



# NOWE SZANSE DLA PACJENÓW ZE SZPICZAKIEM



**dr hab. med. Artur Jurczyszyn**  
Katedra Hematologii UJ CM

ROZMAWIA JOANNA LEWANDOWSKA

**Dzięki rozwojowi medycyny i innowacyjnym terapiom, czas przeżycia pacjentów onkologicznych i onkohematologicznych wydłuża się, a część nowotworów wchodzi w kategorię chorób przewlekłych. Takim przykładem są chociażby terapie immunoaktywujące [anty-PD1, anty-CTLA-4] w czerniaku.**

listów, aby dobrze poprowadzić danego pacjenta, potrzebne są konsultacje neurochirurgiczne, ortopedyczne, radioterapia. Pacjenci wymagają rehabilitacji, czasem konsultacji i opieki nefrologicznej, ponieważ wielu pacjentów ze szpiczakiem ma niewydolność nerek. Dobrze leceniu pacjenci z tym nowotworem to pacjenci leczeni interdyscyplinarnie. W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, w którym pracuję, ta interdyscyplinarność jest możliwa, bo współpracujemy z radioterapeutami, ortopedami, neurochirurgami i nefrologami. Sama forma podania leczenia jest również bardzo ważna. Pacjent często dojeżdża, co powoduje, że nie jest w stanie przyjechać dwa, czasem trzy razy w tygodniu, na podanie podskórne czy dożylnie. W tym przypadku leczenie doustne jest rzeczywiście optymalne. Zwłaszcza, że ten pacjent jest obciążony tzw. chorobą kostną, czyli ma już często połamany kręgosłup. Dlatego, jeżeli mógłby zgłosić się raz na miesiąc lub raz na dwa miesiące, to byłoby to optymalne, a medycyna teraz stwarza takie możliwości dzięki nowoczesnym terapiom.

**Czym charakteryzuje się szpiczak plazmocytowy? Czy diagnoza pacjentów z tą chorobą jest stawiana wystarczająco wcześnie? Jaka rolę odgrywa to w sukcesie terapeutycznym?**

Szpiczak plazmocytowy, inaczej szpiczak mnogi, albo choroba Kahlera jest skutkiem tzw. klonalnej ekspansji plazmocytoz, prowadzącej do uszkodzenia układu kostnego i często do anemizacji, niewydolności nerek, hiperkalcemii i innych powikłań. Jest to choroba niełatwa do rozpoznania, ponieważ pacjenci nie trafiają do hematologa od razu, przy pierwszych objawach. Często diagnostyka jest opóźniona o kilka miesięcy, a zdarza się,

że i o kilka lat. Objawy są bardzo niecharakterystyczne, ponieważ kogo nie boli kręgosłup w wieku 70 lat? Czy ktoś nie czuje się czasem osłabiony i nie ma częstych infekcji? A takie właśnie objawy spotykane są przy szpiczaku. I tutaj trzy proste testy - zawsze zachęcam lekarzy rodzinnych do ich wykonania, czyli badanie OB, badanie ogólne moczu i badanie morfologii. Jeżeli któreś z tych badań wyjdzie nam podejrzane lub patologiczne, to trzeba rozszerzyć diagnostykę i w ten sposób można zdiagnozować szpiczaka. Warto tutaj wspomnieć, że 30% pacjentów ze szpiczakiem jest zupełnie bezobjawowych. Im wcześniej zacznie się leczenie, tym lepiej, ponieważ nie możemy czekać aż dojdzie do skrajnej niewydolności nerek, gdzie pacjent będzie dializowany, albo będzie miał już wiele ubytków w kościach - bo właśnie do tego prowadzi szpiczak. Im więcej się mówi o tej chorobie, tym lepiej, ponieważ wszyscy znamy kampanie społeczne, związane z rakiem szyjki macicy, białaczką, czy problemami transplantologii, ale niewiele osób wie, że szpiczak zabija więcej osób, niż rak szyjki macicy i wątroby - razem wzięte. Dobrze, że są różne miejsca, stowarzyszenia i fundacje, starające się coraz więcej o tym mówić i warto wspomnieć, iż niestety wiele terapii w Polsce, które mogłyby być dostępne, i przedłużać życie pacjentom, jest nierefundowanych. W 2015 roku zostały zarejestrowane 4 nowe opcje terapeutyczne na świecie. Niestety, żadna z nich nie jest refundowana u nas.

**W kontekście szpiczaka plazmocytozowego obserwowany jest wydłużony czas przeżycia pacjentów na świecie. Z czego to wynika?**

Myślę, że przyczyn jest kilka. Na pewno lepsza

diagnostyka, świadomość pacjentów i dostępność różnych informacji, ale też przede wszystkim nowoczesne terapie oraz, co chcę podkreślić, możliwość przeszczepiania szpiku kostnego. To jest świetna metoda u chorych, którzy się kwalifikują do takiego leczenia, ponieważ po przeszczepie szpiku kostnego - mówię o autologicznym przeszczepieniu - pacjent często, przez wiele lat, ma okres remisji, i nie ma nawrotu choroby. Szpiczak jest taką jednostką, że nie ma drugiej takiej choroby, gdzie w ostatnich kilkunastu latach zarejestrowano ponad 10 nowych terapii, to rzeczywiście absolutna rewolucja, z której pacjenci korzystają i na naszych oczach ich życie się wydłuża. Śmiej się, że przy optymalnie leczonym pacjencie, to przedłużenie życia będzie możliwe dzięki właśnie tak zwanej terapii podtrzymującej - tylko ważne, żeby to było finansowane przez NFZ.

**Czy tendencja ta dotyczy również pacjentów w Polsce? I czy chorzy w Polsce mają szansę na optymalne leczenie?**

Niestety, byliśmy taką białą plamą, jeśli chodzi o przewlekłą białaczkę limfocytową i dostęp do ibrutinibu przez wiele ostatnich lat - to się zmienia teraz, od 1 września, ibrutinib jest dostępny dla pacjentów chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową, ale dalej jesteśmy białą plamą, jeśli chodzi o dostęp do karfilzomibu, pomalidomidu, iksazomibu, daratumumabu. To są przełomowe terapie, gdzie polscy pacjenci nie mają do nich dostępu, a wszystkie te wymienione substancje są zarejestrowane w UE. To jest bardzo frustrujące, patrzeć na pacjenta i mieć świadomość, że są metody, które mogą mu pomóc, a skazuje się pacjenta na terapię paliatywną.

**Na czym polega innowacyjność działania iksazomibu, biorąc pod uwagę nie tylko przełomowość tej terapii, lecz także podejście do „leczenia chorego, a nie choroby”?**

Jest to nowoczesna terapia, charakteryzująca się bardzo dobrą biodostępnością, podawana doustnie. I co ważne, leczenie, w którym podawany jest także lenalidomid i deksametazon jest w całości leczeniem doustnym. Na ostatnim zjeździe w USA były takie doniesienia, że połączenie iksazomibu, lenalidomidu i deksametazonu jest obiecujące, a pacjenci dobrze to tolerują. Także ta metoda jest bardzo istotna, szczególnie, iż pacjent może zjawiać się w klinice raz albo dwa razy w miesiącu i nie musi przychodzić na podanie podskórne czy wlewy dożylnie. Pozwala to lepiej funkcjonować w życiu zawodowym i w naturalnym środowisku poza pracą zmniejszając codzienną świadomość choroby. Terapie doustne to będzie przyszłość, bo pacjenci cenią sobie „quality of life” i nikt nie chce przebywać w kolejkach do lekarza, ponieważ w tym czasie można zająć się inną aktywnością. Także ta terapia będzie zdecydowanie wypierać formy dożylnie czy podskórne.