolutnie tak.

Czy rak pęcherza tak samo dobrze odpowiada na leczenie immunoterapią jak rak nerki?

W przypadku raka pęcherza moczowego immunoterapię stosujemy w inny sposób. W tym „krajobrazie” leczenia znajduje się ona w innych miejscach. Otóż, podstawą

”

W przypadku raka pęcherza moczowego immunoterapię stosujemy w inny sposób. W tym „krajobrazie” leczenia znajduje się ona w innych miejscach. Otóż, podstawą leczenia pierwszej linii w przypadku raka pęcherza moczowego nadal jest samodzielna chemioterapia.

leczenia pierwszej linii w przypadku raka pęcherza moczowego nadal jest samodzielna chemioterapia. Nie wykazano dotychczas w badaniach klinicznych, żeby dodanie immunoterapii do chemioterapii w pierwszej linii poprawiało rokowania pacjentów. Natomiast immunoterapia na pew-

no swoje miejsce znajduje w tzw. leczeniu podtrzymującym. Jeżeli zastosujemy chemioterapię pierwszej linii i uzyskujemy kontrolę choroby, czyli co najmniej jej stabilizację pod wpływem chemioterapii, to zastosowanie immunoterapii w ciągu 4-10 tygodni po zakończeniu chemioterapii pozwala wyraźnie wydłużyć czas przeżycia całkowitego tych chorych. I to również jest w wytycznych międzynarodowych uznawane za standard leczenia.

A kto powinien szczególnie się obawiać tego nowotworu?

Przede wszystkim palacze tytoniu. Palenie jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego. Do tego możemy dodać również ekspozycję

zawodową na czynniki toksyczne czy przebytą radioterapię w obszarze miednicy. To są czynniki, o których powinniśmy pamiętać, myśląc o raku urotelialnym pęcherza moczowego. Należy jednak pamiętać, że jest to nowotwór wybitnie tytoniozależny.

Jakie nowe leki dla chorych na raka nerki i pęcherza są obecnie w procesie refundacji i co Pan o nich sądzi?

W przypadku raka nerkowokomórkowego w procesie refundacji znajdują się skojarzenia inhibitorów kinazy tyrozynowej z lekami immunokompetentnymi i podwójna immunoterapia. Optymalne wykorzystanie poszczególnych terapii zależy od profilu pacjenta i charakterystyki jego choroby. Na pewno wszystkie te opcje terapeutyczne powinny być dostępne. Tylko wtedy, kiedy mamy wybór pomiędzy kilkoma terapiami, możemy, jako klinicyści, podejmować próbę personalizacji leczenia. Na podstawie wspomnianych już cech klinicznych pacjenta, jego choroby oraz chorób współistniejących, mamy wówczas wybór leczenia, które potencjalnie może przynieść największą korzyść przy jak najmniejszym obciążeniu działaniem niepożądanym w danej sytuacji.

Kiedy Pana zdaniem te leki powinny być dostępne w ramach refundacji?

Jak najszybciej. Jako środowisko specjalistów spodziewamy się, że nastąpi to w marcu 2022 roku.

A co w dalszej przyszłości? Czy są jakieś perspektywy pojawienia się nowych leków w kolejnych liniach leczenia tych nowotworów?

W przypadku raka nerkowokomórkowego zaproponowaliśmy zupełnie nowe brzmienie programu lekowego, który - co warte podkreślenia - został przygotowany przez ekspertów. Nie jest to program „posklejany” z wniosków refundacyjnych podmiotów odpowiedzialnych. I myślę, że wprowadzenie go w takiej formie, jaką zaproponowaliśmy, powinno w bardzo dużym stopniu odpowiedzieć na nasze oczekiwania i spowoduje, że będziemy mieli możliwość nowoczesnego, wieloliniowego leczenia chorych na raka nerkowokomórkowego. Myślę, że ten program w takim wydaniu spełni nasze oczekiwania. Natomiast oczywiście musimy pamiętać o tym, że onkologia jest niezwykle dynamiczną specjalizacją. Bardzo szybko pojawiają się kolejne terapie. Wiadomo, że im bardziej złożone leczenie stosujemy na początku, tym

trudniejszy jest wybór leczenia w kolejnych liniach, więc tym bardziej potrzebne są nowe terapie. To, na co powinien być położony nacisk, to pewnego rodzaju „dobudowywanie klocków” do tej układanki, jaką jest program lekowy. Czyli nie czekajmy kolejne x lat na stworzenie nowego programu, tylko na bieżąco, jeżeli będziemy widzieli, że pojawia się terapia, która w istotny sposób wpływa na rokowania naszych pacjentów, dobudowujemy do tego programu lekowego kolejne fragmenty.

Przejdźmy do nowotworów strictly męskich. Proponuję zacząć od raka jądra. Jak Pan ocenia aktualną sytuację chorych na to schorzenie?

W przypadku nowotworów jądra możliwości leczenia są bardzo dobre, ponieważ jest to nowotwór wybitnie chemiowrażliwy. W leczeniu systemowym chemioterapią, którą możemy zastosować, jest standardem od wielu lat. To, co jest niezwykle ważne, to żeby pacjent z nowotworem jądra lub z nowotworem, który jest chemiowyleczalny

trafiał do ośrodka, który ma doświadczenie w leczeniu takich chorych. To nie powinny być ośrodki małe, które leczą kilku pacjentów rocznie. To muszą być ośrodki, w których takich pacjentów leczonych jest wielu. Ośrodki, które mają doświadczenie w prowadzeniu chemioterapii. Chemioterapia w nowotworach jądra w pewien sposób rządzi się swoimi prawami. Musi być odpowiednio intensywna, nie możemy sobie pozwalać na opóźnienia w leczeniu, i to jest niezwykle istotna kwestia. Oczywiście, bardzo ważny jest obecny na miejscu zespół interdyscyplinarny, żebyśmy pacjenta mogli kierować do konsultacji pod kątem na przykład resekcji zmian przetrwałych po chemioterapii, żeby był sprawny przepływ informacji, sprawny przepływ pacjentów między specjalistami różnych dziedzin - lekarzy, którzy są włączeni w to leczenie.

Czyli powinniśmy zwracać uwagę na doświadczenie ośrodka oraz na kwalifikacje i doświadczenie specjalistów. Czy coś jeszcze jest ważne w tym schorzeniu, o czym warto pamiętać?

Bardzo ważna jest świadomość pacjentów. Można powiedzieć, że to klucz, bo od tego zaczyna się historia naszych chorych, że są świadomi tego, że coś się zaczyna dziać. Bardzo ważne jest to, żeby pacjenci przełamywali barierę wstydu, żeby zgłaszali się do lekarza jak najwcześniej, jeżeli zaniepokoją ich jakieś symptomy...

”
W przypadku raka nerkowokomórkowego zaproponowaliśmy zupełnie nowe brzmienie programu lekowego, który - co warte podkreślenia - został przygotowany przez ekspertów.

Jakie?

Przede wszystkim powiększenie jądra - niebolesne, jednostronne, niemające związku z urazem. Oczywiście, trzeba pamiętać też o czynnikach ryzyka. Bardzo istotnym jest wnetrostwo, czyli niezstąpienie jądra w dzieciństwie. Panowie, którzy mieli tego typu problem w dzieciństwie, powinni być świadomi, że jest to czynnik ryzyka zachorowania na raka jądra. Bardzo istotna jest też świadomość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, bo nadal chorzy w pierwszej kolejności kierują się do lekarzy POZ, zanim pojawią się u urologa czy onkologa. Ważne, żeby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który zobaczy pacjenta z powiększeniem jądra, pomyślał w pierwszym rzędzie o tym, że jest to najczęstszy nowotwór w tej grupie wiekowej i natychmiast skierował takiego pacjenta do urologa bądź do onkologa.

Została nam jeszcze do omówienia prostata. Dane epidemiologiczne prognozują wzrost zachorowań mężczyzn na ten nowotwór. Czy zauważył Pan to już w swoim gabinecie?

W moim przypadku to dosyć trudne pytanie, dlatego że my, z racji profilu miejsca, w którym pracujemy, pacjentów chorych na raka stercza mamy bardzo wielu od zawsze. Natomiast niewątpliwie dane z ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowań. Jest to zapewne też konsekwencją tego, że świadomość pacjentów jest nieco większa. Pacjenci badają się, są kierowani do diagnostyki, później w konsekwencji do leczenia. Z jednej strony to jest zapewne wzrost faktycznie bezwzględny, ale też wpływa na ten wzrost skuteczniejsze diagnozowanie, co wynika z większej chęci pacjentów do zgłaszania się do urologa i oceny, w jakim stanie zdrowotnym jest ich gruczoł krokowy.

I z Pana perspektywy nawet pandemia nie zahamowała tego trendu?

Pandemia na pewno zahamowała ten trend. Co do tego nie mam wątpliwości. Natomiast do nas chorzy są kierowani z wielu ośrodków z całej Polski, dlatego ciężko jest mi mówić, żebyśmy widzieli jakiś znaczący spadek rozpoznań w tym względzie.

Rząd zainicjował niedawno nowy program profilaktyczny 40 PLUS, w ramach którego oferowane są między innymi

darmowe badania PSA dla mężczyzn. Czy Pana zdaniem to dobra inicjatywa?

Oznaczenie stężenia PSA jako badanie przesiewowe się nie sprawdza. Wiemy też, że do skutecznego rozpoznania raka stercza samo badanie PSA nie wystarcza. Niezbędne jest badanie *per rectum*. Dlatego nie powinno być budowane takie poczucie, że pacjent na pewno jest zdrowy w momencie, kiedy będzie oznaczone stężenie PSA i będzie ono prawidłowe. Wynik w granicach normy to jest bardzo szerokie pojęcie w przypadku stężenia PSA. Bo innego stężenia PSA spodziewamy się u czterdziestolatka, a innego u siedemdziesięciolatka. Nadal te wyniki mogą być w normie, ale wysoka norma u siedemdziesięciolatka będzie zupełnie inaczej dla nas wyglądała niż wysoka norma u czterdziestolatka. Więc ważny jest też kontekst i to, jak się na ten wynik spojrzy.

Ostatnia lista leków refundowanych nie przyniosła pacjentom z zaawansowanym rakiem stercza oczekiwanych zmian. Nie poszerzono m.in. programu o pacjentów tzw. M0, czyli z zaawansowanym rakiem prostaty, opornych na kastrację, ale jeszcze przed przerzutami, chociaż

w procesie refundacyjnym mamy aż trzy nowoczesne leki: apalutamid, darolutamid i enzalutamid. Czy Pana zdaniem jest szansa na pozytywną zmianę już od 1 stycznia 2022 roku? Pytam, bo tym razem, inaczej niż w poprzednich latach, Ministerstwo Zdrowia zadziałało proaktywnie i rozłożyło w czasie proces rerefundacji

tysięcy leków, tak aby nie było znowu kumulacji na przełomie roku. Możemy być optymistami czy raczej nie?

Spodziewam się zmian dopiero w marcu. Muszę jednak dodać, że moim zdaniem wdrożenie nowego, autorskiego programu lekowego dla raka nerki jest niewątpliwie dużo większym wyzwaniem dla Ministra Zdrowia niż poszerzenie programu lekowego w zaawansowanym raku stercza o tych kilkuset pacjentów rocznie w M0.

Czyli w raku stercza jest większa szansa niż w raku nerki, żeby to można było przyspieszyć?

Na pewno, gdyż program „nerkowy” jest tworzony od początku. Więc to wymaga naprawdę dużej pracy i dużych zmian.

O ile lat jesteśmy opóźnieni?

Refundacyjnie jesteśmy 3-4 lata za wytycznymi.



Niewątpliwie dane z ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowań na raka prostaty. Jest to zapewne też konsekwencją tego, że świadomość pacjentów jest nieco większa. Pacjenci badają się, są kierowani do diagnostyki, później w konsekwencji do leczenia.