



Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca Oddział Szczecin

ul. Papieża Jana Pawła II 42 70-415 Szczecin

tel. (+48 91) 8136288, 0507481495, 513792173

email: szczecin@rakpluca.org.pl, www.rakpluca.szczecin.pl

KRS 0000663608, NIP 851-320-39-36

Szczecin 09-07-2018 r.

Pan Minister Adam Lipiński

Pełnomocnik Rządu do Spraw Społeczeństwa Obywatelskiego

Pełnomocnik Rządu do Spraw Równego Traktowania

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

00-583 Warszawa, Al. Ujazdowskie 1/3

adam.lipinski@kprm.gov.pl

Szanowny Panie Ministrze,

co 20 minut umiera w Polsce pacjent z rakiem płuca. To jakby co tydzień spadały na ziemię dwa pełne pasażerów Dreamlinery i nikt nie nagłaśnia tej katastrofy.

Ostatnie długo oczekiwane decyzje refundacyjne umożliwiły podjęcie leczenia określonej grupie pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Jednak, mimo pozytywnych decyzji Agencji Oceny Technologii Medycznych, bez uznanego za efektywne leczenia wciąż z nieznanых powodów pozostaje część pacjentów z niepłaskonabłonkowym rakiem płuca, dla której nie ma alternatywy.

Sytuacja ta powoduje, że jednorodna grupa chorych została podzielona na tych, którzy mają szanse na dalsze leczenie po chemioterapii i tych, którzy tego leczenia nie otrzymają. Ci ostatni czują się dyskryminowani, a ich tragedia dotyczy nie tylko ich samych, ale też ich rodzin i najbliższych.

Serdecznie dziękujemy Panu Ministrowi za pierwsze spotkanie i – w nawiązaniu do wstępnych ustaleń – prosimy o wsparcie wszelkich działań zmierzających do poprawy tej sytuacji w relacji z Ministerstwem Zdrowia oraz Komisjami Zdrowia Senacką i Sejmową. Jesteśmy w gotowości, by aktywnie uczestniczyć w dalszych rozmowach dotyczących tego problemu.

Do powyższego pisma pozwalamy sobie załączyć szczegółowy opis problemu przygotowany przez uczestniczącego w spotkaniu prof. Pawła Krawczyka z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Z wyrazami szacunku, w imieniu
Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca Oddział Szczecin

Anna Zytowska

Rocznie w Polsce diagnozuje się 25 000 nowych przypadków zachorowania na raka płuca . 86% chorych umiera z powodu tej choroby. Przyczyną tak wysokiej śmiertelności jest zbyt późne rozpoznanie choroby. U większości pacjentów diagnozowany jest niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP) w stadium miejscowego zaawansowania (z naciekiem na ważne narządy i z przerzutami do węzłów chłonnych) lub zaawansowanym (z przerzutami odległymi). W tych dwóch grupach chorych możliwe jest jedynie zastosowanie leczenia systemowego (ogólnoustrojowego). Stosowana dotychczas chemioterapia umożliwiała przeżycie jednoroczne zaledwie u 50% takich pacjentów. Dzisiaj mamy dostępne innowacyjne terapie dopasowane do konkretnego chorego (spersonalizowane). U niektórych pacjentów (nawet u 20%) możliwe jest uzyskanie wieloletniego przeżycia pomimo istnienia nowotworu. Niestety polscy chorzy na niedrobnokomórkowego raka płuca nie mają równego dostępu do innowacyjnych terapii. Trzy najistotniejsze problemy sprowadzają się do następujących braków w dostępności do leczenia:

1. Jedną z najnowocześniejszych metod leczenia NDRP jest immunoterapia. W Polsce refundowana jest terapia za pomocą pembrolizumabu w I. linii leczenia dla chorych na NDRP wykazujących ekspresję cząsteczki PD-L1 na ponad 50% komórek nowotworowych oraz niwolumabu w II. linii leczenia (czyli po niepowodzeniu chemioterapii) dla chorych na raka płaskonabłonkowego niezależnie od statusu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych. Istnieje duża grupa chorych (około 1500 - 2000) na niepłaskonabłonkowego raka płuca, którzy w II. linii leczenia są pozbawieni możliwości zastosowania immunoterapii. Są to pacjenci, którzy nie zakwalifikowali się do leczenia pembrolizumabem w I. linii leczenia. Skuteczność immunoterapeutyków (niwolumab, pembrolizumab, atezolizumab) w tej grupie chorych jest taka sama jak skuteczność niwolumabu u chorych na raka płaskonabłonkowego. Nie ma więc uzasadnienia dla pozbawiania tych pacjentów dostępu do immunoterapii. Zwłaszcza, że atezolizumab otrzymał pozytywną rekomendację Prezesa AOTMiT w marcu br. Dyskryminacja pacjentów wynika wyłącznie z rozpoznania rodzaju ich choroby, a nie ze skuteczności leczenia.

2. Personalizacja leczenia NDRP stała się możliwa dzięki wprowadzeniu terapii ukierunkowanych molekularnie. Można je stosować tylko u chorych z predyspozycjami genetycznymi co do skuteczności tego rodzaju leczenia. Ważne jest, żeby terapie ukierunkowane molekularnie były stosowane możliwie jak najszybciej po rozpoznaniu choroby. Ponieważ jest to najlepsze leczenie jakie można stosować u pacjentów z NDRP z pewnymi nieprawidłowościami genetycznymi, to należy te terapie zastosować już w I. linii leczenia. Z powodu pogorszenia stanu zdrowia mogą oni nie doczekać leczenia II. linii. Dlatego dużą niesprawiedliwością wymierzoną w chorych na NDRP jest stosowanie inhibitorów ALK (kryzotynib) dopiero w II. linii leczenia NDRP. Ponadto istnieją już inhibitory ALK nowej generacji (alektynib, cerytynib), które mogą być stosowane w I. linii leczenia jak również po wystąpieniu oporności na kryzotynib stosowany w I. i II. linii leczenia co daje pacjentom szansę na kilkuletnie przeżycie. Niestety w Polsce leczenie takie nie jest refundowane, a pacjenci z nieprawidłowościami genu ALK żyją nie dłużej niż 2 lata.

3. Bardzo dużym problemem jest brak dostępności do diagnostyki czynników kwalifikujących do immunoterapii lub terapii ukierunkowanych molekularnie w zależności od miejsca zamieszkania chorych na NDRP. Duże ośrodki zazwyczaj prowadzą tego rodzaju diagnostykę. Jednak ponad połowa chorych jest diagnozowana i leczona w szpitalach pozbawionych dostępu do diagnostyki genetycznej i do nowoczesnych metod leczenia. Niestety pacjenci ci poddawani są najczęściej chemioterapii bez weryfikacji, czy mogliby skorzystać z nowoczesnych metod leczenia NDRP.

