



## Lepszy dostęp do urologów i poszerzenie dostępu do nowoczesnych terapii to kluczowe kierunki dla poprawy sytuacji pacjentów z rakiem prostaty w Polsce

Rak prostaty to najczęściej diagnozowany nowotwór występujący u mężczyzn i druga przyczyna zgonów w populacji męskiej. Zarówno liczba zachorowań jak i zgonów niepokojąco rośnie. W ostatnich latach Polska jest państwem o największej dynamice wzrostu śmiertelności z powodu raka gruczołu krokowego w całej UE. Mamy narzędzia, aby poprawić sytuację, počawszy od przestrzegania zasad zdrowego stylu życia i profilaktyki, łatwiejszego i szybszego dostępu do urologa, refundacji nowoczesnych badań PET oraz poszerzenia dostępu do diagnostyki molekularnej, nowych terapii i uelastycznienia kryteriów włączenia do programu lekowego – wskazywali eksperci Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego podczas debaty z cyklu „Onkologia – Wspólna Sprawa”.

Rak prostaty jest zależny od czynników środowiskowych i naszego stylu życia np. diety, aktywności. - *Niestety mamy w Polsce rosnący trend rozpoznania w zaawansowanym stadium nowotworu gruczołu krokowego. Z jednej strony jest to nieuniknione z powodu starzenia się społeczeństwa. Pokutuje jednak niska świadomość społeczna i unikanie przez mężczyzn konsultacji urologicznych.* – mówił **prof. Tomasz Drewna**, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Mężczyźni nadal niewiele wiedzą o raku prostaty i konieczności regularnych konsultacji z urologiem po 40 roku życia (profilaktycznych jak i w przypadku występowania niepokojących objawów). W wielu przypadkach to partnerki lub małżonki przyprowadzają panów na badania. Co istotne, kobieta może pójść do ginekologa bez skierowania, mężczyzna, aby udać się do urologa potrzebuje skierowania od lekarza POZ (we wczesnych stadiach rak prostaty zwykle nie daje objawów). Dlatego eksperci PTU postulują zniesienie skierowań do urologa podobnie jak ma to miejsce w przypadku konsultacji onkologicznych. - *Pacjenci nie chcą często dzielić się z lekarzem rodzinnym szczegółami zdrowia intymnego i unikają rozmowy na ten temat.* - dodał **prof. Tomasz Drewna**. A czas oczekiwania na konsultację z urologiem jest obecnie zbyt długi.

Coraz więcej przypadków wykrywanych jest dopiero w stadium zaawansowanym, gdy pojawiły się już przerzuty. Tymczasem wczesne wykrycie raka prostaty zapewnia przeżywalność na poziomie 99,8%.

**Z jaką skalą problemu mamy do czynienia?** - 20% wszystkich zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn stanowi właśnie rak prostaty - to ok. 18000 zachorowań rocznie. Problem ten będzie się nasilał. Już 14% mężczyzn przekroczyło bowiem 65 r.ż. - dodał **prof. Paweł Wiechno**, Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego, Narodowego Instytutu Onkologii – PIB w Warszawie. - *Liczę na to, że powstanie szybka ścieżka wczesnej diagnostyki raka gruczołu krokowego w populacji narażonej na zachorowanie, w tym wskazania do badań PSA, w pierwszej kolejności w ramach kontaktu z lekarzem POZ. Ważny jest właściwy moment przekierowania dalej pacjenta do specjalisty.*

- *Należy pamiętać, że wynik badania PSA jest interpretowany w zależności od wieku pacjenta, biorąc pod uwagę ryzyko występowania raka prostaty w rodzinie. Na tej podstawie urolog zleca rezonans magnetyczny, a następnie biopsję i badania histopatologiczne. To pozwala na podjęcie optymalnej decyzji o leczeniu.* – podkreślił **Prof. Roman Sosnowski**, Kierownik Kliniki Urologii, Szpitala klinicznego MSWiA, Centrum Onkologii Ziemi Warmińsko-Mazurskiej w Olsztynie.

Jak pokazują doświadczenia międzynarodowe, nowoczesny screening raka prostaty, to proces złożony, nie tylko w oparciu o badanie PSA, ale też rezonans magnetyczny. Jak wskazywał prof. Tomasz Drewna taki screening kierowany do osób z czynnikami ryzyka, który powinny realizować specjalistyczne ośrodki. Pilotaż tego rozwiązania jest realizowany w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu.

**Z komentarzem [RS1]:** 18 tyś to wszystkie nowe zachorowania w roku, nie wiem czy jest to jednoznaczne w tym zdaniu, czy 18 tyś nie odnosi się do 20%.

**Z komentarzem [RS2]:** , objętości gruczołu krokowego, tempa zmiany stężenia PSA, biorąc ...

- *Najdokładniejszą metodą biopsji raka prostaty jest biopsja fuzyjna - pod kontrolą USG, gdzie pobiera się przezskórnie próbki tkanek z miejsc precyzyjnie wyznaczonych na podstawie badania rezonansem magnetycznym. Niestety, jest to metoda droga i nie refundowana – mówił Prof. Roman Sosnowski.*

Ekspert podkreślił potrzebę realizacji badań PET PSMA, które odgrywają dużą rolę w przypadku poszukiwania wznowy biochemicznej po leczeniu radykalnym. Jest to niezbędne narzędzie diagnostyczne, które pozwala na wcześniejsze wykrycie progresji i wdrożenie odpowiedniego leczenia.

- *Co istotne u kilkunastu procent pacjentów z rakiem prostaty występują także zaburzenia molekularne, dlatego należy wykonać także badanie mutacji genów BRCA1 i BRCA2, które pozwala określić, czy dany pacjent powinien być leczony terapią celowaną. – mówił prof. Jakub Kucharz z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego NIO-PIB w Warszawie.*

Niestety, jak wielokrotnie zostało podkreślone, od rozpoznania i pobrania materiału tkankowego do momentu zlecenia badania molekularnego u pacjenta często mijają lata, co wpływa na możliwości i jakość wykonania badania genetycznego. Ratunkiem dla pacjentów w tej sytuacji może być wykonywanie tych badań z wolnokrążącego DNA nowotworowego (ctDNA). Niestety refundacja tych badań nie jest możliwa w trybie ambulatoryjnym, a zatem pacjenci z rakiem gruczołu krokowego nie mają do nich szerokiego dostępu. Jednocześnie wszyscy eksperci jednogłośnie stwierdzili, że diagnostykę genów BRCA1/2 powinno wykonywać się na wcześniejszych etapach – już w momencie pobierania materiału tkankowego przez urologa.

**Podstawą** leczenia raka prostaty niskiego i średniego ryzyka jest chirurgia. Obecnie chirurgia robotowa wypiera już zabiegi laparoskopowe, a otwarte operacje chirurgiczne są coraz rzadsze. W Polsce dostępnych jest już 40 systemów robotycznych.

Dostęp do leczenia systemowego raka prostaty poprawia się. W 2022 r. objęto refundacją nowoczesne leki NHA dla pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego bez przerzutów (apalutamid, darolutamid, enzalutamid). W ubiegłym roku dokonano kolejnych zmian w zakresie dostępności do leczenia poprzez przeniesienie octanu abirateronu do katalogu chemioterapii, poszerzenie wskazań refundacyjnych dla apalutamidu i włączenie do programu lekowego B.56 „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61)” nowych terapii: kabazytakselu i olaparybu. W styczniu 2024 roku do refundacji trafił też pierwszy doustny antagonist receptoru GnRH ((relugolix) w leczeniu zaawansowanej postaci hormonozależnego raka gruczołu krokowego.

Wśród wyzwań w zakresie poprawy wyników leczenia zaawansowanego raka gruczołu krokowego są m.in. wycofanie z programu lekowego terapii izotopowej - rad-223 i ograniczenia w dostępie do leków hormonalnych nowej generacji NHA w hormonowrażliwym raku gruczołu krokowego z przerzutami (tylko jeden z leków NHA – apalutamid, jest obecnie refundowany w tym wskazaniu, a jego stosowanie jest ograniczone licznymi obostrzeniami). Dlatego program lekowy powinien być dalej uzupełniany o terapie z tej grupy dla populacji pacjentów z hormonowrażliwym rakiem prostaty z przerzutami (darolutamid i enzalutamid).

- *Leki mają różne działania i profile bezpieczeństwa, dlatego to lekarz powinien dobierać odpowiednie leczenie do potrzeb konkretnego pacjenta i mieć dostęp do kilku terapii. Nadal brakuje refundacji nowoczesnych terapii hormonalnych. - zaznaczył prof. Paweł Wiechno. - Jeden z bardzo obiecujących i naprawdę najmniej toksycznych nowoczesnych leków hormonalnych w leczeniu wczesnym pacjentów przerzutowych nie jest dla nas dostępny, bo nie jest refundowany, a na pewno byłby szeroko stosowany. Do tego mamy ograniczenia kiedy możemy zastosować konkretny lek (w ramach programu lekowego). – dodał.*

- *Dużym ograniczeniem w leczeniu pacjentów z rakiem prostaty jest niewielki dostęp do leczenia hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego, zapisy programu lekowego mocno zawężają populację, brakuje też części leków w refundacji. - dodał prof. Jakub Kucharz.*

Obecne kryteria wyłączenia z programu lekowego zakładają konieczność zakończenia terapii po wystąpieniu zmian w badaniach obrazowych lub przy zmianach biochemicznych, zamiast po stwierdzeniu jednoczesowej progresji obu wskaźników, tak jak opisują to aktualne wytyczne międzynarodowe. Tzn. że pacjentów, u których wystąpił jedynie nawrót biochemiczny (bez przerzutów w tradycyjnych badaniach obrazowych), wyłącza się z programu.

**Z komentarzem [RS3]:** polegająca na łączeniu obrazowania USG i rezonansu magnetycznego co pozwala na precyzyjne określenie obszarów podejrzanych o występowania raka prostaty. Pobranie wycinków tkankowych odbywa się na drodze dostępu przez skórę krocza (metoda preferowana) lub przez ścianę odbytnicy

**Z komentarzem [RS4]:** W szczególności określenie nosicielstwa wybranych genów powinno objąć chorych z agresywnym charakterem nowotworu, u których spodziewana jest progresja i którzy odniosą korzyści z zastosowania terapii celowanej m.in. inhibitorów PARP.

**Z komentarzem [RS5]:** Jedną z podstawowych metod leczenia ...

**Z komentarzem [RS6]:** blisko

**Z komentarzem [RS7]:** Wciąż jednak tylko niektóre ośrodki mogą zapewnić refundację takiego zabiegu co związane jest z ilością w skali roku wykonywanych prostatektomii.

Wszyscy eksperci podkreślali jak ważna jest współpraca urologa i onkologa oraz innych specjalistów w procesie leczenia pacjentów z rakiem prostaty oraz wzajemnej edukacji. Aby pogłębiać tę współpracę i wiedzę, podczas tegorocznego Kongresu Onkologii Polskiej odbędzie się specjalna sesja urologiczna – zapowiedział **prof. Piotr Rutkowski**, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

**Pełna relacja z debaty:**

<https://youtube.com/live/Nx49W67v288?feature=share>

---