



DIGESTIVE CANCERS
EUROPE



**Indeks raka jeter – stanje na
področju zdravljenja raka jeter
v EU**

Poročilo o ključnih ugotovitvah

Povzetek



Rak jeter je pomemben **svetovni javnozdravstveni problem**. Je peti najpogostejši rak in tretji najpogostejši vzrok smrti zaradi raka na svetu.¹ Leta 2020 je za rakom jeter zbolelo **87.000** Evropejcev, umrlo pa **78.000**.² Da bi izboljšali možnosti preživetja bolnikov z rakom jeter, moramo vsem zagotoviti, da bodo imeli v svoji državi na voljo visokokakovostne zdravstvene storitve. To lahko storimo tudi tako, da se seznanimo s stanjem na področju zdravljenja in obravnave raka jeter v posameznih državah članicah EU, s pomočjo zbranih podatkov pa odstranimo vse ovire na poti do najboljših oskrb.

S projektom smo želeli ugotoviti, kakšna je danes v EU **dostopnost do zdravljenja raka jeter** s poudarkom na **hepatocelularnem karcinomu (HCC)**,³ najpogostejši obliki primarnega raka jeter, in ustvariti zemljevid, ki bo jasno prikazoval dostopnost po posameznih državah EU.

V sodelovanju z **Evropskim združenjem za proučevanje jeter (EASL)**, **Evropskim združenjem bolnikov z boleznimi jeter (ELPA)**, **Mednarodnim združenjem za boj proti raku jeter (ILCA)** in **Mednarodnim gibanjem za boj proti raku jeter (ILCM)** smo sestavili spletno anketo s 33 vprašanji in jo razdelili med zdravnike, organizacije bolnikov in strokovnjake za javno zdravje. Njihove odgovore smo zbirali od 13. aprila 2023 do 31. julija 2023.

V raziskavi je sodelovalo **223 anketirancev iz 24 držav članic EU**. Rezultati zelo jasno odražajo znatne razlike v zdravljenju in oskrbi raka jeter med posameznimi članicami EU, pri čemer izstopa več vidikov, pri katerih države članice ne izpolnjujejo priporočil za na dokazih temelječe zdravljenje. Naše poročilo povzema ključne točke, za katere menimo, da jih je treba obravnavati in izboljšati. Vabimo vas k ogledu zemljevida, na katerem je predstavljen indeks raka jeter za posamezne države EU.



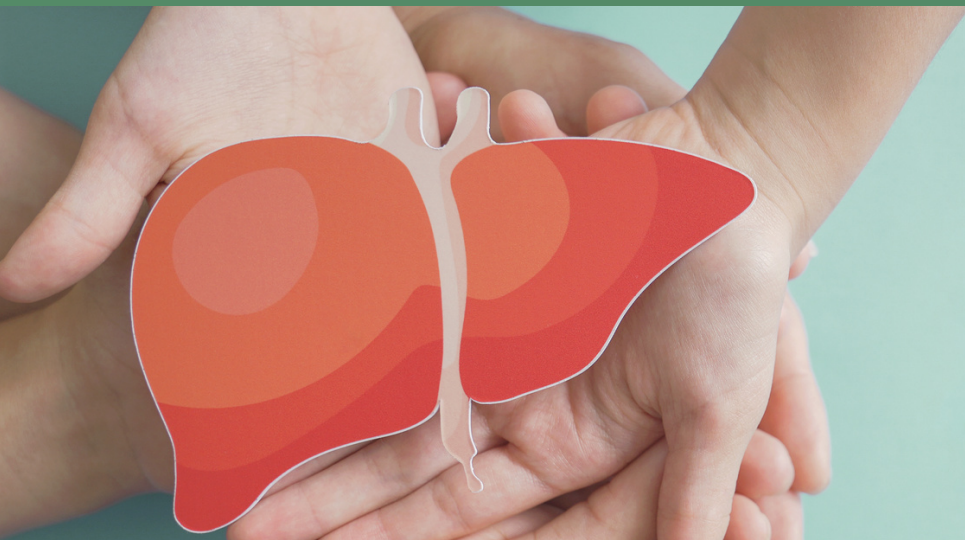
KLJUČNE UGOTOVITVE

Čeprav sta Evropsko združenje za internistično onkologijo (ESMO) in Evropsko združenje za proučevanje jeter (EASL) sestavila **Smernice za zdravljenje in obravnavo bolnikov z rakom jeter**, ki temeljijo na **barcelonski klasifikaciji stadijev raka jeter (BCLC)** je naša raziskava pokazala, da jih ne poznajo in upoštevajo v vseh državah EU. Pravzaprav ima kar 19 držav, ki smo jih zajeli v raziskavi oziroma anketi, svoje lastne smernice. V povprečju se smernice omenjenih dveh strokovnih združenj v EU upoštevajo v zgolj **50** do **75** odstotkih. To bi morali nujno spremeniti in poskrbeti, da bi smernice ESMO in EASL upoštevali v vseh državah EU.

Multidisciplinarna konziliarna obravnava je dokazano **najboljša pri zdravljenju bolnikov z rakom** in vpliva tudi na daljše preživetje bolnikov z jetrnim rakom.⁴ Naši rezultati žal kažejo, da **tovrstna obravnava ni dostopna vsem bolnikom z rakom jeter v EU**. Vse države članice bi si morale prizadevati, da jo zagotovijo, četudi zahteva velike organizacijske napore in spremembe.⁵

13 držav, ki jih je zajela naša anketa, nima vpeljanega sistema certificiranja za pridobitev akreditacije t.i. referenčnega centra za raka jeter. Države članice spodbujamo, da vlagajo v takšne sisteme certificiranja in jih tudi izvajajo. Vsi bolniki z rakom jeter bi se morali zdraviti v referenčnih centrih. Dokazano je, da vzpostavitev referenčnih centrov prispeva h kakovostnejši oskrbi bolnikov in posledično boljšim rezultatom zdravljenja.⁶

Anketa je še pokazala, da **presaditev jeter kot oblika zdravljenja raka jeter ni na voljo povsod**, v večini držav, kjer ta možnost je na voljo, pa je čakalna doba za presaditev več kot šest mesecev. To je vsekakor potrebno izboljšati in v ta namen bi morala EU spodbujati in podpirati transplantacijske programe, kot sta Eurotransplant in Scandiatransplant.



Presaditev jeter živih darovalcev (operacija, pri kateri se odstrani del jeter zdrave žive osebe in ki nadomesti bolnikova izvorna jetra) se izvaja v le **14 državah, ki smo jih zajeli v anke to**. To bi bilo vsekakor treba izboljšati.

Transarterijska kemoembolizacija (TACE) je standardna terapija pri stadiju II in neresektabilnem raku jeter, ko tumorja ni možno odstraniti s kirurškim posegom. Več kot **50 % anketirancev je navedlo, da se TACE ne sme izvajati pri bolnikih s to obliko jetrnega raka ali da se lahko izvaja le pri bolnikih, ki imajo drugačen stadij jetrnega raka**. V nekaterih okoliščinah je TACE lahko povezan z visoko stopnjo neuspešnosti zdravljenja, poslabšanjem delovanja jeter in slabo prognozo.⁸ Prav zato je ključnega pomena, da skrbno izberemo bolnike, ki so primerni kandidati za TACE. Bolniki z jetrnim rakom v napredovalih stadijih bolezni morajo imeti tudi dostop do vseh sistemskih terapij, ki jih je odobrila Evropska agencija za zdravila (EMA).

Naša raziskava je pokazala, da so v kar **11 od 24 državah članicah dostopne zgolj nekatere sistemske terapije, ki jih je odobrila EMA in ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje**. Čeprav je sorafenib na voljo v večini držav, so novejšje terapije (na primer kombinacija monoklonskih protiteles atezolizumaba in bevacizumaba) manj dostopne. Pozivamo vse države članice, naj si prizadevajo, da bodo vse sistemske terapije, ki jih je odobrila EMA, na voljo bolnikom iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kakovost življenja (QoL) je pogosto zanemarjen, a za bolnike z rakom izjemno pomemben vidik. Naši podatki kažejo, da **vprašalnike QoL redno uporabljajo v samo dveh državah članicah, izjema so klinične raziskave**. V idealnih razmerah bi morali med zdravljenjem in spremljanjem te vprašalnike ponuditi vsem bolnikom. Tovrstni vprašalniki so za zdravnike odlična povratna informacija o tem, kako uspešna sta zdravljenje in celostna obravnava, ki spremlja tudi druge vidike, ne zgolj preživetja.^{9,10}



IČe povzamemo, naše ugotovitve kažejo na **velike razlike v zdravljenju in oskrbi raka jeter v EU**. Te razlike je treba nujno nasloviti in poskrbeti, da bodo vsi bolniki imeli dostop do najboljše možne oskrbe, ki bodo temeljile na kliničnih smernicah.

Spodbujamo vse države članice, da sledijo smernicam ESMO in EASL in zagotovijo jasna priporočila za obravnavo bolnikov z rakom jeter. Pri kazalnikih uspešnosti zdravljenja pa bi se morala upoštevati tudi kakovost življenja in ne le preživetje. Vse zainteresirane strani bi morale upoštevati te smernice in jim slediti.

Pri obravnavi raka jeter je ključno poudariti, da mora biti izbira ustreznega zdravljenja individualna in personalizirana. Individualnost oziroma personaliziranost je odvisna od različnih dejavnikov, vključno od osnovne funkcije jeter, lokacije in velikosti tumorja, njegovih molekularnih značilnosti in bolnikovega splošnega zdravstvenega stanja.

Pomembno se je zavedati, da je prognoza v najtesnejši odvisnosti od tega, kako hitro in v katerem stadiju je bolezen odkrita⁽¹¹⁾. Največji dejavnik tveganja za nastanek raka jeter je ciroza (brazgotinjenje) jeter, ki jo lahko povzročijo virusni hepatitis B in C, prekomerno pitje alkohola ter nealkoholna maščobna jetrna bolezen. **Ciroza je kriva za kar 90 % primerov raka jeter.¹² Presejanje za raka na jetrih pri ljudeh, pri katerih obstaja veliko tveganje za razvoj te bolezni, se priporoča kot zanesljiva metoda za zmanjšanje umrljivosti,¹³ zato ga je treba izvajati v skupinah z visokim tveganjem.**

Le z usklajenimi in trdnimi prizadevanji bomo v EU lahko znižali uničujoči vpliv, ki ga ima rak jeter na posameznike in skupnost.

VIRI

- 1.** Liver Cancer Care Collaborative Projects - EASL-The Home of Hepatology.
<https://easl.eu/liver-cancer-care-collaborative-projects/>.
- 2.** Liver Cancer: Europe's Public Health Ticking Time Bomb - Health Policy Watch.
<https://healthpolicy-watch.news/liver-cancer-europe/>.
- 3.** Hepatocellular Carcinoma - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644603/#>.
- 4.** Sinn, D. H. et al. Multidisciplinary approach is associated with improved survival of hepatocellular carcinoma patients. PLoS One 14, e0210730 (2019).
- 5.** Specchia, M. L. et al. The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. BMC Health Serv Res 20, (2020).
- 6.** Oberst, S. Bridging research and clinical care – the comprehensive cancer centre. Mol Oncol 13, 614 (2019).
- 7.** Shimose, S. et al. Indication of suitable transarterial chemoembolization and multikinase inhibitors for intermediate stage hepatocellular carcinoma. Oncol Lett 19, 2667 (2020).
- 8.** Piscaglia, F. & Ogasawara, S. Patient Selection for Transarterial Chemoembolization in Hepatocellular Carcinoma: Importance of Benefit/Risk Assessment. Liver Cancer 7, 104 (2018).
- 9.** Weinfurt, K. P. & Reeve, B. B. Patient-Reported Outcome Measures in Clinical Research. JAMA 328, 472–473 (2022).
- 10.** Kluzek, S., Dean, B. & Wartolowska, K. A. Patient-reported outcome measures (PROMs) as proof of treatment efficacy. BMJ Evid Based Med 27, 153–155 (2022).
- 11.** Primary Liver Cancer Treatment (PDQ®) - NCI.
https://www.cancer.gov/types/liver/hp/adult-liver-treatment-pdq#_64.
- 12.** Llovet, J. M. et al. Hepatocellular carcinoma. Nature Reviews Disease Primers 2021 7:1 7, 1–28 (2021).
- 13.** Singal, A. G., Lampertico, P. & Nahon, P. Epidemiology and surveillance for hepatocellular carcinoma: New trends. J Hepatol 72, 250–261 (2020).



DIGESTIVE CANCERS EUROPE

V SODELOVANJU Z:



ILCM





© Digestive Cancers Europe, 2023

Ta dokument je bil mogoč s finančno podporo **AstraZeneca**, **Daiichi-Sankyo** in **Roche**. Financerji niso imeli nobene vloge pri vsebini ali oblikovanju tega dokumenta.

Ta dokument in njegovo vsebino je dovoljeno brezplačno razmnoževati, omenjati in prevajati pod pogojem, da je naveden vir.

Za več informacij:

www.digestivecancers.eu