

Chłoniaki: czy możemy pogodzić się z rolą... ofiary własnego sukcesu?



Kropka nad i

Coraz skuteczniejsze leczenie chłoniaków i coraz większa przeżywalność przekładają się niestety na rosnącą liczbę powikłań. Walka o jakość życia ozdrowieńców staje się coraz poważniejszym wyzwaniem. Jak sobie z tym radzi polska służba zdrowia?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, przyjrzyjmy się, jak sobie z tym radzi medycyna światowa. Gdy mowa o tzw. chłoniakach agresywnych, zastosowanie schematu chemioterapii skojarzonej o nazwie R-CHOP przynosi niebywały, jak na onkologię, sukces: w wypadku mniej więcej 2 na 3 pacjentów prowadzi do całkowitego wyleczenia, bez wznowy. Ewa Paszkiewicz-Kozik z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie zwraca uwagę, że nie mówimy tu o wyleczeniu definiowanym, tak jak w innych dziedzinach onkologii, jako pięcioletnie przeżycie. Mówimy o przeżyciu liczonym na 20–30 lat.

Leczenie cytostatykami

Jeśli więc mówimy o wielkim sukcesie medycyny (2 przypadki na 3 definitywnego wyzdrowienia), pora przyrzeć się wyzwaniom, jakie niesie ze sobą dalsze leczenie pacjentów, u których terapia pierwszego rzutu nie przynosi skutku w postaci wyleczenia. W takiej sytuacji można próbować autoprzeszczepienia, ale przede wszystkim należy powrócić do terapii cytostatykami (podstawą terapii R-CHOP jest właśnie cytostatyk – rytuksymab). Można próbować zwiększyć dawkę rytuksymabu. – *Można też, jeśli rytuksymab raz nie zadziałał, próbować innego cytostatyku* – tłumaczy Wojciech Jurczak z Katedry Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Walka z chłoniakami polega zatem m.in. na wprowadzaniu do leczenia nowych cytostatyków. Jest szansa, by poprawić profile lecznicze nowo opracowywanych, udoskonalanych leków, przede wszystkim zaś zmniejszyć ich kardiotoksyczność. Dziś w wypadku wielu leków nie można podjąć terapii, bo ryzyko uszkodzenia układu krą-

żenia jest zbyt duże. Są jednak nowe leki, mniej obciążające serce – leki trzeciego rzutu.

Polski problem

Na czym on polega? Dobrze radzimy sobie w wypadku leczenia pierwszego i drugiego rzutu DLBCL. Tu nasz system potrafił wykorzystać i zaadaptować sukcesy światowej medycyny. Co dwudziesty przypadek nowego rozpoznania raka w Polsce dotyczy chłoniaków – notujemy więc 7,5 tys. zachorowań rocznie. Wprost proporcjonalnie do liczby chorych przybywa ozdrowieńców wyleczonych definitywnie, co cieszy. Ale przybywa także tych, u których takiego ostatecznego wyleczenia nie udało się uzyskać.

I w tym tkwi problem polskiego systemu. Jak w wielu innych dziedzinach, mamy kłopot z zaadaptowaniem najnowszych i skutecznych osiągnięć medycyny. A że problemem jest kardiotoksyczność, uderza to w polskich pacjentów podwójnie, bo stan serc Polaków na tle Europy wygląda źle, choćby ze względu na cukrzycę, nadciśnienie, otyłość.

Jest jeszcze jedna istotna kwestia. Chodzi o poprawę diagnostyki i wcześniejsze wykrywanie chłoniaków. Nowotwór często namnaża się poza układem chłonnym, dając nieswoiste objawy. Sygnały alarmowe bywają lekceważone, co sprzyja pojawianiu się większej liczby coraz bardziej zaawansowanych przypadków chłoniaka w naszym kraju. Praktycy ostrzegają, że w związku z tym będziemy mieć coraz większy problem.

Co robić?

W Unii Europejskiej jest już dostępny nowy lek – piksantron – stosowany w leczeniu agresywnego DLBCL u pacjentów, u których z różnych względów nie można dokonać przeszczepienia szpiku lub gdy pomimo jego przeprowadzenia choroba jest nadal aktywna, czy wreszcie w grupie pacjentów przeleczonych z nawrotem choroby. Środowisko onkologów czeka na poprawę dostępności tej terapii, jednak na razie piksantron nie jest refundowany w Polsce.

– *Sytuacja chorych z opornością lub nawrotem choroby jest zła i daleko odbiega od europejskich standardów* – oceniła niedawno Monika Długosz-Danecka z Katedry Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. – *Także dlatego, że niektóre terapie, w tym te z zastosowaniem wspomnianego wcześniej piksantronu, pozostają niedostępne* – dodała.

Dostępność piksantronu dla polskich pacjentów jest niezwykle istotna z dwóch powodów. Po pierwsze, obecnie lek jest jedyną opcją terapeutyczną dla chorych z nawrotem choroby. Po drugie, piksantron jest lekiem o zdecydowanie mniejszym ryzyku powikłań kardiotoksycznych, co dla tej grupy pacjentów jest szczególnie istotne. Są to bowiem pacjenci wcześniej objęci leczeniem kardiotoksycznymi antracyklinami i często osiągnęli już życiowy limit terapeutyczny dla tej grupy leków bądź występują już u nich powikłania sercowo-naczyniowe.

Błażej Linowski