

Gdańsk, dn. 20 czerwca 2006

W związku z wieloma nieprawidłowościami dotyczącymi leczenia hormonalnego raka gruczołu krokowego przedstawiamy zalecenia dotyczące leczenia hormonalnego raka gruczołu krokowego (na podst. EAU Guidelines. Pocket Edition 2, 2005):

Stopień zaawansowania	Rola hormonoterapii	Czas leczenia
T1a	<ul style="list-style-type: none"> nie stosowana 	
T1b-T2b	<ul style="list-style-type: none"> chorzy nie kwalifikujący się do radykalnego leczenia miejscowego, u których obecne są objawy wymagające paliacji w skojarzeniu z radioterapią (w wybranych przypadkach, w zależności od objętości gruczołu, stężenia PSA, stopnia złośliwości wg Gleasona) <ul style="list-style-type: none"> - jako leczenie indukcyjne i jednoczasowe - jako leczenie uzupełniające 	<p>do progresji</p> <p>3-6 miesięcy 2-3 lata, wg niektórych badań – do progresji</p>
T3-T4	<ul style="list-style-type: none"> u chorych nie kwalifikujących się do leczenia miejscowego, szczególnie w przypadku objawów wymagających paliacji w skojarzeniu z radioterapią 	<p>do progresji</p> <p>2-3 lata lub do progresji</p>
N+	<ul style="list-style-type: none"> postępowanie standardowe (również w przypadku chorych po prostatektomii, u których w badaniu hist-pat stwierdzono N+) 	do progresji
M+	<ul style="list-style-type: none"> postępowanie standardowe 	do progresji

Uwaga: w przypadku progresji w trakcie leczenia hormonalnego u chorych należy utrzymywać kastracyjny poziom testosteronu (można to również osiągnąć kastracją chirurgiczną).

Podstawą leczenia hormonalnego jest kastracja (farmakologiczna, tzn. analogi gonadotropin) lub chirurgiczna – w przypadkach planowanego „bezterminowego” leczenia, z ewentualnym dodatkiem antagonistów receptora androgenowego (tylko w indywidualnych wskazaniach).

Niemal identycznie sformułowane są polskie zalecenia zawarte w podręczniku „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych” pod red. M. Krzakowskiego

Zalecenia te są w Polsce (w tym w województwie pomorskim) nagminnie rozszerzane i obejmują chorych w stopniu T1-T2, u których hormonoterapia jest stosowana w miejsce chirurgii (prostatektomia) lub radioterapii. Sytuacja ta ma fatalne skutki medyczne – u wszystkich chorych po okresie poprawy (najczęściej mierzonej spadkiem stężenia PSA) dochodzi do nieuchronnego nawrotu choroby. W stopniu T1-T2 radykalne leczenie miejscowe pozwala uzyskać wysoki odsetek trwałych wyleczeń.

Dodatkowym aspektem sprawy jest nagminne stosowanie – zarówno w tej grupie chorych, jak i u chorych ze wskazaniami do hormonoterapii tzw. całkowitej blokady androgenowej, tj. dwulekowego schematu zawierającego lek z grupy antagonistów LHRH (goserelina) i leku antyandrogenowego (np. flutamid, bikalutamid). Nie ma żadnych dowodów naukowych, że takie leczenie jest skuteczniejsze od monoterapii analogiem LHRH, a koszty są oczywiście znacznie większe. Niemal zupełnie zarzucono wykonywanie kastracji chirurgicznej, która jest nieporównanie tańsza i co najmniej tak samo skuteczna jak leczenie analogiem LHRH.

Nagminnie spotyka się przypadki wielomiesięcznego, a nieraz wieloletniego leczenia hormonalnego chorych na wczesnego raka gruczołu krokowego. Chorzy ci trafiają do leczenia miejscowego dopiero w momencie progresji, często w stanie pozwalających wyłącznie na postępowanie paliatywne. W wielu wypadkach są to niewątpliwe błędy w sztuce lekarskiej.

Mając na względzie powyższe oraz zapisy § 30 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ nałoży szczególny nacisk na kontrolowanie ordynacji leków stosowanych w leczeniu hormonalnego raka gruczołu krokowego a w przypadkach stosowania leków w przypadkach nieuzasadnionych będzie zmuszony nałożyć na świadczeniodawców kary umowne stanowiące równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonanie refundacji.