

## Rak jajnika – jest o co walczyć

---

Rozmowa z dr hab. n. med. prof. PUM Anitą Chudecką-Głaz, ginekologiem onkologiem, Lekarzem Kierującym Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

### **Co słycać w sprawie leczenia raka jajnika?**

Na świecie dużo się dzieje, pojawiają się nowe wyniki badań związanych z inhibitorami PARP – nową, rewolucyjną grupą leków ukierunkowanych molekularnie. Wyniki tych badań są coraz bardziej obiecujące.

### **Czy przekładają się na postęp w leczeniu raka jajnika w Polsce?**

Niestety, nie do końca. Od czasu wprowadzenia w 2016 roku jednego programu lekowego dla pacjentek z mutacją genów BRCA1/2 i nawrotem choroby – nic się nie zmieniło. Brakuje nam m.in. możliwości stosowania inhibitorów PARP w leczeniu nawrotów u wszystkich pacjentek z rakiem jajnika, niezależnie od ich statusu molekularnego. Szkoda, że do ważnych leków zarejestrowanych w Europie nasze pacjentki nie mają dostępu, bo nie ma refundacji.

### **Czym różni się sytuacja zdrowotna kobiet z mutacją genów BRCA od tych, które jej nie mają?**

Pacjentki z mutacją genów BRCA1/2 są w lepszym położeniu, bo przy nawrotach choroby mają dostęp (refundację) do jedyne go programu lekowego z inhibitorem PARP.

Z drugiej strony, nie mają dostępu do tej terapii w pierwszej linii leczenia, a więc zaraz po zakończeniu pierwszego rzutu chemioterapii – pomimo europejskiej rejestracji i doskonałych wyników badań pokazanych ostatnio na kongresie ESMO (Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej). Pacjentki bez mutacji genów BRCA1/2 są w gorszej sytuacji, ponieważ w ogóle nie mają dostępu do refundacji inhibitorów PARP – ani w pierwszej linii leczenia, ani przy nawrotach choroby.

### **Jaka jest zależność między mutacją w genie BRCA a ryzykiem zachorowania na raka jajnika?**

Pacjentki z mutacją w genie BRCA mają zdecydowanie większe ryzyko zachorowania na ten rodzaj nowotworu niż kobiety z populacji ogólnej, w której wynosi ono 1–1,5 procent. U kobiet z mutacją genu BRCA1 ryzyko to jest na poziomie 25–60 procent, a w przypadku kobiet z mutacją BRCA2 11–27 procent.

### **Dlaczego kobiety bez mutacji BRCA1/2 nie mają dostępu do leczenia inhibitorami PARP?**

Teoretycznie mają, bo *niraparib* jest lekiem zarejestrowanym w Europie i można indywidualnie wnioskować o RDTL (Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych) lub zapłacić z własnych środków. Miesięczny koszt leczenia wynosi jednak 20–30 tys. złotych. Nie spotkałam pacjentki, która mogłaby sobie pozwolić na tak drogą terapię. Dopóki nie będzie refundacji NFZ w ramach programu lekowego, dostępność ta będzie więc w praktyce zerowa.

## **Jakie są korzyści ze stosowania inhibitorów PARP?**

Gdy w 2014 roku leki te wchodziły na światowy rynek, były przeznaczone głównie do leczenia nawrotów choroby nowotworowej. Kolejne wyniki badań wykazały jednak ogromne korzyści z ich wcześniejszego zastosowania – zaraz po pierwszej linii chemioterapii. Ostatnie międzynarodowe wyniki badania SOLO 1 udowadniają, że u pacjentek z mutacją BRCA, u których zastosowano leczenie *olaparibem* czas wolny od choroby wynosił średnio 56 miesięcy i był o 42 miesiące dłuższy niż w grupie, która nie otrzymała takiego leczenia. Kobiety te mogły prowadzić normalny tryb życia, chodzić do pracy, wychowywać dzieci czy wnuki. Walczymy więc o wielkie rzeczy: o przedłużenie życia pacjentek, a w perspektywie może nawet o ich wyleczenie.

## **Czy ważny jest tu także aspekt ekonomiczny?**

Jak najbardziej. Jeśli pacjentki stosują inhibitor PARP po pierwszej linii chemioterapii, leczenie trwa 2–3 lata. A jeżeli biorą go dopiero przy nawrocie choroby, może to trwać nawet 5 lat. Gdyby dostały inhibitor PARP tuż po pierwszej linii chemioterapii, ich leczenie byłoby znacznie tańsze.

## **Jaka jest dostępność inhibitorów PARP w innych krajach Europy?**

W 26 krajach *olaparib* zarejestrowany jest dla pacjentek z mutacją genów BRCA w nawrocie, i Polska się do nich zalicza. Jeżeli chodzi o rejestrację po pierwszej linii leczenia, taką rejestrację ma 19 krajów, my jej nie mamy.

Kolejny lek – *niraparib* – jest zarejestrowany dla pacjentek z mutacją BRCA i bez takiej mutacji w leczeniu nawrotów. Krajów z refundacją przy takim wskazaniu jest w Europie 13, Polski wśród nich nie ma – *niraparib* nie jest u nas refundowany. Walczymy więc o pierwszą linię dla *olaparibu* oraz o drugą linię dla *niraparibu*. Już niedługo spodziewamy się w Europie rejestracji *niraparibu* w leczeniu po pierwszej linii, na podstawie wyników badania PRIMA. Kolejny punkt, o który będzie trzeba zadbać. Kolejna szansa dla pacjentek.

## **Jak przedstawia się epidemiologia tego nowotworu?**

Rocznie na świecie choruje ok. 295 tys. kobiet, a zgonów jest ok. 180 tys. (Globocan, 2018). W Polsce mieliśmy wtedy 3770 zachorowań i 2670 zgonów. Rak jajnika zajmuje 5. miejsce pod względem zachorowalności na nowotwory złośliwe u kobiet i stanowi ok. 4 procent wszystkich zachorowań na te nowotwory u kobiet. W Europie zajmujemy pod tym względem wysokie, 4–5 miejsce. Ponad 50 procent stanowią pacjentki w wieku pomenopauzalnym (średnio ok. 60–63 roku życia). Kobiety z mutacją genów BRCA1/2 chorują w młodszym wieku niż populacja ogólna.

## **Jakie są specyficzne i niespecyficzne objawy raka jajnika?**

We wczesnym okresie rozwoju choroby objawy są niespecyficzne: dolegliwości ze strony układu pokarmowego i moczowego, wzdęcia, uczucie pełności po jedzeniu. Jeżeli, zwłaszcza w wieku pomenopauzalnym, utrzymują się przez pół roku i zdarzają się częściej niż kilkanaście razy w miesiącu, istnieje duże prawdopodobieństwo (50–60 procent), że mogą być spowodowane chorobą nowotworową jajnika.

Objawy specyficzne widoczne są dopiero w okresie zaawansowanego procesu nowotworowego. Najbardziej charakterystyczne jest wodobrzusze.

### **Jak rozpoznaje się raka jajnika?**

Wstępnie na podstawie badań obrazowych: ultrasonografii oraz tomografii komputerowej. Badaniem uzupełniającym może być rezonans magnetyczny czy markery nowotworowe. Ostateczne rozpoznanie daje jednak dopiero badanie histopatologiczne.

### **Na ile rokowania zależą od zaawansowania choroby w momencie diagnozy?**

70–75 procent pacjentek trafia do nas w zaawansowanym stadium choroby (III–IV stopień). Rokowania są wtedy bardzo poważne, a szanse na całkowite wyleczenie niewielkie. Natomiast wykrycie choroby w I czy II stopniu zaawansowania (zwykle ma ono charakter przypadkowy), daje większe szanse przeżycia.

W leczeniu optymalne efekty daje operacyjne usunięcie wszystkich widocznych okiem chirurga zmian nowotworowych, a następnie chemioterapia. Liczymy, że dzięki zastosowaniu inhibitorów PARP w leczeniu podtrzymującym po jej pierwszej linii znacząco poprawi się nie tylko czas przeżycia pacjentek, ale zwiększy się także ich szansa na całkowite wyleczenie.



---

Autoryzowany wywiad prasowy przygotowany przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* w związku z XIX Ogólnopolską Konferencją „Polka w Europie”, październik 2020.