

Nowe terapie w leczeniu szpiczaka mnogiego

Skryty nowotwór

Mimo że pierwszy przypadek szpiczaka mnogiego opisano w 1844 r., nadal jest to choroba nieznaną także lekarzom. – *Wystarczą proste badania: morfologia krwi, OB oraz ogólne badanie moczu, by go wykryć, jednak często chory jest odsyłany od jednego specjalisty do drugiego w poszukiwaniu diagnozy* – mówi prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii.



foto: 123RF.com

Szpiczak mnogi jest nowotworem wywodzącym się z obecnych w szpiku kostnym komórek odporności – dojrzałych limfocytów B (komórki plazmatyczne). Normalnie produkują one przeciwciała do obrony organizmu przed infekcjami, ale zmienione nowotworowo wytwarzają tylko jeden rodzaj białka – białko monoklonalne.

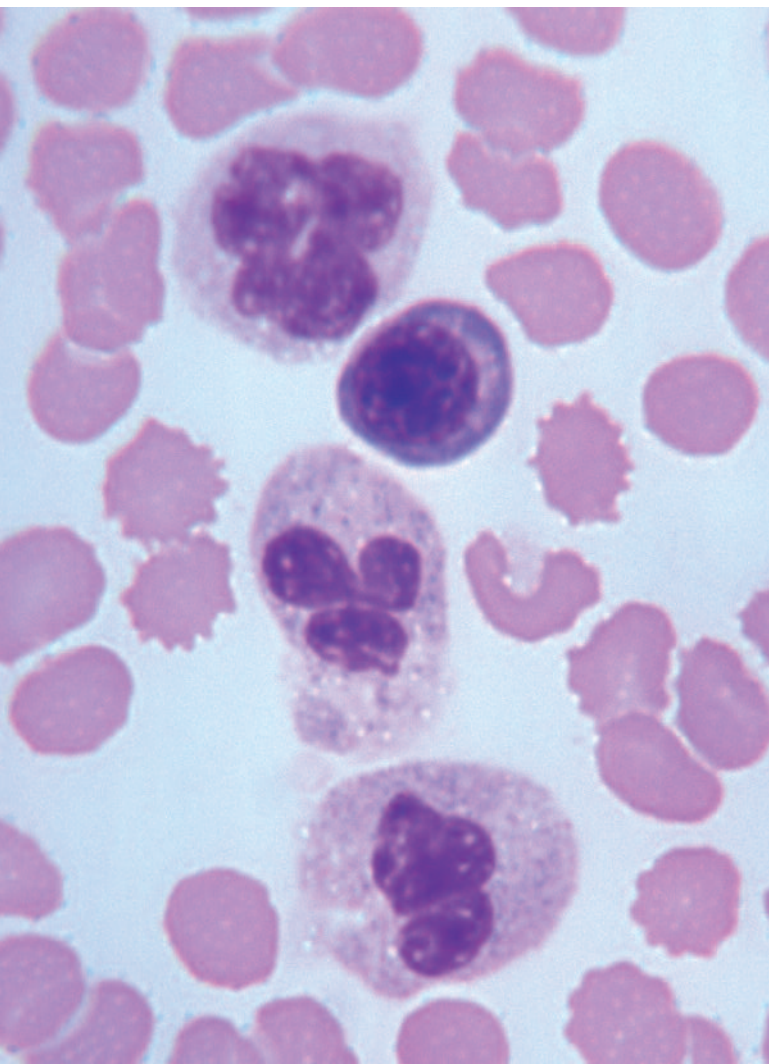
Określenie „mnogi” odzwierciedla fakt, że u większości pacjentów nowotwór uszkadza w licznych miejscach kości, zwłaszcza kręgi. Prowadzi to do patologicznych złamań, powoduje silne bóle kostne i niepełnosprawność. U części chorych dochodzi do powikłań nerkowych, pojawiają się też anemia i spadek odporności.

Epidemiologia

Choć to ciągle rzadki nowotwór, liczba zachorowań na niego wzrasta. Obecnie na szpiczaka mnogiego cierpi ponad milion ludzi na świecie, w Polsce co roku odnotowuje się 1500 nowych zachorowań. Jak tłumaczy prof. Jadwiga Dwilewicz-Trojaczek z Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na szpiczaka mnogiego (plazmocytozowego) zapadają najczęściej osoby w 6. dekadzie życia, ale u 15 proc. chorych nowotwór jest rozpoznawany przed 45. rokiem życia. I liczba chorych ciągle rośnie. – *Fakt, że szpiczak przybiera różne*

postaci, jest częstą przyczyną opóźnień w jego rozpoznaniu – zaznaczyła prof. Dwilewicz-Trojaczek.

Profesor Wiesław Jędrzejczak przypomina, że ponad połowa pacjentów, u których nowotwór ten rozpoznaje się w pierwszym stadium, przeżywa 10 lat, a gdy diagnoza jest stawiana w trzecim stadium, odsetek ten wynosi zaledwie 20 proc. – *To wciąż bardzo skryty nowotwór, bo potrafi imitować inne choroby* – podkreśla



fot. Carolina Biological/Visuals Unlimited/Corbis

prof. Jędrzejczak. – *Dlatego powinniśmy szkolić lekarzy rodzinnych w zakresie tzw. czujności onkologicznej* – uważa prof. Anna Dmoszyńska, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – *Wysoki wynik OB powinien być powodem skierowania pacjenta na dalsze badania, a często jest lekceważony.*

Nowe leki

Na szczęście 10 lat temu pojawiły się nowe leki, które w znaczny sposób poprawiły jakość leczenia i komfort życia chorych. – *Na naszych oczach odbywa się mała rewolucja w leczeniu szpiczaka* – uważa Dominik Dytfeld

z Kliniki Hematologii i Chorób Układu Krwiotwórczego w Poznaniu.

Lekarze mają do dyspozycji trzy leki: immunomodulujący talidomid, jego nowocześniejszy odpowiednik lenalidomid oraz zaliczany do tzw. inhibitorów proteasomu – bortezomib.

Osoby przed 65. rokiem życia będące w ogólnie dobrej kondycji poddaje się także intensywnemu lecze-

„Na szpiczaka mnogiego cierpi ponad milion ludzi na świecie. W Polsce co roku odnotowuje się około 1500 nowych zachorowań”

niu za pomocą chemioterapii, po której choremu przeszczepia się własne komórki szpiku. Najnowsze wyniki badania o skrótowej nazwie CALGB, zaprezentowane w Paryżu podczas XIII Międzynarodowych Warsztatów na temat Szpiczaka Mnogiego, dowodzą jednak, że efekty tej metody można poprawić dwukrotnie, jeśli chorym po przeszczepie będzie się podawać doustnie lenalidomid.

Niedostępność

Warto jednak pamiętać, że – jak każde leczenie nowotworów – jest to kuracja droga. Leczenie tzw. I rzutu talidomidem kosztuje kilka tysięcy złotych. – *Warto jednak zdać sobie sprawę, że szpiczak nie jest chorobą uleczalną i wcześniej czy później chory wraca do kliniki* – mówi prof. Jędrzejczak.

Leczenie II rzutu – w Polsce jest to leczenie bortezomibem – kosztuje 11 tys. zł za cykl. Prowadzi się je w ramach programu terapeutycznego, który jednak nie dopuszcza leczenia w II i kolejnym rzucie pacjentów z ciężką niewydolnością nerek (warunek kwalifikacji do leczenia wg programu: CCr \geq 30 ml/min). W Polsce brakuje też możliwości stosowania bortezomibu w pierwszej linii, choć jest to lek rekomendowany na świecie do stosowania w I rzucie, szczególnie u pacjentów z niewydolnością nerek.

Alotransplantacja komórek krwiotwórczych to koszt 60 tys. zł. Najnowocześniejsze leczenie lenalidomidem jest finansowane w ramach tzw. chemii niestandardowej i kosztuje 30 tys. miesięcznie.

Problemem pozostaje dostępność świadczeń, bo łóżek hematologicznych i specjalistów brakuje. Na przykład w warmińsko-mazurskim na 2 mln mieszkańców jest zaledwie 14 łóżek, a na Mazowszu pilnie potrzeba 50 łóżek. – *Z kolei w województwie lubuskim jest zaledwie 2 hematologów* – mówi prof. Jędrzejczak.

Agnieszka Katrynicz