

Bez szans na leczenie radykalne



Oddział Chemioterapii

foto: Piotr Skórnicki / Agencja Gazeta

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Piotrem Wysockim z Oddziału Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Katedry Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Rak gruczołu krokowego jest drugim po raku płuca najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn.

Fakt, że wykrywamy tak wiele przypadków raka gruczołu krokowego, wynika częściowo z tego, że mężczyźni coraz dłużej żyją. Należy bowiem pamiętać, że jest to nowotwór bardzo często wykrywany w badaniach sekcyjnych u mężczyzn w podeszłym wieku. Uważa się nawet, że wszyscy mężczyźni ok. 90. roku życia mają ogniska nowotworu w obrębie gruczołu krokowego. U wielu osób w podeszłym wieku wykrycie raka prostaty nie ma istotnego znaczenia, bowiem naturalny czas przeżycia tych mężczyzn jest krótszy niż czas, w którym choroba mogłaby stanowić zagrożenie.

Czy zatem nie trzeba wprowadzać większego skriningu?

Na świecie trwa dyskusja na ten temat, bo wiadomo, że im lepszy i częstszy skrining, tym więcej wykrywa się przypadków raka gruczołu krokowego. Chociaż to wcale nie przekłada się na zmniejszenie liczby zgonów. Chorobę wykrywa się często na tak wczesnym etapie, że nie zdąży się na tyle rozwinąć, aby skrócić naturalny spodziewany czas życia pacjenta. W szczególności dotyczy to osób starszych, u których inne choroby stanowią większe ryzyko zgonu niż wczesna choroba nowotworowa w obrębie prostaty. Stąd ta dyskusja – może nie: „czy skrining jest potrzebny”, ale „komu skrining nie jest potrzebny”.

Jaki jest zatem złoty środek?

Wytyczne amerykańskie są takie, aby u osób po 69. roku życia już w ogóle skriningu nie przeprowadzać, bo jeśli do tego wieku rak nie został wykryty, to pojawienie się go później nie będzie miało wpływu na spodziewany czas przeżycia chorego. W przypadku młodszych mężczyzn (< 55. roku życia) również nie zaleca się wykonywania rutynowego skriningu.

Czyli kłania się *casus* duński – i największa zachorowalność na raka z powodu najlepszego systemu ochrony zdrowia.

Mają najlepszy skrining, zdyscyplinowane społeczeństwo, a co za tym idzie – największą dbałość o zdrowie. My także chcielibyśmy, aby w wypadku raka szyjki macicy nie zgłaszało się 30 proc. kobiet, ale żeby zrobiły to wszystkie panie.

„ Do 2004 r. nie było żadnego efektywnego sposobu leczenia raka gruczołu krokowego opornego na kastrację. Dopiero 9 lat temu pojawił się pierwszy lek cytotoksyczny – docetaksel, który znamienne wydłużył przeżycie chorych w stosunku do standardowej terapii steroidami ”

Czy obserwacja dynamiki wzrostu występowania raka gruczołu krokowego pozwala nam dokonać projekcji na następną dekadę?

Spółczesność będzie się starzała, liczba przypadków będzie rosła, podobnie jak świadomość onkologiczna. Można zatem przewidzieć, że będziemy mieli coraz więcej wykrytych przypadków raka prostaty. Nie wiadomo natomiast, jaki będzie trend umieralności, dlatego że wiele z nowo wykrytych przypadków będzie można leczyć radykalnie, część na pewno będzie miała umiarkowany przebieg i pacjenci będą umierali, ale nie z powodu raka gruczołu krokowego. Poza tym naszą – lekarzy – efektywność zwiększają nowe opcje terapeutyczne – przewlekłego leczenia choroby, czyli trzymanie jej pod kontrolą przez długi czas.

Czy kluczowym wyzwaniem dla współczesnej medycyny jest leczenie opornego na kastrację raka

prostaty z przerzutami pozwalające na istotne statystycznie przedłużenie życia?

To na pewno nie jest kluczowy problem współczesnej medycyny, ale rzeczywiście pomimo znacznego postępu leczenie raka prostaty w fazie oporności na kastrację nadal stanowi spore wyzwanie terapeutyczne. Do 2004 r. nie było żadnego efektywnego sposobu leczenia raka gruczołu krokowego opornego na kastrację. Dopiero 9 lat temu pojawił się pierwszy lek cytotoksyczny – docetaksel, który znamienne wydłużył przeżycie chorych w stosunku do standardowej terapii steroidami. Po wprowadzeniu tego leku czekaliśmy przez prawie 7 lat na kolejne, które będą skuteczne po odstawieniu chemioterapii. W ostatnich 3 latach pojawiły się dwa nowe leki hormonalne. Jeden z nich – octan abirateronu – blokuje produkcję androgenów wewnątrz komórki nowotworowej, drugi – enzalutamid – bardzo silnie blokuje receptor androgenowy. Octan abirateronu uzyskał pozytywną ocenę AOTM, jednak z powodu zbyt wysokiej ceny nie został dopuszczony do refundacji w ramach programów lekowych NFZ. Z kolei enzalutamid został zarejestrowany w czerwcu, zatem jego ocena przez AOTM jest spodziewana w połowie przyszłego roku.

Wobec takich informacji – do czego będzie zmierzać opieka nad chorym?

Będzie zmierzać do tego, aby leczyć dłużej niż do tej pory, bo w przypadku uogólnionego raka gruczołu krokowego nie możemy mówić o leczeniu radykalnym. Możemy jednak wydłużyć czas przeżycia oraz poprawić komfort życia. A oba ww. nowe leki hormonalne dają takie gwarancje.

W jakim kierunku podążą zatem naukowcy?

Nauka będzie poszukiwać nowych leków oraz definiować mechanizmy oporności na dotychczas stosowane terapie onkologiczne. Równie istotne będzie również ustalenie optymalnej sekwencji leczenia systemowego. Podobnie jak w wypadku raka piersi, gdzie stosujemy po kolei wiele leków o różnych mechanizmach działania, tak w leczeniu raka gruczołu krokowego dąży się do ustalenia właściwej kolejności podawania dostępnych w tej chwili leków (chemioterapia i nowe leki hormonalne).

Czy NFZ jest przygotowany do wprowadzenia terapii?

Rak gruczołu krokowego jest chorobą bardzo częstą i wprowadzenie nowych, bardzo drogich leków może mieć dramatyczny wpływ na budżet płatnika. Dlatego kibicujemy Ministerstwu Zdrowia w negocjacjach z producentami. Warto jednak podkreślić, że choć te nowe leki są nadal bardzo kosztowne, to dzięki takim negocjacjom ich cena w Polsce jest zdecydowanie niższa niż w Europie Zachodniej.

Rozmawiał: Jacek Szczęsny