



Medyczna Racja Stanu

Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

„Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2”

Wirtualna debata ekspercko-systemowa
8 kwietnia 2020 r.

Informacja prasowa

Chorzy onkologicznie w czasie pandemii powinni mieć zagwarantowany dostęp do kontynuowanych i nowych terapii. Jednocześnie chorzy onkologicznie są znacząco bardziej narażeni na zakażenie COVID-19 niż pozostała część populacji.

Wynika to z choroby nowotworowej i specyfiki prowadzonej terapii zmniejszającej częstość odporność pacjenta.

Nowotwory i pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce

Na choroby nowotworowe zapada ponad 160 tysięcy Polaków, a ok. 100 tysięcy umiera z ich powodu. W Polsce żyje około 1 miliona osób, u których zdiagnozowano lub wyleczono nowotwór, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o 15%, zaś w perspektywie 10 lat o 28%. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni na lata 2020-2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia

terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu¹.

Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymaga priorytetowego potraktowania. Wg Ministerstwa Zdrowia „*najbardziej narażone na rozwiniecie ciężkiej postaci choroby (COVID-19) i zgon są osoby starsze, z obniżoną odpornością, którym towarzyszą inne choroby, w szczególności przewlekłe*”². Polskie Towarzystwo Onkologiczne potwierdziło, że „*w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz mając na względzie fakt, że chorzy na nowotwory w trakcie leczenia mają często obniżoną odporność*” i opublikowało na swojej stronie internetowej szereg zaleceń dla lekarzy i pacjentów, w tym: „Zalecenia dla pacjentów onkologicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju” (data publikacji 16.03.2020)³, „Stanowisko PTOK ws. leczenia systemowego pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej w kontekście pandemii SARS-CoV-2” (26.03.2020). W zakresie hematologii onkologicznej Polska Grupa Szpiczakowa opublikowała zalecenia dla pacjentów z nowotworami krwi: „Zalecenia dla chorych na szpiczaka plazmocytozy w czasie epidemii SARS-CoV-2” (27.03.2020)⁴ oraz „Epidemia SARS-CoV-2 - zalecenia dla osób z ostrymi białaczkami” (28.03.2020)⁵. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do całkowitego wstrzymania przyjęć pacjentów onkologicznych. Każdy pacjent ma prawo do kontynuowania terapii przeciwnowotworowej. Dotyczy to również pacjentów z podejrzeniem nowotworu - oni również nie powinni pozostać bez opieki. Obecnie najwyższym priorytetem jest zachowanie bezpieczeństwa i prawidłowości leczenia wielospecjalistycznego radykalnego leczenia chorych na nowotwory⁶. W dniu 13.03.2020 Ministerstwo Zdrowia wydało „Komunikat dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem”⁷. W związku ze szczególnymi rozwiązaniami związanymi z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 Ministerstwo Zdrowia rekomenduje: możliwość wydawania takiej ilości produktu leczniczego, który w opinii lekarza prowadzącego zabezpieczy terapię pacjenta na maksymalnie długi okres bez konieczności niezbędnej wizyty, jednak nie dłuższy niż 6 miesięcy;

Z perspektywy pacjentów chorych na nowotwory sytuacja pandemii jest olbrzymim zagrożeniem. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna wysłała w dniu 26.03.2020 r. do Ministra Zdrowia wniosek o udzielenie odpowiedzi w trybie dostępu do informacji publicznej dotyczącej: dostępności do

¹ Narodowa Strategia Onkologiczna. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/co-musisz-wiedziec-o-koronawirusie>

³ https://pto.med.pl/aktualnosci/aktualnosci/zalecenia_dla_pacjentow_onkologicznych_w_zwiazku_z_sytuacja_epidemiologiczna_w_kraju

⁴ <https://hematoonkologia.pl/polska-grupa-szpiczakowa/news/id/3823-zalecenia-dla-chorych-na-szpiczaka-plazmocytozy-w-czasie-epidemii-sars-cov-2>

⁵ <https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/news/id/3824-epidemia-sars-cov-2-zalecenia-dla-osob-z-ostrymi-bialaczkami>

⁶ Towarzystwa onkologiczne ws. postępowania z pacjentami w sytuacji zagrożenia koronawirusem. Rynek Zdrowia 19 marca 2020. Dostępne: <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Towarzystwa-onkologiczne-ws-postepowania-z-pacjentami-w-sytuacji-zagrozenia-koronawirusem,204458,1013.html>

diagnostyki i leczenia onkologicznego, sytuacji kadrowej w podmiotach onkologicznych, zabezpieczenia w środki ochrony osobistej kadry medycznej oraz wykonywania testów w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 u kadry medycznej⁸. Organizacje pacjenckie informują, że większość centrów onkologii i szpitali zajmujących się leczeniem onkologicznym pracuje normalnie, ale skupia się głównie na kontynuacji leczenia. Przekładane są operacje, podawanie chemioterapii. Największy problem mają tzw. pacjenci pierwszorazowi, czyli tacy u których dopiero podejrzewa się nowotwór i powinni tę diagnozę potwierdzić (lub wykluczyć) badaniami⁹. W wyjątkowo trudnej sytuacji są pacjenci hematoonkologiczni, zwłaszcza ci po przeszczepieniach szpiku czy w trakcie leczenia. System immunologiczny pacjenta hematoonkologicznego jest zwykle bardzo wyniszczony długim leczeniem (Beata Białkowska-Cybula z Fundacji Carita). Stowarzyszenia pacjentów chorych onkologicznie aktywnie włączają się w przeciwdziałanie skutkom pandemii. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych zainicjowała wspólne działania na rzecz wsparcia placówek onkologicznych w czasie pandemii koronawirusa¹⁰. W ramach akcji „Onkologiczni w walce z koronawirusem” odbędzie się internetowa zbiórka pieniędzy, które zostaną przekazane leczącym chorych na nowotwory na zakup środków ochrony i testów.

Pamiętając o tym, jakie znaczenie ma dla pacjenta onkologicznego dostęp do metod leczenia zalecanych przez standardy kliniczne polskich towarzystw naukowych, należy podkreślić poprawę w dostępie do nowoczesnych terapii w latach 2018-2020. Jednocześnie polscy chorzy onkologiczni czekają na dostęp refundacyjny do nowych terapii. Przedstawiono to w części poświęconej poszczególnym nowotworom.

⁸ Ogólnopolska Federacja Onkologiczna pyta o realizację świadczeń onkologicznych w związku z epidemią COVID – 19. 26.03.2020 Dostępne: <http://federacjaonkologiczna.pl/aktualnosci/>

⁹ Onkologia – czeka nas wzrost śmiertelności. ISB Zdrowie. 30 marca 2020 Dostępne: <https://www.isbzdrowie.pl/2020/03/szpitala-onkologiczne-i-nie-tylko-jada-na-zderzenie-czeka-nas-wzrost-smiertelnosci/>

¹⁰ Onkologiczni w walce z koronawirusem. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Dostępne: <https://www.pkopo.pl/aktualnosci/2020/770>

Wybrane aktualne wyzwania terapii guzów litych i nowotworów krwi w Polsce

Rak jelita grubego

Rak jelita grubego rzadko daje czytelne objawy w początkowej fazie rozwoju, co nie sprzyja wczesnej diagnozie i stwarza złudne poczucie bezpieczeństwa. Złudne, ponieważ każdego roku zachorowuje na ten nowotwór 18 tys. Polaków, a aż 12 tys. umiera – co przekłada się na 33 zgony dziennie. Obecnie jest on drugim u mężczyzn, a trzecim u kobiet pod względem umieralności nowotworem w Polsce.

Dynamika zapadalności na tę chorobę jest jedną z najwyższych w Europie. Najnowsze dane pokazują, że w 2025 r. na nowotwór ten zachoruje w Polsce ok. 15 tys. mężczyzn i 9,1 tys. kobiet – łącznie ponad 24,1 tys. osób. W ogólnych statystykach dotyczących pięcioletnich przeżyć w Europie, Polska znajduje się na przedostatniej pozycji. Pięcioletnie przeżycia są o 10 punktów procentowych niższe niż we Francji czy Niemczech. Ryzyko rozwoju raka jelita grubego znacznie wzrasta u osób po 50 roku życia.

Specyfika rozwoju raka jelita grubego nie sprzyja wczesnej diagnozie tylko na podstawie obserwacji objawów. Ogromne znaczenie ma w tym przypadku badanie profilaktyczne – kolonoskopia. Wykrywanie zmian polipowatych we wczesnym etapie daje pacjentom szansę na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego nawet o 75-90 procent. Niestety zgłaszalność na badania przesiewowe wynosi zaledwie 17%.

W raku jelita grubego zrefundowano lek zawierający triflurydynę i typiracyl - stosowany w trzeciej i czwartej linii leczenia. Dostęp do skutecznego leczenia pierwszej i drugiej linii to niekwestionowany sukces, który zasługuje na kontynuację. Dzięki wdrażaniu odpowiedniego leczenia w kolejnych etapach choroby pacjent zyskuje, tak ważny dla niego Czas. Czas, który daje szansę na aktywne życie zawodowe i rodzinne, ale także pozwala doczekać do kolejnej terapii. To właśnie dzięki mechanizmowi sekwencyjnego leczenia mówimy dziś o sukcesie medycyny w walce z największym cywilizacyjnym zagrożeniem.

Rak piersi

W terapii raka piersi zrefundowano inhibitory kinaz CDK4/CDK6 (palbociclib i ribociclib). Ta klasa leków stosowana w skojarzeniu z klasyczną hormonoterapią blokuje jedną z faz podziałów komórkowych, którym podlegają również komórki nowotworowe. Omawiana klasa leków dedykowana jest do leczenia grupy chorych na zaawansowanego hormonozależnego raka piersi bez nadmiernej ekspresji receptora HER2. Trzeci z preparatów – nierefundowany jeszcze abemacyklib - wyróżnia się tym, że poprzez stałe blokowanie cyklu, powoduje śmierć komórki nowotworowej. Pojawienie się nowej klasy leków (inhibitorów CD4 i 6) pozwala na zastąpienie leczenia chemioterapią lub odroczenie jej w czasie. Dla abemacyklibu mediana odsunięcia

wdrożenia chemioterapii wyniosła ponad 50 miesięcy. O tyle pacjentki żyją dłużej w znacznie wyższym komforcie i lepszej jakości życia vs. chemioterapia. Wszystkie leki wykazują zbliżoną skuteczność w zakresie spowolnienia progresji choroby nowotworowej zarówno w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy jak i fulwestrantem. W skojarzeniu z fulwestrantem jedynie dla dwóch inhibitorów (abemacyklib, rybocyklib) wykazano dotychczas, statystycznie istotne wydłużenie przeżycia całkowitego u chorych po menopauzie. Dla skojarzenia abemacyklibu z fulwestrantem potwierdzono znamienne wydłużenie przeżycia całkowitego chorych wobec dotychczasowego standardu leczenia fulwestrantem o kilka miesięcy z medianą wynoszącą ponad 9 miesięcy i jednocześnie zmniejszenie względnego ryzyka zgonu o ponad 30 procent. Wyniki badania rejestracyjnego wskazują na podobną skuteczność w podgrupach chorych z pierwotną hormonoopornością oraz obecnością przerzutów do narządów miękkich. Należy podkreślić, że nie zawsze udaje się wykazać wpływ nowej terapii na znaczące wydłużenie życia chorych w przypadku choroby zaawansowanej, co tym bardziej potwierdza wysoką wartość kliniczną terapii.

Zarówno wyniki dotyczące skuteczności, jak i przewidywanej toksyczności leczenia pozwalają lekarzowi na odpowiedni dobór leczenia zależnie od klinicznego profilu pacjenta. Dlatego ze względu na potrzebę indywidualizacji terapii, wszystkie trzy preparaty powinny być dostępne dla polskich pacjentów.

Rak trzustki

Rak trzustki w Polsce jest przyczyną zaledwie 3% wszystkich diagnoz onkologicznych. Zajmuje 10. pozycję pod względem zachorowalności. Jednak pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych zajmuje 6. pozycję. Rak trzustki jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie 1-3% pacjentów. Ogromny postęp w tym zakresie dokonał się w ostatnich latach w wielu obszarach onkologii np. w przypadku niektórych postaci raka piersi, czy raka prostaty. Niestety rak trzustki pozostaje wciąż w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. Nowotwory są chorobami o ogromnym zróżnicowaniu zarówno pod względem profilaktyki, rokowania, jak i dostępności metod terapeutycznych. Poza nowotworami, w przypadku których profilaktyka odgrywa ogromną rolę np. w raku jelita grubego, czy raku piersi istnieje pewna, niewielka grupa nowotworów, np. glejak, rak trzustki, w przypadku których nie mamy praktycznie żadnej skutecznej metody badań przesiewowych, a także praktycznie niemożliwe, czy też bardzo ograniczone jest wpływanie na redukcję zachorowalności poprzez modyfikację stylu życia. Co więcej w przypadku raka trzustki przebieg choroby jest na początku bardzo skąpo objawowy, a pojawiające się objawy są na tyle niespecyficzne, że znakomita większość pacjentów otrzymuje diagnozę w momencie kiedy jest to choroba w postaci zaawansowanej. Powyższe determinuje także rokowanie u pacjentów.

Ogromne różnice dotyczą też dostępności do metod terapeutycznych. Istnieją nowotwory, w terapii których dostępnych jest kilka linii leczenia, terapia spersonalizowana, immunoterapia.

Ostatnie lata przyniosły ogromny postęp w tym obszarze np. w przypadku raka piersi, a nawet raka płuca. Dramatyczna sytuacja dotyczy pacjentów z rakiem trzustki, gdzie pomimo fatalnego rokowania lekarze mają bardzo ograniczone narzędzia terapeutyczne. Niewiele jest bowiem metod terapeutycznych o udokumentowanej skuteczności. Nieskuteczna okazuje się immunoterapia. Leki trudno penetrują do guza. Kolejne badania kliniczne nie przynoszą zadawalających wyników. Dlatego klinicyści postulują o optymalizowanie wszystkich etapów postępowania z pacjentem prowadzących do poprawy rokowania u pacjenta – od diagnostyki po terapię. W Polsce wciąż istnieją białe plamy dotyczące całego procesu postępowania z pacjentem z rakiem trzustki np. diagnostyka pomimo wprowadzenia karty DILO jest za długa. Oczekiwanie kilka tygodni na opisany wynik TK przy tak dramatycznie złym rokowaniu u tych pacjentów może przekreślić szanse pacjenta na przedłużenie życia. Podsumowując: w takich nowotworach, o tak ogromnym odsetku umieralności należy dołożyć szczególnych starań, aby optymalizować każdy z etapów postępowania z pacjentem od diagnostyki po terapię, w przypadku której wszystkie dopuszczone do obrotu leki o udowodnionej skuteczności obecne w zaleceniach towarzystw naukowych powinny być udostępnione pacjentom.

Rak płuca

Jak wskazują statystyki, 40% pacjentów z rakiem płuca to osoby w wieku produkcyjnym (poniżej 65 roku życia). Co roku z powodu raka płuca umiera ok. 23 000 chorych, co stanowi ok. 24% wszystkich zgonów w następstwie nowotworów. Liczba zgonów w następstwie raka płuca jest równa łącznej liczbie zgonów z powodu aż 5 nowotworów, na leczenie których przeznaczane są największe środki budżetowe - raka piersi, czerniaka, raka jelita grubego, szpiczaka mnogiego oraz raka nerki.

Łącznie na leczenie w ramach programów lekowych raka piersi, czerniaka, raka jelita grubego, szpiczaka mnogiego i raka nerki – 5 nowotworów z najwyższymi nakładami finansowymi na leczenie NFZ przeznacza rocznie ok 1,2 mld PLN. Tymczasem na program lekowy raka płuca w 2019 przeznaczono 8 razy mniej - ok. 159 mln PLN. Tylko ok. 2 tysiące pacjentów z rakiem płuca jest rocznie leczonych w ramach programu lekowego, co odpowiada zaledwie 10-15% rocznej liczby zachorowań. To w najlepszy sposób obrazuje ogromną potrzebę dodania nowych innowacyjnych cząsteczek do tego programu, a co za tym idzie wzrostu finansowania w ramach tego programu lekowego. Większość pacjentów z rakiem płuca diagnozowana jest w Polsce w zaawansowanym IV stadium choroby. Do tej pory dla tych pacjentów możliwe było jedynie leczenie paliatywne, ale od jakiegoś czasu dostępne są także innowacyjne leki umożliwiające znaczne wydłużenie ich życia. W ich przypadku podstawą leczenia nadal jest tylko i wyłącznie chemioterapia. Od lat 70. XX w. do 2012 roku, wskaźnik 5 letnich przeżyć w przypadku raka płuca wzrósł z poziomu 12% do zaledwie 19%. 80% chorych z rakiem płuca to pacjenci w IV stadium zaawansowania choroby.

Choć Ministerstwo Zdrowia stara się refundować nowe cząsteczki stosowane w terapii raka płuca, to ze względu na ograniczony zakres refundacji, leczeniem objęto wyłącznie bardzo wąskie grupy pacjentów (pacjentów z obecnymi mutacjami EGFR, czy ALK stanowiących zaledwie do 15% wszystkich chorych z tym stadium). Występują znaczne nierówności w zakresie dostępu do innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych pomiędzy I a II linią leczenia u chorych z IV stadium zaawansowania raka płuca. W przypadku II linii leczenia wszyscy pacjenci mają dostęp do przynajmniej jednej innowacyjnej terapii (immunoterapii). W przypadku I linii ok. 66% chorych (6-7 tys. z 11 tys.) nadal pozbawionych jest dostępu do immunoterapii (innowacyjnego rozwiązania terapeutycznego). Refundacja immunochemii w I linii zapewni dostęp do innowacyjnej terapii dla nawet 3,5 tys. chorych z rakiem płuca, obecnie całkowicie pozbawionych dostępu do innowacyjnych terapii. Nowa opcja terapeutyczna – pembrolizumab w połączeniu z chemioterapią w ramach I linii leczenia - może wydłużyć średnią medianę przeżycia o dodatkowe 12 miesięcy. Wygeneruje to też oszczędności na II linii.

W ostatnich decyzjach refundacyjnych Ministra Zdrowia w raku płuca refundacją został objęty atezolizumab - dla pacjentów w drugiej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym oraz rakiem płuca o typie innym niż płaskonabłonkowy. Do tej pory ten drobnokomórkowy rak płuca mógł być leczony, przy pomocy tradycyjnej chemioterapii. Atezolizumab, jest pierwszym zarejestrowanym w tym wskazaniu lekiem, który pozytywnie zakończył proces badawczo rozwojowy. Immunoterapia, także atezolizumabem wprowadza nowy wymiar przeżyć. Dzisiaj mediany przeżyć wolnych od progresji nie są już liczone w pojedynczych miesiącach. Zrefundowano również alektynib - w ramach pierwszej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca oraz po niepowodzeniu terapii kryzotynibem. W przypadku alektynibu, przeżycia są liczone w latach – czyli połowa pacjentów przeżywa w tym wypadku 36 miesięcy. Refundacją objęto także kryzotynib - w pierwszej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca, a ponadto w populacji pacjentów z rearanżacją genu ROS1.

Zmiany w przypadku programu lekowego B.6. „Leczenie raka płuca” wymagają znaczącego rozszerzenia dostępu do refundacji I linii leczenia i zwiększenia finansowania ze strony NFZ. Rak płuca to zabójca nr 1 wśród chorób nowotworowych więc liczba leczonych pacjentów innowacyjnymi terapiami w ramach programu lekowego powinna być równie duża co implikuje, że wydatki NFZ na ten program lekowy w przyszłości mogą być najwyższe.

Rak nerki

Rak nerkowokomórkowy jest trzecim pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym układu narządów moczowo-płciowych. W Polsce rocznie na raka nerki zachorowuje ok. 5 tys. osób, a umiera ok. 2,5 tys. osób. Odsetek przeżyć 5-letnich wśród chorych wynosi w Polsce ok. 54%. Bardzo ważne jest wczesne wykrycie nowotworu. Podstawową opcją terapeutyczną dla pacjentów z rakiem nerki, jak i dla wielu innych pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą

nowotworową, jest chirurgiczne usunięcie guza. Nie jest to jednak możliwe, gdy rak zostaje wykryty w zaawansowanym stadium. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Urologicznego leczenie chorych z zaawansowanym/przerzutowym rakiem nerki ma charakter multidyscyplinarny i wielokierunkowy. Szansą dla chorych jest szybkie wdrożenie skutecznej farmakoterapii od chwili wykrycia nowotworu. Istotnym elementem terapii jest immunoterapia wykorzystująca m.in. iplimumab, nivolumab, pembrolizumab z axitinibem, interferon alfa, bewacizumab oraz interleukinę 2. Ważną rolę odgrywają również terapie celowane z inhibitorami kinazy tyrozynowej (sorafenib, sunitynib, pazopanib, aksytynib, kabozantynib, lawantynib, tiwozanib) oraz inhibitory kinazy mTOR (temsirolimus, ewerolimus). Obecnie w ramach programu lekowego B.10 „Leczenie raka nerki (ICD-10 C64)”: w I linii leczenia raka nerki oraz po niepowodzeniu leczenia za pomocą cytokin finansowane są: sunitynib, sorafenib, pazopanib oraz temsirolimus. Leki nowej generacji znacząco poprawiły rokowanie chorych z rakiem nerki. Dlatego też istnieje potrzeba refundacji pozostałych leków zawartych w standardach klinicznych. Potrzebne są znaczące zmiany opisu programu lekowego w raku nerki i objęcie finansowaniem nowych terapii.

Rak jajnika

W Polsce notuje się rocznie blisko 3,5 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy jajnika i liczba ta systematycznie rośnie. Ponad 50% zachorowań dotyczy kobiet między 50. a 69. rokiem życia. Rak jajnika stanowi czwartą przyczynę zgonów wśród wszystkich nowotworów złośliwych występujących u kobiet. Umieralność z powodu nowotworów jajnika w Polsce jest ponad 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej.

Niestety około 70% rozpoznanych nowotworów jest diagnozowanych w późnym stadium zaawansowania (stopień III i IV), co znacząco utrudnia skuteczne leczenie. Rozwojowi raka jajnika towarzyszy szereg niespecyficznych objawów. Mogą być to symptomy ze strony przewodu pokarmowego takie jak wzdęcia, uczucie pełności w brzuchu, odbijania, powiększenie się obwodu brzucha. Rak jajnika rzadziej daje objawy ze strony narządu rodniczego, takie jak nieprawidłowe krwawienia czy uczucie ucisku w miednicy. Wymienione objawy mogą się wiązać z innym schorzeniami, a większość z nich może występować u kobiet, które nie chorują na raka jajnika. Stadium zaawansowania choroby w momencie diagnozy jest jednym z ważniejszych czynników predykcyjnych.

Leczenie raka jajnika obejmuje leczenie chirurgiczne i w większości przypadków chemioterapię opartą na pochodnych platyny. Pomimo wysokiego odsetka odpowiedzi na chemioterapię na bazie platyny w pierwszej linii, około 85% pacjentek doświadczy nawrotu choroby. Dla większości pacjentek z rakiem jajnika schorzenie to staje się cyklem następujących po sobie okresów nawrotów i coraz krótszych okresów wolnych od objawów, aż do etapu braku odpowiedzi na leczenie cytostatykami. Szansą dla kobiet jest terapia podtrzymująca inhibitorami polimeraz poli-ADP-rybozy (PARP), które hamują wzrost nowotworów. Preparaty, takie jak olaparyb i niraparyb

są zarejestrowane do stosowania niezależnie od statusu mutacji BRCA. U pacjentek z mutacją w genach BRCA zastosowanie inhibitorów PARP w 2. linii leczenia, pozwala na czterokrotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu z placebo. Dla pacjentek bez mutacji BRCA terapia podtrzymująca nie jest obecnie refundowana. W Polsce standard postępowania polega na obserwacji chorych, bez aktywnego leczenia (tzw. *watch & wait*). Jak pokazują wyniki badań, w tej grupie chorych, inhibitory PARP pozwalają na ponad dwukrotne wydłużenie czasu wolnego od progresji w porównaniu z placebo. W krajach takich jak Niemcy, Francja, Hiszpania czy Wielka Brytania zarówno pacjentki z mutacją, jak i bez mutacji BRCA mają dostęp do refundowanej terapii inhibitorami PARP.

Przewlekła białaczka limfocytowa

Przewlekła białaczka limfocytowa jest wolno postępującym nowotworem krwi, powstającym w wyniku mutacji komórki jednego rodzaju limfocytów, zwanych limfocytami B. Jest to najczęściej występująca postać białaczki, która odpowiada za około 1/3 nowych rozpoznań w UE. Choroba ta może mieć różny przebieg. Około 1/3 chorych nie wymaga leczenia. Kolejne 30 procent pacjentów powinno być leczonych od momentu jej rozpoznania. Reszta wymaga obserwacji, a z czasem włączenia odpowiedniej terapii. W przypadku pacjentów, u których istnieją wskazania do rozpoczęcia terapii, wyniki leczenia pierwszej linii są w większości przypadków korzystne. Stosuje się u nich tzw. immunochemioterapię w połączeniu z chemioterapią. W najtrudniejszej sytuacji są jednak chorzy z agresywną postacią choroby oraz postacią nawrotową i lekooporną, którzy nie mają delecji 17p, ani mutacji TP53. W Polsce umiera o 20 procent więcej chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (PBL) niż w innych krajach Europy.

W 2019 r. zrefundowano wenetoklaks dla pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową z mutacją TP53 lub delecją 17p, którzy przestali odpowiadać na ibrutynib oraz dla pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową bez mutacji TP53 lub delecji 17p.

Przewlekła białaczka szpikowa i ostra białaczka limfoblastyczna

Przewlekła białaczka szpikowa jest jednym z nowotworów mieloproliferacyjnych. Natomiast ostra białaczka limfoblastyczna jest agresywnym rozrostem prekursorowych komórek limfoidalnych (limfoblastów) wywodzących się z linii B lub T. U około 19-25 proc. chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną występuje ta sama zmiana cytogenetyczna, która jest charakterystyczna dla przewlekłej białaczki szpikowej, czyli chromosom Philadelphia. Zachorowalność na te dwie choroby jest podobna: około 1,6/100 000 mieszkańców/rok. Chorzy i hematolodzy w Polsce oczekują na refundację ponatynibu, który ma zastosowanie w niewielkiej grupie chorych z powyższymi rozpoznaniem, a mianowicie u chorych z mutacją T315I oraz u chorych z niepowodzeniem lub nietolerancją leczenia wcześniej stosowanymi inhibitorami kinazy tyrozynowej (IKT). W takich sytuacjach ponatynib jest lekiem ratującym życie. Ponatynib

został zarejestrowany do leczenia dorosłych pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej, w fazie akceleracji oraz w fazie kryzy blastycznej z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem lub nilotynibem, także u pacjentów z mutacją T315I, dodatkowo u pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem oraz u pacjentów z mutacją T315I.

KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Patrycja Jana – Specjalista ds. Public Relations, tel. +48 734 439 123, e-mail: jana@greencomm.pl

SPONSORZY/PARTNERZY:

abbvie



Lilly

