

## Cena życia

W świetle aktualnego stanu wiedzy rak staje się chorobą przewlekłą. Postęp medycyny umożliwia niesienie pomocy pacjentowi z rakiem prostaty na każdym etapie choroby. Tak jest w większości krajów UE. Niestety w Polsce łatwiejszy jest dostęp do terapii pierwszego rzutu choroby niż kolejnych. Dajemy pacjentom szansę, po czym zostawiamy ich samym sobie z dramatyczną informacją o wznowie.

Rak prostaty to numer dwa wśród męskich nowotworów w Polsce i jednocześnie druga najczęstsza przyczyna zgonu z powodu chorób onkologicznych. Częstością występowania ustępuje tylko rakowi płuc. Dobrą wiadomością jest rosnąca świadomość możliwości wczesnego wykrycia tego nowotworu. – Polacy coraz lepiej wiedzą, jakie znaczenie ma dbanie o własne zdrowie, jednak dotyczy to głównie wyedukowanej populacji większych miast – mówi dr Iwona Skoneczna z Centrum Onkologii w Warszawie.

Międzynarodowe towarzystwa urologiczne nie zalecają wykonywania badań populacyjnych (tzw. badań przesiewowych) w celu wczesnego wykrycia raka prostaty, ponieważ nie ma wystarczająco dobrego testu, który by spełniał swoją funkcję. – Wobec dyskusji i kontrowersji dotyczących programów wczesnego wykrywania raka prostaty, opartych na wykonywaniu m.in. PSA [analiza krwi polegająca na oznaczeniu antygenu specyficznego dla prostaty – red.], mężczyzna, który jest świadomy zagrożeń onkologicznych, poddaje się badaniom umożliwiającym wczesne wykrycie tej choroby z własnej inicjatywy i na swój koszt – dodaje dr Skoneczna. Kiedy warto udać się do urologa? Po ukończeniu 40. roku życia lekarz może wykonać najprostsze badanie – per rectum (przez odbytnicę).

### Rak – pierwsza runda

Wykrycie choroby na wczesnym etapie daje większą szansę na wyleczenie. Terapia zależy od stopnia zaawansowania i agresywności nowotworu. Najbardziej radykalny krok to zabieg operacyjny polegający na wycięciu prostaty. Dobre efekty można też uzyskać, stosując radioterapię, często w połączeniu z hormonoterapią blokującą produkcję testosteronu. Rak prostaty potrzebuje do wzrostu właśnie tego męskiego hormonu, produkowanego głównie w jądrach i w niewielkiej ilości w korze nadnerczy. Leczenie polega więc przede wszystkim na zablokowaniu źródeł testosteronu. W tym celu stosuje się kastrację chirurgiczną (wyłuskanie jąder z moszny) lub farmakologiczną.

– Mężczyźni lepiej akceptują kastrację farmakologiczną, wiedząc, że jest ona odwracalna oraz że są dostępne w Polsce leki zwiększające szansę obniżenia stężenia testosteronu do poziomu uzyskiwanego po kastracji chirurgicznej – mówi dr Leszek Borkowski, ekspert UE ds. leków, były prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz doradca Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych. – Rak prostaty bardzo często długo nie daje objawów. Kiedy się go niespodziewanie wykrywa, najczęściej jest zaawansowany. Tak było u mnie. Niestety okazało się, że trafił mi się wyjątkowo wredny nowotwór oporny na klasyczne metody leczenia – opowiada dr Borkowski.

### Kolejna runda w walce z rakiem

Dotychczas jeśli pacjent nie reagował na kastrację farmakologiczną, jedyną możliwością była chemioterapia docetakselem, która miała zastosowanie paliatywne. Sytuacja chorych z zaawansowanym rakiem prostaty diametralnie się zmieniła w roku 2010, kiedy pojawiły się innowacyjne leki, zarejestrowane w UE. Problemem jednak jest finansowanie ich ze

środków publicznych. W Polsce w ramach terapii niestandardowej dostępny jest abirateron, który w przeciwieństwie do innych leków zmniejszających wytwarzanie testosteronu wyłącznie w jądrach hamuje ten proces również w nadnerczach i tkance nowotworowej.

– Lek przede wszystkim wydłuża czas przeżycia oraz zmniejsza silny i trudny do wygaszenia ból w kościach, uniemożliwiający normalne funkcjonowanie. I co bardzo ważne dla pacjentów – jest lekiem doustnym – mówi dr Borkowski. – Jako farmakolog z 42-letnim doświadczeniem wysoko oceniam wyjątkowy mechanizm działania leku, a jako pacjent dodam, że diametralnie poprawia jakość życia. Nade wszystko zaś daje mi on szansę na jego wydłużenie. Dla mnie rok to bardzo dużo. Jako pacjent onkologiczny mam inną perspektywę – podsumowuje dr Borkowski. Abirateron jest refundowany w większości krajów UE, ale nie w Polsce.

– Nie jesteśmy krajem najbogatszym, ale nie oznacza to, że nie można informować ludzi, że skuteczny lek istnieje, i ograniczać dostęp do niego – uważa dr Borkowski. – W bogatych krajach również racjonalizuje się wydatki i właśnie dlatego na świecie leczenie zmierza w kierunku medycyny spersonalizowanej. Dwóch chorych w tym samym wieku, z nowotworem tego samego narządu często musi być leczonych odmiennie. Zdaniem dr. Borkowskiego wyselekcjonowanie grup pacjentów do leczenia określonymi lekami zwiększy ich skuteczność i ograniczy marnotrawstwo i tak skromnych funduszy.

– Z tego też powodu lekarz powinien mieć do wyboru kilka leków, a nie jeden – mówi. Kolejną nadzieją dla chorych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego już wkrótce może być enzalutamid. To lek o innym mechanizmie działania, dający szansę na przedłużenie życia pacjentów po chemioterapii. Dodatkową zaletą enzalutamidu jest brak konieczności stosowania jednocześnie leków sterydowych.

Enzalutamid jest dostępny dla pacjentów w USA, w Europie jego rejestracja jest przewidywana na sierpień 2013. – Dla lekarzy bardzo ważna jest każda informacja o pojawianiu się nowych preparatów mogących stanowić alternatywę dla istniejących już terapii zaawansowanego nowotworu. Szczególnie gdy lek hamuje wzrost komórek raka oraz ma zdolność do indukowania śmierci komórek nowotworowych – mówi dr Leszek Borkowski.

### **Dostępność leczenia**

– Z dostępnością metod pierwszej linii nie jest źle, choć czas oczekiwania na radioterapię czy zabieg chirurgiczny jest wciąż zbyt długi. Terapia onkologiczna powinna być podejmowana jak najszybciej. Nigdy nie wiemy, w którym momencie dochodzi do rozsiewu nowotworu. Rak nie czeka – zwraca uwagę dr Krzysztof Łanda, farmakoekonomista, prezes fundacji Watch Health Care. Jeśli chodzi o inne metody leczenia – radioizotopy, leczenie przeciwbólowe, sterydy i klasyczną chemioterapię docetakselem, to do nich dostęp w Polsce też jest niezły. – Schody zaczynają się, kiedy mamy do czynienia z pacjentem opornym na kastrację, przerzutowym, po niepowodzeniu leczenia docetakselem. Wówczas dostęp do terapii jest trudny – dodaje dr Łanda. Pacjenci w najbardziej zaawansowanym stadium choroby mogą być leczeni (przynajmniej teoretycznie) nowoczesnymi, innowacyjnymi lekami w ramach tzw. indywidualnej terapii niestandardowej. Stosuje się w ich przypadku leki, których nie ma (jeszcze – miejmy nadzieję) w koszyku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, ponieważ nie uzyskały dotychczas pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych. Chorego, który chciałby być leczony lekiem innowacyjnym, czeka niełatwa do przejścia procedura. Najpierw lekarz prowadzący wypełnia wniosek, na którym swój podpis musi złożyć dyrektor oraz dyrektor finansowy danego szpitala, dyrektor oddziału NFZ, a czasami jeszcze konsultant wojewódzki.

Dopiero zgoda wszystkich tych osób przybliży chorego do uzyskania leku.

### **Rachunek życia**

– W Polsce jest problem oceny technologii medycznych w fazach schyłkowych choroby. Jako kryterium stosuje się tzw. ocenę użyteczności kosztowej, w której miarą efektu zdrowotnego jest „rok życia pacjenta skorygowany o jakość”. Ta metoda (QALY) ma ograniczenia właśnie w stanach terminalnych – mówi dr Łanda. – Co innego oznacza wydłużenie życia o trzy miesiące choremu z cukrzycą, który ma przed sobą 30-40 lat życia, i tych trzech miesięcy specjalnie nie będzie cenił, a co innego oznacza to dla chorego onkologicznego, któremu pozostało trzy czy sześć miesięcy życia, a lek może mu je przedłużyć o kolejne. Dla takiego chorego to ogromny zysk zdrowotny – dodaje dr Łanda. U nas, inaczej niż w większości krajów UE, nie przewidziano odrębnych trybów oceny dla technologii stosowanych w stanach terminalnych. Tymczasem leki, które wydłużają życie pacjentom, powinny być traktowane inaczej. – Próg opłacalności nie powinien być sztywnym wyznacznikiem przy ocenie. To błąd, który należy poprawić w ustawie refundacyjnej – stwierdza dr Łanda.

Zdaniem psychoonkologów wiara w dostępność skutecznych metod leczenia zwiększa gotowość do poddania się badaniom kontrolnym, pomaga przełamać lęk przed nimi, a w konsekwencji – wykrywać wcześniejsze stadia raka. Dowiedziono też, że w przypadku nowotworów największa trauma dotyczy informacji o wznowie choroby. Bardzo ważne jest więc poinformowanie chorego, że leczenie raka prostaty ma przebieg sekwencyjny i nawet niepowodzenie którejs z wcześniejszych metod nie przekreśla szans. Walka z chorobą nowotworową bywa porównywana do bokserkiego ringu. Mecz rzadko wygrywa się w pierwszej rundzie. Medycyna pozwala dziś odnosić sukcesy także w kolejnych. Trzeba tylko mieć wolę walki i rękawice.