

Szpiczak to mistrz adaptacji, ale coraz częściej przegrywa

Rozmowa
z prof. Arturem Jurczyszynem



Prof. dr hab. n. med. Artur Jurczyszyn

Hematolog i specjalista chorób wewnętrznych. Kierownik Ośrodka Leczenia Dyskrazji Plazmocytowych w Katedrze i Klinice Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, prezes Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka w Polsce, członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności oraz członek Polskiej Akademii Nauk. Specjalizuje się w leczeniu szpiczaka plazmocyтового i innych dyskrazji plazmocytowych.

Szpiczak plazmocytowy przez lata był chorobą o bardzo złym rokowaniu. Dziś coraz więcej pacjentów osiąga wieloletnie remisje, a część można uznać za funkcjonalnie wyleczonych. Profesor Artur Jurczyszyn wyjaśnia, kiedy można powiedzieć pacjentowi, że jest zdrowy, u kogo leczenie można odstawić i czy CAR-T zmienia reguły gry.

Mamy dziś wiele leków, lekarze dysponują ogromną wiedzą, a mimo to szpiczak pozostaje chorobą nieuleczalną. Dlaczego? Rzeczywiście tak jest. Mój wieloletni szef, profesor Aleksander Skotnicki, zawsze podkreślał, że szpiczak jest chorobą „nieśmiertelną”. Oznacza to, że nawet jeśli pacjent osiąga bardzo dobrą remisję, choroba może się obudzić po wielu latach. Mam pacjenta, który przeszedł przeszczep w 2008 roku – dziś, po 18 latach, nadal pozostaje w całkowitej remisji i przychodzi raz do roku zapytać, czy



może spać spokojnie. Nie mogę mu odpowiedzieć na 100%, ale patrząc na tak długi czas remisji, mam nadzieję, że choroba nie wróci.

Z czego wynika nawrotowość tej choroby? Szpiczaka można nazwać mistrzem adaptacji. Kluczowym problemem jest tzw. heterogenność klonalna. U pacjenta istnieje cała „rodzina” komórek nowotworowych, a w zależności od tego, który klon się uaktywni, mogą pojawiać się mutacje utrudniające leczenie. Leki niszczą zwykle 99% komórek, ale ten 1% może się ukryć w niszach szpiku i spowodować nawrót, nawet bardzo późny. Z drugiej strony, dzięki obecnie dostępnym terapiom nawroty są coraz rzadsze. Dawniej pacjenci żyli 2–4 lata, dziś mamy ponad 30 zarejestrowanych leków i możemy dobierać leczenie optymalnie. Schemat, na który czekamy w leczeniu pierwszej linii – daratumumab, bortezomib, lenalidomid, deksametazon, przeszczep i leczenie podtrzymujące – daje prognozowane PFS (progression free survival, czyli przeżycie wolne od progresji) nawet na poziomie 17 lat – to ogromny postęp.

To bardzo optymistyczny scenariusz. Wspomniał Pan też o pacjentach z długotrwałą remisją nawet po starszych terapiach.

To prawda. Około 10–15% pacjentów po przeszczepie, po jednym lub po tandemowym, osiąga tzw. functional cure (funkcjonalne wyleczenie) i przeżywa ponad 10 lat bez choroby. To obserwacja potwierdzona również w innych ośrodkach na świecie. Dane na ten temat publikowały już grupy greckie i francuskie. Także my, w ramach Polskiej Grupy Szpiczakowej, myśleliśmy o tym, żeby pokazać tę grupę pacjentów, których dziś możemy uznać za wyleczonych.

Jak wytłumaczyłby Pan pacjentom pojęcie functional cure?

To sytuacja, w której choroba jest niewykrywalna nawet najczulszymi metodami. Wykonujemy biopsję szpiku i w badaniu immunofenotypowym o czułości 10^{-5} czy 10^{-6} sprawdzamy, czy jest obecna choroba resztkowa. Jeśli jej nie znajdujemy, mówimy o MRD ujemnym. Pacjent ma wtedy świetną jakość życia i nie musi przyjmować leków. Ryzyko zgonu z powodu szpiczaka jest wówczas dużo niższe. Choroba może gdzieś pozostawać w uśpieniu, ale nie wpływa na życie codzienne. Jeśli pacjent ma remisję i MRD ujemne się utrzymuje przez pięć lat, to mówimy właśnie o functional cure. To jest nasz cel terapeutyczny.



Jeśli pacjent ma remisję i MRD ujemne się utrzymuje przez pięć lat, to mówimy właśnie o functional cure. To jest nasz cel terapeutyczny.

Kiedy zatem powiedziałby Pan pacjentowi: „to koniec choroby”?

U pacjenta po przeszczepie i na leczeniu podtrzymującym minimum to trzy lata terapii. Jeśli ma ujemny PET i ujemną minimalną chorobę resztkową — potwierdzoną ponownie po pół roku — odstawiam leczenie. Dotyczy to chorych standardowego ryzyka, a takich jest ok. 80%. W takiej sytuacji można powiedzieć, że pacjent jest wyleczony.

Czyli termin functional cure w praktyce zastępuje stwierdzenie, że pacjent jest zdrowy? Można tak powiedzieć. Oczywiście część pacjentów nadal wymaga opieki innych specjalistów, np. z powodu zmian kostnych. Nawet jeśli immunoterapia eliminuje szpiczaka, nie oznacza to, że znika choroba kości. U 80–90% chorych występuje osteoliza, dlatego leczenie wzmacniające kości bywa potrzebne do końca życia.

A jak w tym kontekście wygląda sprawa leczenia podtrzymującego? Pacjenci często słyszą, że powinno trwać aż do progresji. Czy to się zmienia?

Mam 30 lat doświadczenia i prowadzę w Krakowie około 500 pacjentów ze szpiczakiem, prawdopodobnie jest to największa grupa w Polsce. Wielu z nich jest na leczeniu podtrzymującym lenalidomidem. Jeśli pacjent przyjmuje go 2–3 lata, wykonuję biopsję szpiku i badanie PET-CT oceniające stan remisji. Jeśli wyniki badania MRD i PET są ujemne, a pacjent jest z grupy standardowego ryzyka, często odstawiam leczenie.

Z trzech powodów: po pierwsze zaczynam traktować go jak osobę zdrową; po

drugie pacjent unika działań niepożądanych – np. biegunek czy obniżenia odporności, które dotyczą ok. 20% pacjentów; po trzecie długotrwałe leczenie też może mieć swoje konsekwencje. Oczywiście u chorych wysokiego ryzyka – np. z agresywną postacią choroby – leczenia bym nie odstawiał. Tu wszystko trzeba indywidualizować.

Po raz kolejny potwierdza się teza, że nie ma jednego schematu leczenia dla wszystkich. Dokładnie. Jako Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka opisaliśmy ponad 200 historii pacjentów w naszych książkach i każda jest inna. Przyjmuję dziennie 15–20 osób z tą samą diagnozą, ale każdy przypadek jest odmienny – i to właśnie jest fascynujące.

Jak Pan widzi przyszłość leczenia szpiczaka? Na niedawnej konferencji w Toronto padło stwierdzenie, że być może szpiczak stanie się chorobą wymagającą tylko dwóch linii leczenia. Jeśli pojawi się nawrót, zastosujemy CAR-T. A być może już w pierwszej linii będą stosowane przeciwciała dwuswoiste – badania wyraźnie idą w tym kierunku. Na przykład znakomite badanie prowadzone w Niemczech przez profesora Hermanna Einsele z przeciwciałem dwuswoistym teclistamab pozwala uzyskiwać ujemną chorobę resztkową – MRD ujemne – u wszystkich pacjentów.

Może to oznaczać, że przeszczepy nie będą potrzebne, tylko terapia CAR-T przy nawrocie. Tak to sobie wyobrażam.

Czy CAR-T jest „świętym Graalem” hematologii i może rozwiązać obecne problemy terapeutyczne?

Bardzo byśmy chcieli i w przypadku wielu pacjentów tak będzie. Mam doświadczenie z 14 pacjentami leczonymi tą metodą, wszyscy są w głębokiej remisji. W Niemczech wykonano w zeszłym roku około 1000 procedur CAR-T, z bardzo dobrym

efektem u zdecydowanej większości pacjentów. Profesor Katja Weisel z Hamburga mówiła mi, że w jej klinice w 2025 roku przeprowadzono 200 terapii CAR-T i wszyscy pacjenci są w remisji. Czekamy teraz na refundację tej terapii w Polsce – dla wielu chorych może to oznaczać koniec choroby.

W badaniu CARTITUDE-1 – z zastosowaniem terapii CAR-T u pacjentów w 5.–6. linii leczenia – aż 33% uczestników osiągnęło stan functional cure. Dlatego te terapie będą przesuwane do wcześniejszych linii, już się to dzieje.

Często mówi się, że terapia nie jest dostępna, bo jest bardzo droga. Ale gdy policzymy koszty ciągłego leczenia innymi metodami, liczne skutki uboczne, trudności w godzeniu pracy zawodowej z leczeniem przewlekłym, sytuacja wygląda chyba inaczej.

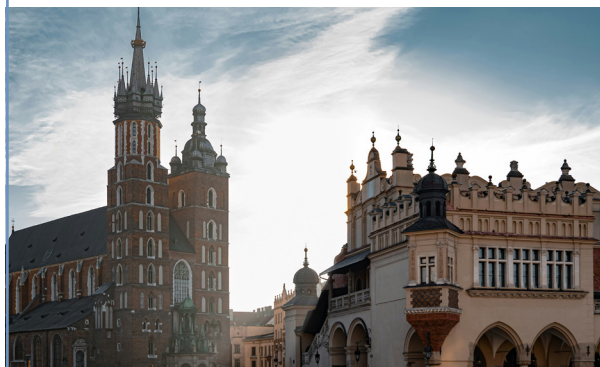
Zgadzam się. CAR-T to często „one and done” – jedna terapia, która załatwia sprawę szpiczaka na wiele lat. Jeśli zsumujemy koszty wieloletniego leczenia: wszystkie wizyty i podanie leku A, B, czy C, to może się okazać, że są wyższe. Oczywiście nie jest to metoda pozbawiona ryzyka. Około 5% pacjentów ma ciężkie powikłania neurologiczne, np. wtórny parkinsonizm, którego leczenie nadal stanowi wyzwanie.

Z naszej rozmowy bije duży optymizm. Jeszcze kilka lat temu rozmowa o wyleczeniu szpiczaka byłaby spekulacją na poziomie science-fiction. Dziś ta możliwość rysuje się coraz wyraźniej. Dziękuję za rozmowę.



Wszystkie twarze szpiczaka:
seria wydawnicza Fundacji
Centrum Leczenia
Szpiczaka prowadzonej
przez prof. Jurczyszyna

XIV Międzynarodowa Konferencja „Kompleksowa terapia dyskrazji plazmocytowych w 2026 roku”



W dniu 5 września 2026 o godzinie 12.00 w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Sali Nowodworskiej w Krakowie przy ulicy Św. Anny 12 odbędzie się XIV Międzynarodowa Konferencja „Kompleksowa terapia dyskrazji plazmocytowych w 2026 roku”.

W trakcie wydarzenia będą poruszane zagadnienia dotyczące nowoczesnej terapii u chorych ze szpiczakiem plazmocytowym oraz amyloidozą. Kompleksowa opieka u tych chorych stwarza szansę wysokiej skuteczności i poprawy jakości życia oraz jego wydłużenia w dobrym komforcie. Ostatnie lata przyniosły rejestrację wielu nowych leków w szpiczaku plazmocytowym i widzimy znaczące wydłużenie życia chorych do średnio 15–20 lat. Obecnie żyjemy w erze nowoczesnej immunoterapii. Polscy pacjenci jednak nadal czekają na refundację wielu znakomitych leków z grupy CAR-T (ABECMA i CARVYCTI).

Konferencja jest adresowana do lekarzy hematologów, internistów, studentów medycyny oraz specjalistów zajmujących się w sposób kompleksowy dyskrazjami plazmocytowymi.

www.szpiczak2026.conference.pl