

Złe rokowania

Leczenie raka płuca w Polsce pod wieloma względami odbiega od światowych standardów. I ta przepaść pogłębia się z każdym rokiem.

PAWEŁ WALEWSKI

Od wielu lat nie ma dla nas nowych terapii i nie ma refundacji leków, którą od dawna zapewniają inne kraje w Europie. Rok temu słyszałam obietnice w Ministerstwie Zdrowia, że będziemy lepiej traktowani. I co? Z kim jeszcze rozmawiać, kogo prosić, gdzie wysłać petycję? – pytała rozpaczliwie Anna Żyłowska, która od 10 lat kieruje w Szczecinie Stowarzyszeniem Walki z Rakiem

Płuca, podczas konferencji poświęconej priorytetom w ochronie zdrowia w 2018 r.

Ale akurat na tej sesji nie było obecnego ministra, żadnego z jego zastępców ani nawet dyrektora któregośkolwiek departamentu – najwyraźniej nie jest to więc ich priorytet. Narodowego Funduszu Zdrowia też nie, bo z puli przeznaczonej na wszystkie programy lekowe w onkologii na kurację dla tej grupy pacjentów idzie zaledwie 3,7 proc.

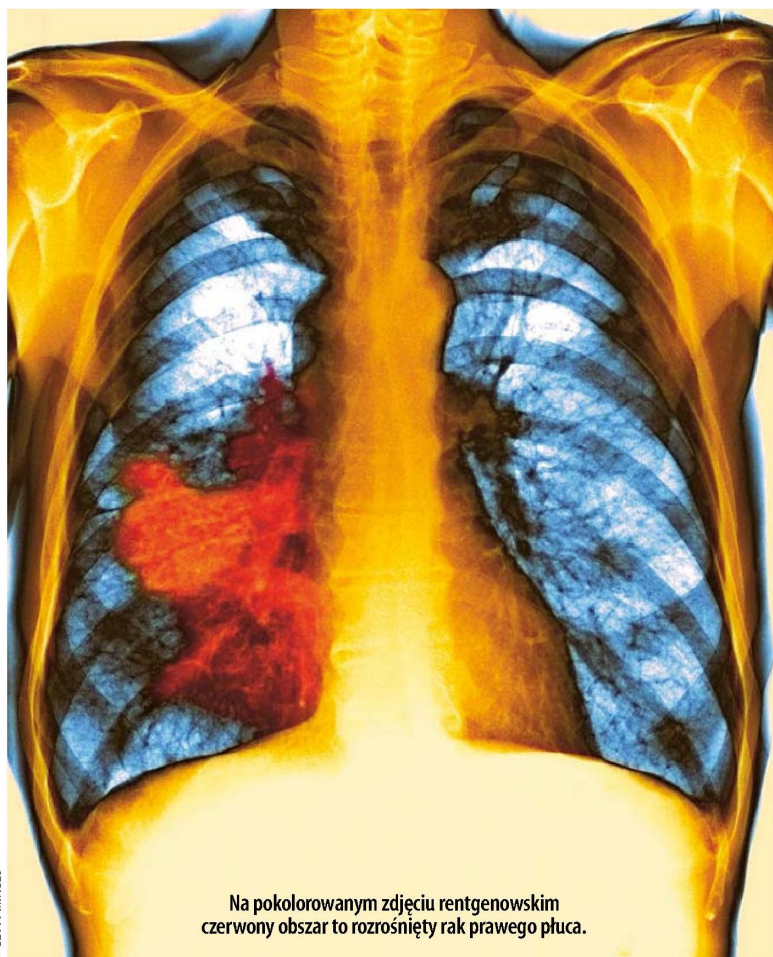
– Bardzo mnie to dziwi, bo to obecnie najczęściej diagnozowany nowotwór złośliwy w Polsce. Zabija więcej osób niż rak piersi, jelita grubego i prostaty razem wziętych – mówi prof. Rodryg Ramlaou z Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. – Ale nie ma dobrego piaru, nikt nie chce się nim zajmować.

Prof. Jacek Jassem, który stoi za Strategią Walki z Rakiem w Polsce na lata 2015–24 – dokument ten również przepadł w biurkach urzędników resortu i do dzisiaj nie stał się, wbrew zapowiedziom, oficjalnym programem państwowym – prowadzi w Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego badania kliniczne zwłaszcza nad dwoma nowotworami: piersi i płuca. Tak uzasadnia dlaczego: – Pacjenci z rakiem płuc nie mają się gdzie leczyć, bo lekarze nie chcą przy nich nabawić się depresji. Ja takich chorych przygarniam, a przy kuracjach raka piersi mogą się z depresji łatwiej wyzwolić.

Wskaźniki pięcioletniego przeżycia u kobiet z nowotworami piersi zbliżają się już do 80 proc., w przypadku płuca to zaledwie 13 proc. Wskaźnik, a co za tym idzie – nastawienie lekarzy i pacjentów, udałoby się poprawić, gdyby najbardziej skuteczne leczenie, czyli chirurgiczne wycięcie guza, można było wdrażać u większej liczby chorych. Tymczasem z tej opcji korzysta raptem kilkanaście procent, ponieważ reszta zgłasza się w tak zaawansowanym stadium, że chirurgzy nie mają już nic do zaproponowania – zmiany są rozsiępane, nierzadko z przerzutami.

Zazwyczaj przez sześć miesięcy pacjenci z kaszlem, a nawet bólem w klatce piersiowej, błąkają się po różnych miejscach, zanim trafią do właściwego ośrodka. Stowarzyszenie kierowane przez Annę Żyłowską ponawia apele o refundację leków, w niejednym przypadku sprawa ciągnie się od 2015 r. Najwyższa też pora skrócić w Polsce czas, jaki mija od wystąpienia pierwszych objawów choroby do postawienia właściwej diagnozy.

Zdaniem ekspertów nakładanie się dolegliwości charakterystycznych dla raka i innych chorób płuc lub oskrzeli osłabia czujność lekarzy rodzinnych. – W ich gabinetach to opóźnienie się zaczyna – wskazuje prof. Joanna Chorostowska-Wynimko z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Choć zaraz dodaje, że późne zgłaszanie się pacjentów do lekarzy w poradniach medycyny rodzinnej ma również kapitalne znaczenie. – Wielu kaszle i uważa to za normalny objaw przy paleniu papierosów. Imi myślę, że to infekcja, i próbują się z nią uporać domowymi sposobami.



Na pokolorowanym zdjęciu rentgenowskim czerwony obszar to rozrośnięty rak prawego płuca.

Gdy taki chory przekroczy już próg przychodni, nie wolno go wypuścić z kolejną receptą na antybiotyki, tylko trzeba osłuchać, skierować na badanie radiologiczne klatki piersiowej, a jeśli zebrany dokładnie wywiad sprawi, że lekarz nabierze większych podejrzeń o początku choroby nowotworowej, powinien pacjenta natychmiast skierować do specjalisty. Bo tylko on może zlecić bardziej precyzyjne badania: tomografię i bronchoskopię. – *To nie są odosobnione przypadki, kiedy ze skierowaniem od lekarza rodzinnego trzeba czekać na konsultację u pulmonologa 120 dni* – mówi prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. Potem też czas ucieka, np. w kolejkach do przyjęcia na oddział, ponieważ gros badań diagnostycznych można u nas wykonać tylko podczas hospitalizacji – takie wymogi postawił NFZ. – *Nie ma przekłaskania, aby np. bronchofiberoskopię wykonywać w poradniach chorób płuc lub w trybie jednodniowym, ale szpital traciliby na tym finansowo, ponieważ wycena takiej procedury w ambulatorium jest niższa, niż kiedy chory zajmuje łóżko przez kilka dni* – mówi prof. Chorostowska-Wynimko.

Czas biegnie, badania się dezaktualizują, trzeba je powtarzać – ostatecznie więc NFZ płaci za nie podwójnie. Ale najbardziej tracą chorzy, ponieważ każde opóźnienie diagnozy oznacza zwłokę w rozpoczęciu kuracji. W tym miejscu jeszcze raz warto się upomnieć o miejsce patomorfologii w polskim systemie leczenia onkologicznego, czemu POLITYKA poświęciła już kilka artykułów (ostatnio „Pat patologa” 3/17). – *Nie może być mowy o poprawie wyników leczenia, jeśli nie będziemy zdobywać informacji od patomorfologów i genetyków, z jakim typem nowotworu mamy do czynienia* – podkreśla prof. Jassem. Diagnostyka molekularna ma na celu wykrycie rozmaitych mutacji w komórkach wyodrębnionych przez histopatologów, co umożliwia później indywidualny dobór terapii. A wciąż tylko 60 proc. pacjentów ma zlecane takie badania, jakby lekarzom nie przeszkadzało, że bez otrzymania szczegółowych danych leczą w ciemno. – *Czyżby koledzy nie zauważyli, że współczesne terapie raka są całkowicie inne niż te, o których się uczyli 10 lat temu?* – pyta z irytacją prof. Ramlau. Lecznów widać w tym czynnik ekonomiczny, ponieważ Fundusz przy diagnostyce raka płuca nie płaci za badania histopatologiczne, a zatem lekarz, który się o nie upomina, w każdej chwili może trafić na dywanik do dyrektora szpitala za finansową rozrzutność. – *Ja sam*

otrzymałem niedawno taką reprimendę, ponieważ u trzech pacjentów przyjętych w ambulatorium zleciłem oznaczenie mutacji genu EGFR, choć NFZ dał wytyczne, że pacjent musi być w tym celu obowiązkowo hospitalizowany. Jaki w tym sens?

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko podaje jeszcze jeden przykład, który ukazuje dystans, jaki dzieli nas od świata: – *Rutynowo wykonujemy badania poszukujące tylko dwóch markerów o znaczeniu diagnostycznym w tej chorobie: mutacji genetycznych w genach EGFR i ALK. Za granicą oznaczanych jest siedem, np. ERBB2, ROS1, MET.*

Oczywiście mutacje te występują dużo rzadziej, bo zaledwie u 1,2, maksymalnie 4 proc. chorych, i można zapytać, czy jest sens szukać unikatowych, pojedynczych igieł w stogu siana. Ale przecież dla osób, u których byłyby stwierdzone, to kwestia dobrania właściwego leku lub decyzji, który odstawić, skoro dzięki badaniu genetycznemu wiadomo, że nie przyniesie efektów. Np. wykrycie tzw. rearanżacji genu ROS1 pozwala na leczenie kryzotynibem – jeśli tej mutacji u nikogo się nie szuka, bo NFZ nie przewidział w programie terapeutycznym dla tego leku określenia takiego parametru, to 1 proc. pacjentów w ogóle nie może być tym programem objętych. Minimalny odsetek, ale kryją się za nim konkretni ludzie, pozbawieni dostępu do najlepszego w tym momencie leczenia.

Prof. Ramlau ma rację, mówiąc, że ostatnia dekada to niebo i ziemia w arsenale leków, które stosowane są przy raku płuca. Kiedyś była to sama chemioterapia, niezbyt zresztą skuteczna. Obecnie każdy rok przynosi rejestrację nowych preparatów, co pogłębia przepaść dzielącą Polskę od światowej czołówki, gdyż zanim nasze ministerstwo przyzna po trzech–czterech latach refundację kolejnemu specyfikowi, w USA i Unii Europejskiej jest on już wypierany przez następców. Obecnie leczenie farmakologiczne obejmuje u nas oprócz wspomnianej chemioterapii podawanie tzw. inhibitorów EGFR (np. docetakselu, erlotynibu i gefitynibu) oraz jednego z inhibitorów ALK (kryzotynibu). Inne innowacyjne leki – niwolumab, pembrolizumab – od kilku lat czekają na refundację. Spośród 13 substancji rekomendowanych przez European Society for Medical Oncology w Polsce objęto nią tylko dwie zgodnie ze standardem, natomiast inne trzy z ograniczeniami. – *A chorzy umierają* – sumuje Anna Żyłowska. – *Większość pacjentów, którzy zgłaszają się do naszego Stowarzyszenia, muszą wysyłać za granicę, bo w kraju nie ma dla nich ratunku.*

Upominanie się o większe fundusze na leczenie raka płuca nie jest mile widziane. W kolejce po pieniądze czekają przecież na przykład dzieci cierpiące na rozmaite nowotwory, a tu – taki jest w społeczeństwie obraz tej choroby – raka sprowadzają na siebie palacze papierosów, więc poniekąd sami są sobie winni. – *Nie jesteśmy w stanie zgromadzić tylu aktywistów co Amazonki, bo ludzie z tym nowotworem dość szybko umierają* – wyznaje prezes Stowarzyszenia. – *Mamy słabe przebitcie w mediach, bo gdy ktoś zachoruje, a był nałogowym palaczem, otoczenie kiwa głową z politowaniem. A przecież nie tylko palacze papierosów zapadają na ten nowotwór!*

Rzeczywiście, 10 proc. mężczyzn i 20 proc. kobiet zapadających na tę chorobę nigdy nie paliło. Możliwe, że nabawili się raka za sprawą wdychania dymu tytoniowego, ponieważ ryzyko wystąpienia go u osoby narażonej tylko na bierne palenie wzrasta o 20–30 proc. Coraz częściej mówi się też o zglubnym wpływie smogu – a zatem nie tylko, jak dawniej sądzono, ekspozycja na azbest lub radon, ale też codzienne zanieczyszczenia powietrza i przewlekła obturacyjna choroba płuc sprzyjają powstaniu tego nowotworu. W dodatku u tych pechowców trudniej postawić diagnozę niż u nałogowych palaczy. Guz umiejscawia się bowiem głębiej w większu płuc, częściej na obwodzie niż przy dużych oskrzelach, w związku z czym początkowe symptomy choroby są właściwie niezauważalne.

Prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów są złe. Jeśli nic się nie zmieni, liczba zgonów może wzrosnąć z 23 tys. w ub.r. do 32 tys. w 2025 r. – *Dlatego w opracowanej strategii walki z rakiem płuca stawiamy na wprowadzenie kompleksowego leczenia. Aby pacjenci przestali błąkać się po rozproszonych w Polsce placówkach i wzorem tzw. Breast Units, otwieranych dla kobiet z rakami piersi, mogli otrzymać skoordynowaną pomoc* – mówi prof. Jacek Jassem. Dziś karta DILO w ramach pakietu onkologicznego skraca niektórym dostęp jedynie do diagnostyki obrazowej, czyli wykonania np. tomografii klatki piersiowej – pomyślowcom strategii zależy na tym, aby całe leczenie było szybsze i zdejmowało z pacjenta konieczność organizowania badań i wizyt u lekarzy na własną rękę. Autorzy strategii jeszcze nie policzyli, ile taki model kosztuje. – *Ale to, co najbardziej w onkologii podraża koszty, to leczenie nieskuteczne* – dodaje prof. Jassem. – *A z tym mamy teraz przy raku płuca najczęściej do czynienia.* ■