



Warszawa, 9 sierpnia 2024

Nowe oblicze leczenia raka płuca w Polsce

Eksperti i przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, którzy wzięli udział w debacie „Czy czeka nas rewolucja? Nowe oblicze leczenia raka płuca w Polsce” podkreślają, że w ciągu najbliższych miesięcy kontynuowane będą wzmożone prace nad zmianą organizacji opieki nad chorymi onkologicznie, w tym z rakiem płuca. Wejście w życie kolejnych modyfikacji w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej, ponowne uruchomienie programu przesiewowego i zwiększenie dostępu do terapii lekowych – również na wczesnym etapie zaawansowania raka płuca, realnie przełożą się na poprawę dostępu do opieki i dadzą pacjentom najważniejsze – czas.

W raku płuca liczy się czas. Czas wykrycia choroby, czas oczekiwania na diagnostykę i wyniki badań lub wizytę u specjalisty, moment przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego czy wdrożenia leczenia systemowego – każdy z tych etapów jest częścią większej układanki. Jej umiejętne zaplanowanie jest kluczowe w powodzeniu leczenia chorych z rakiem płuca, bo każdy z pacjentów jest inny i wymaga spersonalizowanego podejścia.

Kluczowym aspektem, który pozwoli na dobre ułożenie opieki jest wejście w życie Krajowej Sieci Onkologicznej, wprowadzającej nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. Jej priorytetem jest zapewnienie każdemu choremu kompleksowej opieki o wysokiej jakości, w oparciu o jednolite standardy. Ważnym elementem KSO mają być koordynatorzy, czuwający nad całym procesem diagnostyczno-terapeutycznym.

Jak wskazują eksperci, jednym z większych wyzwań współczesnej onkologii jest zapewnienie chorym kompleksowej opieki i usprawnienie przepływu pacjenta w ramach poszczególnych poziomów opieki. Problemy zaczynają się już na etapie diagnostyki wstępnej, w przypadku, gdy pacjent czeka w kolejce do poradni innej niż onkologiczna. Sytuację pogarsza mały dostęp do badań endoskopowych, które w wielu przypadkach nie pozwalają na pobranie materiału w odpowiedniej ilości, nieoptymalnie prowadzone konsylia specjalistyczne, fragmentaryzacja diagnostyki i brak współpracy między specjalistami i ośrodkami. Każdy z tych elementów utrudnia, opóźnia, a czasem wręcz uniemożliwia podanie choremu najlepszej możliwej terapii. Swego rodzaju receptą na te problemy, poza utworzeniem Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego w ramach KSO, mają być właśnie Lung Cancer Unity, czyli ośrodki wyspecjalizowane w diagnostyce i leczeniu raka płuca.



- Jestem rzecznikiem Lung Cancer Unitów, bo wydaje mi się, że to jest najlepsza struktura do tego, żeby pacjent był szybko i dobrze zdiagnozowany. Nie musi się to mieścić w jednym miejscu, to może być system konsorcyjny i my, jako Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, w czymś takim od lat działamy i to się bardzo dobrze sprawdza, a jednocześnie gwarantuje pacjentowi bardzo dobrą diagnostykę i dobre leczenie - mówi **prof. dr hab. n. med. Renata Langfort**, Kierownik Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Patologów.

Zdaniem **prof. Langfort** wciąż dużym problemem w obszarze opieki nad pacjentem z rakiem płuca pozostaje diagnostyka:

- Żeby rzeczywiście pacjent osiągnął efekt długotrwałej remisji czy przewlekłego leczenia, przede wszystkim musi być do niego dobrze zakwalifikowany. Wydajemy ogromne pieniądze na leczenie a zapominamy o tym, że musi być również odpowiednia kwalifikacja, m.in. patomorfologiczna. Jeżeli kwalifikujemy pacjenta do leczenia neoadjuwantowego, powinniśmy ocenić biomarkery metodą NGS, ale i ekspresję białka PD-L1 i wszystkie inne badania, które są do tego leczenia niezbędne. Jeżeli pacjent będzie miał źle wykonane badania kwalifikacyjne, to nawet podanie bardzo kosztownego leczenia nie sprawi, że osiągnie on tak dobre wyniki, jakie osiągnie pacjent z odpowiednią kwalifikacją. Musimy też zwrócić uwagę na minimalizację czasu diagnostyki. Nie możemy pozwolić sobie na to, że trwa ona 2 miesiące lub więcej. Chodzi tu zarówno o chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego, jak i tych z zaawansowaną chorobą nowotworową, bo mijający czas działa na ich niekorzyść.

Prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, Dziekan Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, odniósł się do roli koordynacji opieki, która spina cały proces i daje szansę na wdrożenie u pacjenta najlepszej możliwej opieki:

- Jeśli mówimy o poprawie efektywności leczenia chorych z rakiem płuca to oprócz wykształconej kadry, sprzętu, podstaw strukturalnych, na podstawie których to się odbywa to między tymi elementami musi być koordynacja, czyli funkcja swego rodzaju przewodnika dla pacjenta. Przewodnikiem może być osoba kompetentna, która kontaktuje się zarówno z pacjentem, jak i lekarzami i potrafi wyręczyć personel medyczny w zaplanowaniu ścieżki pacjenta. Ścieżka ma mnóstwo skrzyżowań i dróg, którymi chorego trzeba pokierować. Mówimy o opiece koordynowanej po to, by można było odpowiednio wszystkie opcje terapeutyczne, którymi dysponujemy, dla pojedynczego pacjenta wykorzystać.

Dążymy do zwiększenia odsetka wczesnych rozpoznań raka płuca

Rak płuca nie daje wczesnych objawów – choroba wykrywana jest zazwyczaj w stadium niepozwalającym na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Szansą na zwiększenie niewielkiego, bo dwudziestoprocentowego odsetka pacjentów w Polsce kwalifikujących się do resekcji miększu płucnego jest uruchomienie programu badań przesiewowych niskodawkową tomografią



komputerową. Pilotaż tego programu zakończył się w 2023 roku. Zgodnie z zapowiedziami, ma być przywrócony w 2025 roku – już jako regularny program badań przesiewowych¹.

*- Badaniami screeningowymi w Polsce zajmujemy się od 2009 roku. Zaczęli to torakochirurdzy i do ostatnich wyników prowadzili to głównie oni. Pierwszy program, finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, był skierowany na obszary, gdzie wczesna wykrywalność była bardzo niska. W oparciu o dane, które pozyskaliśmy po pierwszym programie, zorganizowany został program ogólnopolski, który później powtórzyliśmy. Jego wyniki są bardzo dobre, a wykrywalność jest na poziomie tych programów, które były prowadzone w Stanach i Europie zachodniej – mówi **prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski**, Wiceprezes Polskiej Grupy Raka Płuca, Kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.*

Pierwsza refundacja w leczeniu przedoperacyjnym sprawdzianem dla współpracy między specjalistami

Stopień zaawansowania raka płuca jest najważniejszym czynnikiem mówiącym o rokowaniu pacjenta. W przypadku chorych, u których udało się zdiagnozować chorobę „na czas” – czyli wtedy, gdy nowotwór jest operacyjny, 5 lat przeżywa około 40% pacjentów².

Zgodnie ze słowami **Mateusza Oczkowskiego**, Zastępcy Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, który uczestniczył w spotkaniu, w przypadku raka płuca obserwujemy bardzo silny proces wchodzenia nowych terapii w zakresie leczenia wczesnego. Z perspektywy wypowiedzi dyr. Mateusza Oczkowskiego jasno wynika, że już od najniższego stadium zaawansowania pacjenci z rakiem płuca powinni otrzymywać nowoczesne terapie, które podawane z intencją wyleczenia przekładają się w czasie na lepsze rokowania w dobrej jakości życia. W refundacji pojawiają się zarówno terapie neoadjuwantowe, jak i adjuwantowe. Aktualnie toczą się procesy refundacyjne dla kolejnych terapii, w tym m.in. w leczeniu adjuwantowym, więc widoczna jest zdecydowana tendencja do tego, żeby przesuwać refundacje na wcześniejsze etapy.

Od 1 lipca 2024 roku specjaliści mają możliwość „wzmocnienia” leczenia operacyjnego poprzez zastosowanie przed nim leczenia neoadjuwantowego: skojarzenia immunoterapii niwolumabem i chemioterapii.

*- Dotąd próbowaliśmy samodzielnej chemioterapii, która poprzedzając radykalny zabieg operacyjny okazała się metodą bardzo mało skuteczną, niepoprawiającą znamienne wyniki przeżycia odległego. Za to dołączenie immunoterapii do tej klasycznej chemioterapii, zastosowanie przed operacją, następnie przeprowadzenie radykalnego zabiegu operacyjnego, a w leczeniu uzupełniającym uzupełnione być może również immunoterapią, bardzo znamienne poprawia wyniki – mówi **prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski**, Sekretarz Generalny Polskiej Grupy Raka Płuca,*

¹ [Narodowa Strategia Onkologiczna. Prof. Rutkowski: 2/3 zadań zrealizowano w terminie, 11 proc. w niewielkim stopniu \(rynekzdrowia.pl\)](#)

² [4_AWA_OT.423.1.2.2024_Opdivo_20.03.24_BIP_REOPTR.pdf \(aotm.gov.pl\)](#)



Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Wspomniana immunoterapia w połączeniu z chemioterapią indukuje znamienne wyższy odsetek patomorfologicznych odpowiedzi całkowitych i tak zwanych "dużych" odpowiedzi patologicznych w porównaniu do zastosowania samodzielnej chemioterapii, co przekłada się na większą szansę wyleczenia. Jeżeli u chorego po operacji praktycznie w materiale pooperacyjnym nie widzimy żywych komórek nowotworowych albo ta odpowiedź jest bardzo duża, to ten chory rokuje znacznie lepiej, żyje dłużej i ma większą szansę wyleczenia, jak również większy odsetek chorych przeżywa 5 lat i dłużej.

To, czy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia neoadjuwantowego, zależy od wielu czynników. Rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca, możliwość przeprowadzenia doszczętej resekcji guza, poziom ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$ oraz brak określonych mutacji czy dobra sprawność ogólna chorego to kryteria kliniczne, które decydują o możliwości zastosowania takiego rodzaju terapii. To jednak nie wszystko.

Jak podkreślił podczas spotkania **prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski**, leczenie nowotworów jest leczeniem wybitnie interdyscyplinarnym. To, co jego zdaniem może pomóc, by większa liczba chorych mogła otrzymywać leczenie okołoperacyjne, to stworzenie struktury organizacyjnej z dostępem do nowoczesnych terapii, która pozwoli na skoordynowane leczenie i będzie miejscem, w którym pacjent będzie podmiotem zainteresowania personelu.

*- Liczymy na to, że projekt jednostek organizacyjnych tzw. "centrów kompetencji" powstanie w tym roku a zacznie funkcjonować od roku przyszłego. Myślę, że to daje największą szansę na to, by pacjenci byli leczeni w sposób optymalny. Stąd też mój apel do przedstawicieli Ministerstwa, by nie rozszczelnić systemu (co robi NFZ), bo ośrodki które leczą dużą grupę pacjentów mają dużo lepsze wyniki. Nie może być tak, że raka płuca leczy się wszędzie, w miejscach, gdzie tych przypadków jest 20 czy 10 – mówi **prof. Orłowski**.*

Zdaniem **Aleksandry Wilk, Dyrektora Sekcji Raka Płuca Fundacji To Się Leczy**, organizatora debaty,

- Realizowane stopniowo zmiany w opiece nad pacjentami z rakiem płuca są prawdziwą rewolucją, która przełoży się na jakość opieki onkologicznej w Polsce. Toczące się prace legislacyjne mają uporządkować opiekę nad chorymi onkologicznie i sprawić, że niezależnie od miejsca leczenia, każdy pacjent będzie prowadzony zgodnie z najwyższymi standardami. To, co cieszy szczególnie, to widoczny trend zmierzający ku refundacji leków na wczesnym etapie leczenia – w przypadku raka płuca mowa o dostępnym już leczeniu neoadjuwantowym immunochemioterapią. Takie zmiany jeszcze bardziej wpłyną na współpracę między lekarzami poszczególnych specjalności. – podkreśla.