

## HEMATOONKOLOGIA

# Chorzy z nowotworami układu chłonnego potrzebują dostępu do nowoczesnego leczenia na wczesnym etapie

Zaopatrzenie chorych w nowoczesne terapie już w pierwszej linii leczenia, skrócenie ścieżki diagnostycznej i edukacja pacjentów – to główne problemy, jakie diagnozują eksperci w raporcie „Nowotwory układu chłonnego”.

Chłoniaki stanowią 11 proc. wszystkich nowotworów. Są bardzo liczną i niejednorodną grupą. W związku z tym rokowania pacjentów są bardzo zróżnicowane i w dużym stopniu zależne od typu i przebiegu choroby. Stąd wynikała potrzeba stworzenia raportu, który został zaprezentowany podczas konferencji prasowej 21 września. Jak podkreślali jego autorzy, raport podsumowuje bieżący stan opieki nad pacjentami z chłoniakami w Polsce i zawiera propozycje zmian w tym obszarze – zarówno w zakresie organizacji systemu, jak i leczenia, w tym dostępu do terapii.

## Nowoczesne terapie potrzebne w pierwszej linii

Jedną z potrzeb, która została zidentyfikowana w ramach prac nad raportem, jest przesuwanie dostępu do skutecznych terapii do leczenia pierwszej linii. Profesor dr hab. n. med. Iwona Hus, prezes poprzedniej kadencji Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, w wywiadzie podkreśliła, że w ostatnich latach w zakresie leczenia chorych z chłoniakami bardzo wiele się zmieniło, dzięki czemu dostępne są coraz to nowsze metody leczenia. Nie wszystkie potrzeby pacjentów zostały jednak zaspokojone.

– Schematem, na który czekają pacjenci z chłoniakiem Hodgkina w pierwszej linii, jest schemat z brentuksymabem wedotyny, gdzie mamy do dyspozycji przeciwciało monoklonalne sprzężone z lekiem cytostatycznym – powiedziała prof. Iwona Hus. – Terapia ta jest od dawna stosowana w leczeniu chłoniaka Hodgkina, ale w przypadkach zaawansowanych. Tymczasem dysponujemy badaniami klinicznymi, które wskazują, że lek ten jest skuteczny również w pierwszej linii, oczywiście w połączeniu z chemioterapią. Niestety, w Polsce nie mamy dostępu do tego leczenia na wczesnym etapie, a wiemy, że im skuteczniejsze leczenie zastosujemy się w pierwszej linii, tym lepsze są wyniki, a czas przeżycia do progresji dłuższy – podkreśliła.

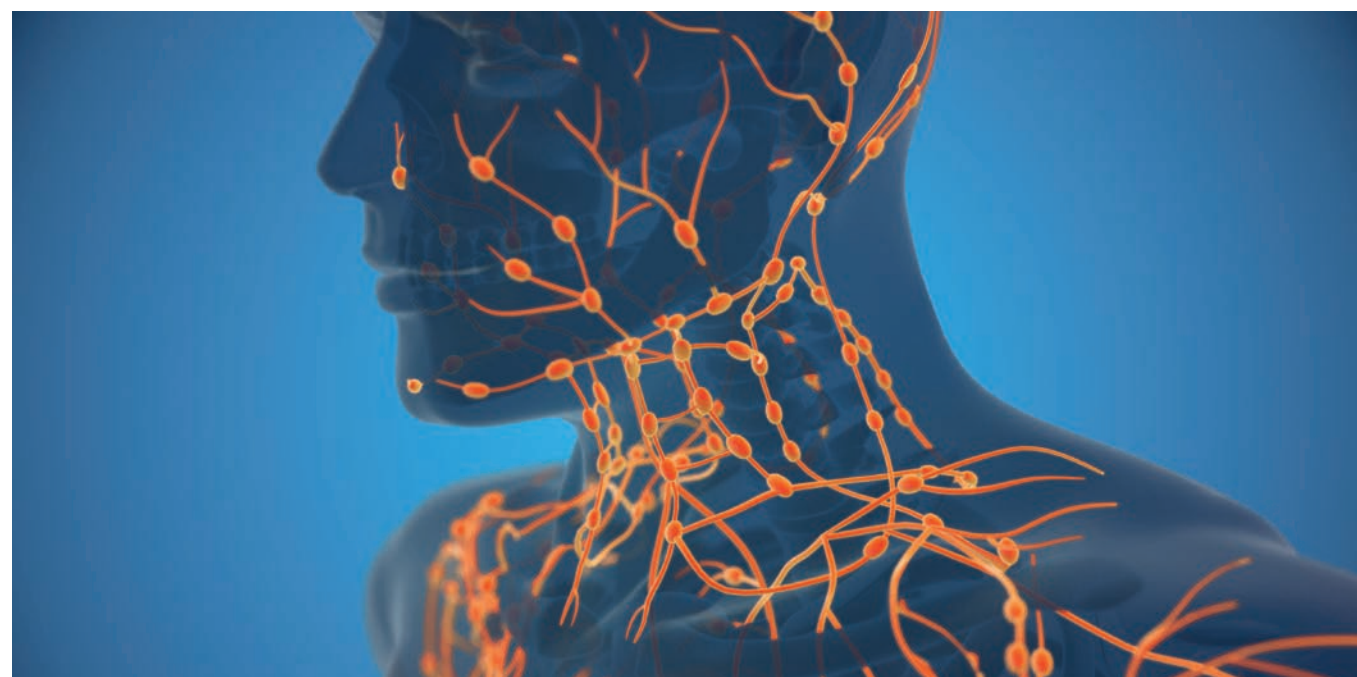
Podobnie wygląda sytuacja w chłoniakach rozlanych z dużych komórek B (diffuse large

B-cell lymphoma – DLBCL). – W tym przypadku również dostępne jest przeciwciało monoklonalne sprzężone z lekiem cytostatycznym. Różnica w porównaniu z chłoniakiem Hodgkina polega na tym, że inny jest cel, z którym łączy się to przeciwciało. W przypadku chłoniaka Hodgkina jest nim marker CD30, a w DLBCL – CD79b. Terapia ta, tzw. schemat z użyciem polatuzumabu

przesuwane do wcześniejszych linii. Warto, abyśmy takie terapie mieli w pierwszej linii – dodała prof. Iwona Hus.

W podobnym tonie wypowiadał się na konferencji prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. – Jeśli chodzi o dostęp do terapii dla pacjentów z nowotworami układu chłonnego, to

wadzący ćwierć wieku temu i żadne propozycje, nawet leki celowane dodawane do immunochemioterapii, nie przyniosły efektów. W leczeniu z użyciem polatuzumabu wedotyny po raz pierwszy mamy podwójne uderzenie immunologiczne – przeciwciało i immunotoksyna oraz cząstka chemioterapii, mocno zredukowana. Okazuje się, że skuteczność tego leczenia jest większa



wedotyny, była zarejestrowana w opornej, nawrotowej postaci DLBCL. Obecnie są badania, które pokazują, że korzyści z tego leczenia odnoszą również pacjenci na wcześniejszych etapach, szczególnie z gorszym rokowaniem. W Polsce nie mamy tej terapii w pierwszej linii. Tymczasem badania pokazują, że jeśli zastosujemy ją wcześniej, to w ciągu następnych 10 lat nawet 30 proc. mniej pacjentów będzie wymagało kolejnej linii leczenia – wyjaśniła ekspertka.

– To jest ogólnosiłowy trend. Zawsze tak było, że nowe terapie oceniano się najpierw u pacjentów z oporną postacią choroby – tych, u których nie można już zastosować innego leczenia. Dopiero potem są one

jesteśmy na dobrym międzynarodowym poziomie. Fakt, że pojawiają się nowe potrzeby, to efekt postępu w medycynie – mówił.

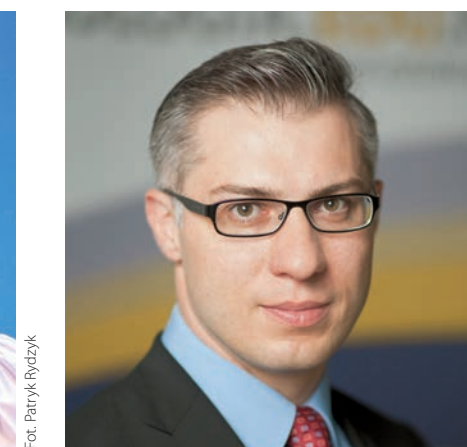
Wśród tych potrzeb również wymienił wspomniane już leczenie w pierwszej linii DLBCL. – Chodzi o leczenie pierwszej linii, gdzie mamy dostęp do terapii z użyciem polatuzumabu wedotyny. Ta nowa immunotoksyna jest w Polsce refundowana, ale w sytuacji, gdy pacjent nie kwalifikuje się do przeszczepienia, a także w przypadku nawrotowego chłoniaka – wyjaśnił. – Część ta, zastosowana w pierwszej linii leczenia, doprowadziła do przełomu. Od 25 lat immunochemioterapia się nie zmieniła, to jest standard, który został wpro-

niż immunochemioterapii, a po 2 latach o 9 proc. wydłużony jest czas do progresji. Dodatkowo te 9 proc. nie przejdzie do kolejnych linii leczenia – ocenił prof. Krzysztof Giannopoulos.

– To pokazuje, że przesunięcie polatuzumabu wedotyny do wcześniejszych linii, szczególnie dla pacjentów z wysokim ryzykiem, zwiększa szanse na uzyskanie trwałego wyleczenia. Wydaje się, że jest to potrzeba, która mogłaby być zaspokojona – dodał.

## Inne niezaspokojone potrzeby

Profesor Iwona Hus zwróciła uwagę na inne problemy wymagające rozwiązania, w tym na dostęp do diagnostyki.



prof. Iwona Hus: *W Polsce nie mamy dostępu do schematu z brentuksymabem wedotyny na wczesnym etapie, a wiemy, że im skuteczniejsze leczenie zastosujemy się w pierwszej linii, tym lepsze są wyniki, a czas do progresji dłuższy*

prof. Krzysztof Giannopoulos: *W leczeniu z użyciem polatuzumabu wedotyny po raz pierwszy mamy podwójne uderzenie immunologiczne – przeciwciało i immunotoksyna oraz cząstka chemioterapii, mocno zredukowana*

prof. Wojciech Jurczak: *Należy wprowadzić procedurę, która wskazywałaby, że wycinki dotyczące podejrzenia chłoniaka są od razu kierowane do pracowni specjalistycznych. To zaoszczędziłoby czas i pieniądze*

Alicja Prochoń: *Pacjent, który przychodzi na wizytę przygotowany, zadaje lekarzowi właściwe pytania i w krótkim czasie uzyskuje wiedzę, która jest mu indywidualnie potrzebna*

– Z dostępem do leków potrafimy sobie poradzić, co widać po tym, że czas do wprowadzenia nowych leków jest krótszy. Długo czekaliśmy na przykład na terapię dla chorych z chłoniakiem z komórek płaszczą – mam na myśli inhibitor PTH. A teraz on jest. Zdejemy sobie sprawę z tego, że problemy w leczeniu będą, ponieważ zawsze będziemy chcieli mieć kolejną nową terapię, która się pojawiła, a jakaś grupa chorych wyniosłaby z niej korzyści. Mam nadzieję, że ten trend dotyczący zwiększania dostępczości terapii się utrzyma. My musimy się skupić na tym, żeby pacjent był jak najszybciej diagnozowany, bo z tym jest znacznie gorzej – zaznaczyła.

– Kiedy pacjent przychodzi i mówi, że otrzymał kartę DiLO, a na diagnozę musi czekać kilka miesięcy, to jest rzeczywiście problem – podkreśliła ekspertka.

Profesor dr hab. n. med. Wojciech Jurczak, p.o. kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, zauważył, że przy tak ograniczonej liczbie wyspecjalizowanych jednostek tworzymy system, który umożliwia ich optymalne wykorzystanie. Nie oznacza to jednak, że problemów nie ma.

– Nie zapominajmy, że większość wycinków, a chłoniaki w znakomitej większości rozpoznajemy na ich podstawie, pobierając je chirurgicznie. Chcemy, żeby została stworzona niezależna ścieżka, która pozwoliłaby na odpowiednie finansowanie diagnostyki już na początku – wyjaśnił prof. Wojciech Jurczak.

Dlaczego? – Bo kiedy wycinek nie jest skierowany do specjalistycznej pracowni, tylko do patologów niemających narzędzi do tego, żeby rozpoznać chłoniaka, to ścieżka

diagnostyczna się wydłuża – odpowiedział ekspert. – Oczywiście w znakomitej większości chłoniaków takie jedno-, dwutygodniowe opóźnienie nie zmienia rokowania pacjenta, ale czasami ten czas wydłuża się o kolejny miesiąc. W tym okresie chory jest w olbrzymim stresie, bo nie wie, jaki jest wynik badania wycinka – czy ma chłoniaka, czy ten chłoniak jest agresywny itd. Dlatego należy to organizacyjnie poprawić, wprowadzając określoną procedurę, która wskazywałaby, że wycinki dotyczące podejrzenia chłoniaka są od razu kierowane do pracowni specjalistycznych. To zaoszczędziłoby czas i pieniądze – proponował prof. Wojciech Jurczak.

– Stwierdzenie, że chłoniaki muszą być rozpoznawane w sposób dokładny i nowoczesny, to truizm, zwłaszcza przy coraz lepszym dostępie do leków – dodał.

Katarzyna Lisowska ze Stowarzyszenia Hematoonkologiczni i Alicja Prochoń z Fundacji Pokonaj Chłoniaka wskazały natomiast na potrzebę edukacji pacjentów z chłoniakami.

– Obserwujemy, że duża grupa pacjentów nie jest do końca świadoma, z jaką chorobą się boryka, a w gabinecie lekarskim nie ma czasu na wyjaśnianie podstawowych zagadnień. Dlatego organizacje pacjenckie skupiają się na przygotowaniu chorych do wizyty, między innymi poprzez dostarczenie wiedzy podstawowej – wyjaśniła Alicja Prochoń. – Pacjent, który przychodzi na wizytę przygotowany, zadaje lekarzowi właściwe pytania i w krótkim czasie uzyskuje wiedzę, która jest mu indywidualnie potrzebna – podsumowała.

Marzena Sygut