

# Czego oczekują od nowej minister zdrowia chorzy na raka prostaty?

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Khunatorn - stock.adobe.com

**C**o roku w Polsce 18 tys. mężczyzn słyszy diagnozę: rak prostaty. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w 2021 r. stanowił on 21,2 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce i był przyczyną 10,8 proc. zgonów. Ze statystyk europejskich wynika, że wskaźnik 5-letnich przeżyć u pacjentów w naszym kraju z nowotworem gruczołu krokowego nadal wynosi tylko 65,2 proc., podczas gdy dla wszystkich państw Unii Europejskiej jest aż o 20 punktów procentowych wyższy. Jesteśmy jedynym krajem wspólnoty, w którym najważniejsze wskaźniki epidemiologiczne w raku gruczołu krokowego nie ulegają poprawie. Co gorsza, w ostatnich latach Polska jest państwem o największej dynamice wzrostu śmiertelności z powodu raka gruczołu krokowego w całej UE.

Sytuację z pewnością mógłby poprawić szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i wczesne rozpoznanie, a sporym ułatwieniem dla mężczyzn byłaby możliwość dostania się do specjalisty urologa bez skierowania, o co od dłuższego czasu apelują organizacje pacjenckie. – Koniecz-

*ność uzyskania skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej to dla nas ogromne utrudnienie, które może skutkować, i często skutkuje, opóźnieniem w postawieniu rozpoznania i rozpoczęciu leczenia, jeśli są do niego wskazania* – mówi Zbigniew Augustynek, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia „UroConti”.

Prof. Tomasz Drewa, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Urologii i Andrologii Collegium Medicum UMK pracujący w Szpitalu Uniwersyteckim im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, potwierdza: skierowanie do urologa jest barierą na drodze do lepszej opieki nad pacjentami z rakiem prostaty.

*– Dziś, aby pacjent dostał się do urologa, musi tam trafić przez gabinet lekarza rodzinnego. Co prawda, teoretycznie pacjenci, którzy chcieliby się zbadać w kierunku raka prostaty, mają potencjalnie dostępną możliwość wizyty u specjalisty onkologa bez konieczności pozyskania skierowania od lekarza rodzinnego. Musimy jednak uczciwie przyznać, że dostępność wizyt u onkologów i miejsc, gdzie prowadzone są takie konsultacje skriningowe jest wielokrotnie mniejsza niż dostępność i liczba poradni urologicznych. Potencjał poradni urologicz-*

*nych staje się przez to nie w pełni wykorzystany. Wzorcowe rozwiązanie? Funkcjonuje, i to w Polsce. W ramach działań profilaktycznych (zapobieganie i wczesne wykrywanie nowotworów ginekologicznych) kobiety mogą dostać się na wizytę do specjalisty ginekologa bez konieczności pozyskania skierowania od lekarza rodzinnego - przypomina prof. Tomasz Drewa.*

### **Dostęp do nowoczesnych leków poprawia się, ale nadal jest wiele ograniczeń**

Pacjenta, u którego raka prostaty rozpoznano na wczesnym etapie rozwoju, można operować lub zastosować u niego radioterapię. Leczenie operacyjne nie jest jednak metodą, którą lekarz zaproponuje pacjentowi z zaawansowanym nowotworem gruczołu krokowego. Taki chory wymaga leczenia farmakologicznego - nowoczesnych leków, dzięki którym rak prostaty zmieni się u niego w chorobę przewlekłą, taką jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca.

### **Czy pacjenci z zaawansowanym rakiem prostaty mają dostęp do nowoczesnych terapii?**

Zdaniem onkolog klinicznej dr n. med. Iwony Skonecznej, szefowej Oddziału Chemioterapii w Szpitalu Grochowskim w Warszawie specjalizującej się m.in. w leczeniu raka prostaty, w ostatnich latach znacznie poprawiła się dostępność do nowoczesnych terapii raka prostaty w Polsce. W marcu 2022 r. pacjenci wymagający leczenia hormonalnego obniżającego poziom PSA, u których nie obserwuje się jeszcze przerzutów, zyskali dostęp do trzech nowych leków hormonalnych zawierających następujące substancje czynne: apalutamid, darolutamid i enzalutamid. W 2023 r. Ministerstwo Zdrowia umożliwiło chorym z zaawansowanym rakiem prostaty dostęp do kolejnych nowych terapii obejmujących pacjentów z hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego. U pacjentów z chorobą przerzutową do chemioterapii można dołączyć leki hormonalne w celu wzmocnienia efektu leczenia agresywnej postaci choroby, a u chorych,

którzy nie kwalifikują się do chemioterapii, można zastosować leki hormonalne samodzielnie.

*- Zyskaliśmy możliwość leczenia dwoma lekami, które do tej pory w ogóle nie były dostępne. W przypadku panów z rakiem prostaty z mutacją BRCA1 lub BRCA2 mamy możliwość ukierunkowanego leczenia olaparybem już po zastosowaniu leków nowej generacji. Mamy też dostęp do chemioterapii II rzutu, na co czekaliśmy ponad 10 lat - podkreśla dr Iwona Skoneczna. Jak dodaje, zbliża nas to do światowego poziomu leczenia i sprawia, że wielu pacjentów będzie żyło dłużej, w lepszej formie i coraz więcej ośrodków onkologicznych będzie w stanie zapewnić kompleksową opiekę.*

Również zdaniem prof. Tomasza Drewy stan opieki nad pacjentami z rakiem prostaty w Polsce na przestrzeni ostatnich kilku lat poprawił się, zwłaszcza w zakresie dostępności terapii zaawansowanych. *- Co do zasady mamy w Polsce możliwości zastosowania terapii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, zawartych w wytycznych towarzystw naukowych. To, co pozostaje wyzwaniem, to poszerzanie dostępu do terapii tak, by określoną formę leczenia można było rzeczywiście zastosować zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, bez ograniczeń administracyjnych - mówi.*

I przypomina, że większość pacjentów z rakiem prostaty jest leczona metodami radykalnymi - albo przy pomocy operacji, albo przy pomocy różnych form naświetlania jonizującego. *- Dostępność i zakres refundacyjny różnych metod leczenia w początkowych stadiach choroby wydają się dobre. Wyzwaniem jest leczenie zaawansowanej i rozsiaanej postaci raka prostaty. To znacznie mniej liczna grupa pacjentów. Dla tych chorych medycyna ma dziś propozycje różnych rozwiązań, w tym leczenia kilkoma preparatami jednocześnie (działanie na wielu frontach). To, co bywa wyzwaniem, to brak refundacji dla poszczególnych rozwiązań w określonych grupach chorych. Przykładowo, jeśli pacjent nie spełnia albo przekroczy określone w programie lekowym parametry, nie może liczyć na refundowaną terapię, nawet jeśli onkolog mógłby i chciał ją zastosować w oparciu o aktualną wiedzę medyczną - tłumaczy prof. Tomasz Drewa.*

## **Roboty na salach operacyjnych to już standard**

Coraz więcej zabiegów prostatektomii radykalnej wykonywanych jest już w asyście robotów chirurgicznych. Od 1 kwietnia 2022 r. takie zabiegi finansowane są ze środków publicznych, a co za tym idzie, rośnie liczba ośrodków, które są wyposażone w roboty. W urologii te nowoczesne urządzenia wspomagające pracę operatora wykorzystywane są najczęściej, choć rośnie również liczba zabiegów robotowych w ginekologii onkologicznej i chirurgii kolorektalnej (od 1 sierpnia 2023 r. rozszerzono wskazania do refundacji robotyki onkologicznej o nowotwory błony śluzowej macicy i jelita grubego). „Obecnie jest już w Polsce ponad 40 szpitali wyposażonych w roboty chirurgiczne i ich liczba dynamicznie rośnie. (...) Podobnie jak roboty apteczne w aptekach szpitalnych, tak roboty chirurgiczne w ciągu najbliższych kilku lat zastąpią narzędzia laparoskopowe i zdominują chirurgię minimalnie inwazyjną, nadając jej nowy wymiar. To proces globalny, którego nie sposób powstrzymać” - prognozuje w raporcie „Chirurgia robotowa”, opublikowanym w 2023 r. przez Modern Healthcare Institute, dr hab. n. med. Artur Antoniewicz, kierownik Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego.



### Niewykorzystany potencjał rehabilitacji urologicznej

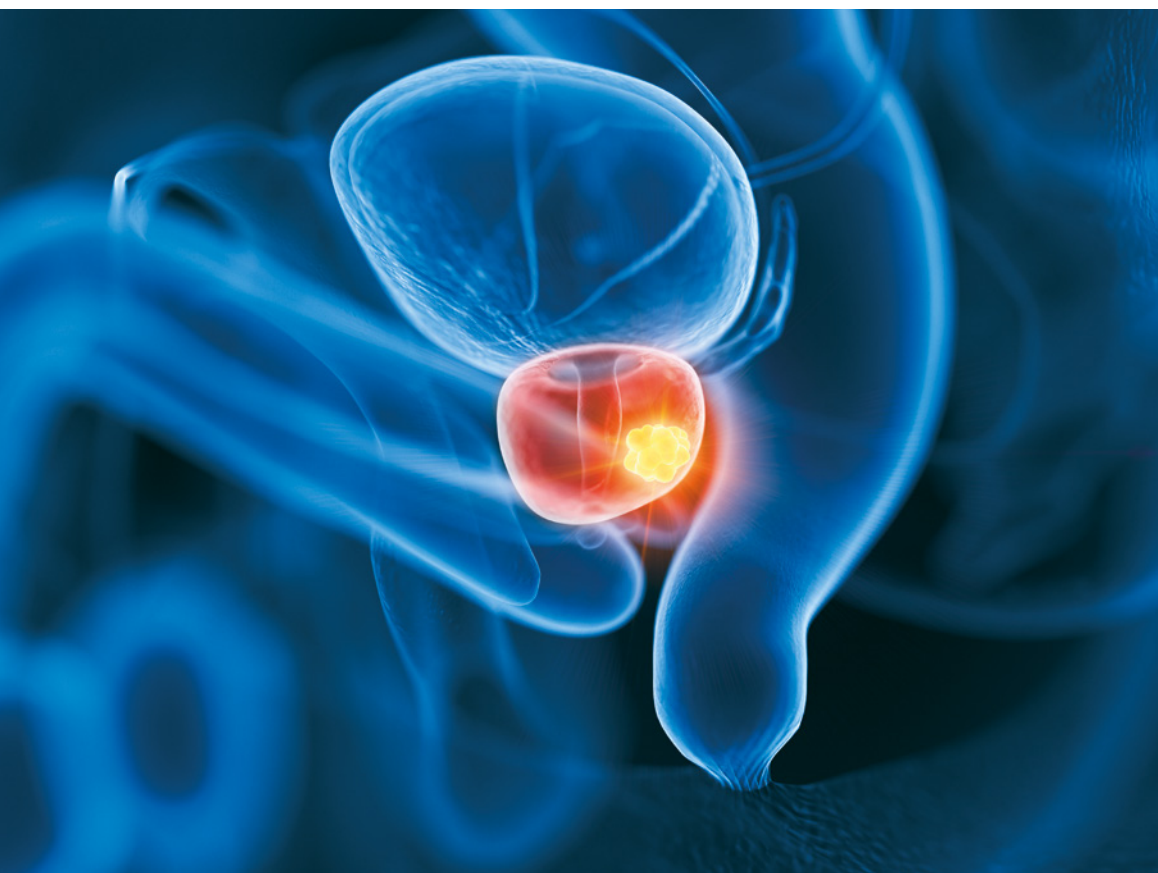
Nadal wyzwaniem pozostaje rehabilitacja urologiczna, o której mężczyźni często dowiadują się dopiero po operacji i nie wiedzą nawet, gdzie szukać profesjonalnej pomocy. Potwierdza to mgr Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie. - Spora część pacjentów, którzy do mnie trafiają, to panowie po prostatektomii radykalnej. Poszukują oni informacji na własną rękę, przeczyszcując Internet. Często wykonują ćwiczenia przekonani o tym, że robią je prawidłowo, a problem nie mija. Wielu pacjentów po radykalnej prostatektomii, jeśli w ogóle ma zalecony trening mięśni dna miednicy, to nie jest on ani dobrany do ich indywidualnych potrzeb, ani nie jest w jakikolwiek sposób weryfikowany pod względem poprawności jego wykonywania - mówi Magdalena Floriańska.

jednak póki co w mniejszości. - *Problem dostępności fizjoterapii na oddziałach urologicznych to jedno z utrudnień, które na swojej ścieżce do zdrowienia napotyka pacjent. Niewiele jest zresztą miejsc, nawet komercyjnych, gdzie opieka nad pacjentem jest kompleksowa* - dodaje Magdalena Floriańska.

### Biopsja fuzyjna nadal bez refundacji

Problemem jest również ograniczony dostęp do diagnostyki. Wprawdzie poprawiła się dostępność badań rezonansem magnetycznym, ale za biopsję fuzyjną trzeba zapłacić z własnej kieszeni. - *Trzeba przyznać, że dostępność badań rezonansem magnetycznym jest obecnie dość duża. Co więcej, jakość badań i ich opisy także są obecnie bardzo dobre. W ciągu ostatnich dwóch lat nastąpiła w tym zakresie naprawdę znacząca zmiana jakościowa. To bardzo ważne,*

*ponieważ bez dobrej jakościowo oceny tego badania nie ma mowy o tym, żeby można było właściwie zdiagnozować raka prostaty. Problem polega na tym, że nie jest obecnie refundowana biopsja w oparciu o rezonans (tzw. biopsja fuzyjna). Pacjenci pytają o możliwość jej wykonania - czy to ze znieczuleniem czy bez, ale z użyciem odpowiedniego sprzętu. Niestety, z powodu braku refundacji musimy wciąż bazować na tak zwanej „starej biopsji”. Szpitale mają problemy z zakupem sprzętu do biopsji fuzyjnej i brakiem możliwości rozliczenia procedury obejmującej znieczulenie i wykonanie badania - przyznaje prof. Tomasz Drewna.*



Fot. Sebastian Kaultzki - stock.adobe.com

Jej zdaniem ważne jest, by rehabilitację urologiczną wprowadzać wcześniej, najlepiej jeszcze przed operacją. - *Dzięki temu nie tylko możemy przyspieszyć powrót do sprawności i uzyskanie lepszego komfortu życia, ale również uniknąć szkodliwego działania wynikającego z niepoprawnie wykonywanych ćwiczeń czy zachowań w codziennym życiu* - tłumaczy.

Jak podkreśla, wciąż brakuje informacji o możliwościach rehabilitacji urologicznej i konieczności wprowadzenia jej jak najwcześniej. Na szczęście zdarzają się specjaliści, którzy informują o takiej opcji swoich pacjentów, są oni

Według niego, w zakresie profilaktyki i diagnostyki raka prostaty, potrzebne są szeroko zakrojone działania świadomościowe i program skринingowy o wymiarze ogólnopolskim. - *Akcji świadomościowych nakierowanych na profilaktykę raka prostaty skierowanych do mężczyzn, ale także do ich bliskich, nigdy dość. Kluczowe jest zbudowanie przekonania o potrzebie wykonywania regularnych badań profilaktycznych. Skutecznego przekonania mężczyzn w Polsce, że taka postawa procentuje dłuższym i lepszymi jakością życia, także w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Po drugie: diagnostyka. W Czechach funkcjonuje ofi-*

cialny narodowy program skriningu raka prostaty. W Polsce zainicjowano program pilotażowy, jednak jest on koordynowany tylko przez jeden z ośrodków. Zdecydowanie potrzeba większej skali działania, w tym włączenia w prace Polskiego Towarzystwa Urologicznego, które jest w stanie dostarczyć właściwy wkład merytoryczny w tego typu inicjatywę - podkreśla prof. Tomasz Drewa.

### Czy chorzy na zaawansowanego raka prostaty mają się czego obawiać?

Pacjenci doceniają wszystkie dotychczasowe zmiany i są za nie bardzo wdzięczni Ministerstwu Zdrowia. Martwi ich jednak, że od 1 listopada 2023 r., wskutek aktualizacji wykazu leków refundowanych, z rozszerzonego w zeszłym roku programu lekowego „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego” wypadł nowoczesny lek dla pacjentów z zaawansowanym opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego - dichlorek radu-223. Obawiają się, że taki sam los może spotkać od 1 kwietnia br. dwa inne leki stosowane w tym wskazaniu.

- Mając w pamięci sytuację z listopada obawiamy się, czy przy nadchodzącej aktualizacji listy refundacyjnej, biorąc pod uwagę, że dwóm preparatom o nazwach enzalutamid i darolutamid kończą się umowy refundacyjne, Minister Zdrowia nie zdecyduje się na kolejne ograniczenia w dostępie do nowoczesnego leczenia - mówi Zbigniew Augustynek.

Co na to prof. Tomasz Drewa? - Nie mam na ten temat precyzyjnych informacji. Mam jednak wrażenie, że Ministerstwo Zdrowia nie chce braku refundacji na leczenie. Raczej przyjmuje strategię może wygórowanych kryteriów włączenia, które trzeba utrzymać. Jeśli jakiś lek „wypada” z listy, to trzeba pamiętać o tym, iż pacjenci w programach muszą kontynuować leczenie, a tych przyjmujących enzalutamid jest duża liczba, więc na dziś taki ruch i tak niewiele zmieni. Ograniczyłby na pewno dostępność kolejnym chorym - odpowiada.

Jednak pacjenci zwracają uwagę na brak transparentności procesu refundacji leków dla chorych na hormonalnie zależnego raka prostaty przed pojawieniem się oporności na kastrację. Ten proces, jak podkreślają, zakończył się wpisaniem do programu lekowego tylko jednego z trzech nowoczesnych leków. Na dodatek bardzo restrykcyjne zapisy programu powodują, że korzysta z niego zaledwie około 100 pacjentów. Zdecydowana większość otrzymuje starszy i tańszy abirateron, który jest dostępny w ramach katalogu leków stosowanych w chemioterapii.

- Jeśli pacjent rozpocznie terapię tym lekiem, to nie może przejść potem na inny, nowocześniejszy, bo nadal obowiązuje w Polsce zakaz leczenia sekwencyjnego - tłumaczy Zbigniew Augustynek.

Prof. Tomasz Drewa potwierdza, że jest zakaz leczenia sekwencyjnego, ale - jak podkreśla - sekwencyjność nie

jest w pełni uznana. - Wiemy, że odpowiedź na drugą linię leków z grupy ARI jest zdecydowanie gorsza niż na pierwszą. Ale prawdą jest, że taka dostępność byłaby korzystna dla pacjentów, choć każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. Medycyna to nadal sztuka leczenia, a nie tylko zalecenia EBM - mówi.

Jednocześnie zwraca uwagę na problemy z leczeniem pacjentów z hormonowrażliwym rakiem stercza z dużą ilością przerzutów, którzy mogą otrzymać jedynie terapię deprywacji androgenów (ADT) + docetaxel (DCTX).

- Jednakże jest pytanie, czy tacy pacjenci nie zyskają więcej na leczeniu ADT+DCTX, niż na samym apalutamidzie. Dane literaturowe są w tej kwestii niejednoznaczne - mówi prof. Tomasz Drewa.

Personalizacja leczenia pacjentów z hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego jest bardzo ograniczona. Szerszy dostęp do nowych terapii pozwoliłby na bardziej efektywny dobór leczenia, uwzględniający m.in. profile bezpieczeństwa poszczególnych leków. To bardzo istotne ze względu na powszechnie występujący problem wielochorobowości w tej grupie osób.

25 stycznia br. Stowarzyszenie „UroConti” skierowało do minister zdrowia Izabeli Leszczyny pismo, w którym opisuje problemy, z którymi zmagają się pacjenci z chorobami układu moczowo-płciowego w Polsce. Jest w nim mowa również o licznych zastrzeżeniach członków stowarzyszenia w sprawie dotychczasowego przygotowywania i formy konsultacji programów lekowych. - "Brak transparentności, ukrywanie szczegółów do momentu publikacji projektu, ustalanie kryteriów programów niezgodnych z międzynarodowymi wytycznymi medycznymi oraz opieranie ich na krótkoterminowych celach ekonomicznych, a nie medycznych, budzą nasz głęboki niepokój" - napisali w piśmie do nowej szefowej resortu zdrowia. I podzielili się z nią swoimi obawami, że skoro z dniem 31 października 2023 r. z refundacji wypadł niespodziewanie jeden z leków w programie „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego”, to kolejne również mogą być wycofane, tym bardziej że w marcu br. kończą się im umowy refundacyjne.

- Jako organizacja zrzeszająca pacjentów będziemy stale podkreślać, że lekarze i pacjenci powinni mieć zagwarantowaną możliwość doboru optymalnych form terapii, a dostęp ten powinien być stale poszerzany, a nie ograniczany. To lekarz powinien podejmować decyzję o najbardziej optymalnej formie terapii, a nie Minister Zdrowia, którego zadaniem z kolei powinno być stworzenie jak najlepszych warunków do jej realizacji" - podkreślili.

PS Aktualny status refundacji leków dostępnych w ramach programu lekowego „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego” dostępny jest na stronie [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl).