



**DIGESTIVE CANCERS  
EUROPE**



**Nemzetközi Májrák Index –  
a májrák kezelése az EU-ban  
Jelentés a legfontosabb  
kutatási eredményekről**

**Vezetői összefoglaló**



A **májrák** jelentős **globális egészségügyi probléma**. Ez az ötödik leggyakoribb rák és a harmadik leggyakoribb rákkal kapcsolatos halálok világszerte. 2020-ban **87.000** európai páciensnél diagnosztizáltak májrákot. Sajnos ugyanebben az évben **78.000**-en haltak meg ebben a betegségben. A májrákos betegek túlélési esélyeinek javítása érdekében biztosítanunk kell, hogy helyben magas színvonalú egészségügyi szolgáltatások álljanak rendelkezésre. Ennek egyik módja az, ha felmérjük, hogy **az egyes európai országokban rendelkezésre állnak-e a májrák elleni kezelési lehetőségek**, és az összegyűjtött adatok felhasználásával elhárítunk minden olyan akadályt, amely korlátozhatja a legjobb ellátáshoz való hozzáférést.<sup>1,2</sup>

Projektünk célja az volt, hogy feltérképezzük a **májrák kezelésének elérhetőségét**, különös tekintettel a **hepatocelluláris karcinómára (HCC)**, az elsődleges májrák leggyakoribb típusára az Európai Unióban (EU).

Ezzel együtt létrehoztunk egy térképet is, amely megmutatja, az egyes országokban jelenleg milyen kezelések elérhetőek. Az **Európai Májkutató Szövetséggel (EASL)**, az **Európai Májbetegek Szövetségével (ELPA)**, a **Nemzetközi Májrák Szövetséggel (ILCA)** és a **Nemzetközi Májrák Mozgalommal (ILCM)** együttműködve kidolgoztunk tehát egy 33 kérdésből álló online felmérést. Ezt elküldtük a klinikusok, betegszervezetek és közegészségügyi szakértők csoportjainak, hogy 2023. 04. 13. és 2023. 07. 31. között válaszoljanak a kérdőív kérdéseire.<sup>3</sup>

A felmérésben az **Európai Unió 24 tagállamából összesen 223 személy** vett részt. Eredményeink a májrák kezelésében és gondozásában Uniószerinti tapasztalható jelentős különbségeket mutatnak. Ezek számos olyan fontos szempontot emelnek ki, ahol a tagállamok nem teljesítik a tudományos bizonyítékokon alapuló kezelési ajánlásokat. Az alábbi jelentés összefoglalja kutatási projektünk legfontosabb eredményeit, amik további vizsgálatot és cselekvést igényelnek. Tekintse meg a [májrák index térképét](#), hogy megismerje az országonként lebontott adatokat.





# KULCSFONTOSÁGÚ LELETEK

Bár nincs megállapodás a májrákos betegek egységes kezelési stratégiájáról, az Európai Klinikai Onkológiai Társaság (ESMO) és az Európai Májkutató Szövetség (EASL) **klinikai gyakorlati irányelvei** egyértelmű ajánlásokat fogalmaznak meg a **Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) besorolási rendszere** alapján meghatározott legjobb gyakorlatnak megfelelő ellátásról. Eredményeink azt mutatják, hogy nem minden tagállam ismeri ezeket az iránymutatásokat. Valójában az általunk vizsgált országok közül 19-nek saját konkrét kezelési iránymutatásai vannak, de a résztvevők ezekkel sem voltak tisztában. **Az irányelveket átlagosan 50-75% között tartják be.** Alapvető fontosságú, hogy növeljük a kezelési irányelvekkel kapcsolatos tudatosságot, és biztosítsuk azok megfelelő betartását. Az EASL ajánlásával összhangban azt tanácsoljuk továbbá minden érintett szakértőnek, szövetségeiknek és szervezeteiknek, hogy közösen dolgozzanak ki egységes klinikai iránymutatásokat, és hogy az EU és a tagállamok támogassák ezt az erőfeszítést.

A **multidiszciplináris onkoteameket (MDT)** széles körben **a rákkezelés legjobb gyakorlataként ismerjük.** Ezenkívül bebizonyosodott, hogy a multidiszciplináris megközelítés a májrákos betegek jobb túlélését eredményezi. Eredményeink arra utalnak, hogy a **multidiszciplináris kezelés nem minden májrákos beteg számára hozzáférhető a tagállamokban.**

Igaz, hogy a multidiszciplináris ellátás minden májrákos páciens számára történő biztosítása szervezeti kihívásokat és kulturális változásokat is jelent, az ilyen erőfeszítések jelentősen javíthatják a betegek általános kezelési eredményeit.<sup>4,5</sup>

**A 24 részt vevő tagállamból 13-ban nincs tanúsítási rendszer a kórházak/klinikák "májrák szakértői központként" történő akkreditálására.** Arra ösztönözzük a tagállamokat, hogy ruházzanak be ilyen tanúsítási rendszerek létrehozásába és bevezetésébe. Ezenkívül minden májrákos beteget olyan központokban kell kezelni, amelyek megszerezték a "szakértői központ" tanúsítványt. A szakértői központ tanúsításának rendszere bizonyítottan hozzájárul az ellátás jobb minőségéhez, a tudományos szigor következetes biztosításához és a jobb eredményekhez.<sup>6</sup>

Megállapításaink arra is utalnak, hogy **májrákos betegeknél nem végeznek rendszeresen májátültetést minden tagállamban.** A legtöbb tagállamban a transzplantációra való várakozási idő meghaladja a hat hónapot. Javítani kell a májrákos betegek transzplantációhoz való hozzáférését. Ennek elérése érdekében az EU-nak ösztönöznie és támogatnia kell az olyan összehangolt, országokon átívelő kezdeményezéseket, mint az Eurotransplant és a ScandiTransplant.



Ezenkívül **a 24 résztvevő tagállamból 10-ben nem végeznek élődonoros májátültetést** (olyan műtét, amelynek során eltávolítják egy egészséges, élő személy májának egy részét, és azzal helyettesítik a beteg eredeti máját). Ezt a lehetőséget tovább kell vizsgálni, mivel ez a transzplantáció jobb elérhetőségéhez és a transzplantációra jelölt várakozási idejének rövidüléséhez vezethet.

**A transzarteriás kemoembolizáció (TACE) a nem reszekábilis (műtéttel el nem távolítható) közepesen előrehaladott májrák standard terápiája.** A tagállamok válaszadóinak **több mint 50%-a jelezte, hogy a TACE nem végezhető el a májrák ezen stádiumában szenvedő betegeknél,** vagy csak olyan betegeknél elérhető, akiknek májrákja más stádiumban van. Bizonyos körülmények között a TACE magas kezelési sikertelenségi aránnyal, romló májfunkcióval és rossz prognózissal járhat. Ezért döntő fontosságú, hogy gondosan mérlegeljük azokat a feltételeket, amelyek alapján a TACE mellett lehet dönteni.<sup>7,8</sup>

A betegség előrehaladott stádiumában lévő májrákos betegek számára szintén hozzáférést kell biztosítani az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) által jóváhagyott összes szisztémás terápiához. Felmérésünkéből kiderült, hogy **a 24 tagállamból 11-ben csak az EMA által jóváhagyott egyes szisztémás terápiák érhetők el és kapnak teljes költségtérítést** (azaz a beteget nem terheli semmilyen költség). Bár a szorafenib a legtöbb országban elérhető, az újabb terápiák (például az atezolizumab és a bevacizumab monoklonális antitest kombinációja) kevésbé széles körben állnak rendelkezésre. Határozottan felszólítjuk a tagállamokat, törekedjenek arra, hogy az EMA által jóváhagyott valamennyi szisztémás terápiát könnyen és ingyenesen elérhetővé tegyék a betegek számára.

Az életminőség (QoL) gyakran elhanyagolt, de kritikus szempont a betegek várható eredményei szempontjából. Adataink azt mutatják, hogy **a 24 tagállamból 22-ben nem használnak QoL-kérdőíveket, kivéve esetleg klinikai vizsgálatok során.** Ideális esetben QoL kérdőíveket kellene alkalmazni a kezelés és a nyomon követés során. A betegek által jelentett kimenetel, mint például a QoL, az egyszerű túlélésen túl segítenek a klinikusoknak a kezelés sikerének mérésében.<sup>9,10</sup>



Megállapításaink szerint **Unió-szerte jelentős különbségek vannak a májrák kezelésében és gondozásában.** Ezekkel foglalkozni kell, ha azt akarjuk, hogy minden beteg a jól bevált gyakorlatokon alapuló ellátáshoz férjen hozzá. Arra ösztönözzük az EU-t és az összes tagállamot, hogy kövessék az ESMO és az EASL iránymutatásait, valamint az ESMO és az EASL iránymutatásaira építve **közösen hozzanak létre egységes, harmonizált kezelési elveket, amelyek világos és tömör ajánlásokat tartalmaznak és meghatározzák a májrák ellátásának standardját.** Ezeknek az irányelveknek az életminőséggel is foglalkozniuk kell, nem csak a túléléssel, hiszen az is a kezelés sikerének meghatározó szempontja. Valamennyi érdekelt fél figyelmét fel kell hívni ezekre az iránymutatásokra, és a lehető legszélesebb körben meg kell osztani azokat.

Alapvető fontosságú, hogy a májrák megfelelő kezelésének kiválasztása összetett és egyénre szabott folyamat. Ez a komplexitás különböző tényezőkből ered, mint a beteg alapvető májfunkciója, a tumor helye, mérete és jellemzői, valamint a beteg általános egészségi állapota.

Míg számos kezelés célja a hosszú távú túlélés, minél korábban észleljük a rákot, annál jobb a beteg prognózisa. Viszonylag egyszerű annak felmérése is, hogy kinél nagyobb a májrák kialakulásának kockázata. A májrák legjelentősebb kockázati tényezője a cirrózis (a máj hegesedése), amelyet vírusos hepatitis B és C, az alkohollal kapcsolatos és a nem alkoholos zsírmáj okozhat. **A májrákos esetek legfeljebb 90%-a fordul elő cirrózisban szenvedő betegeknél. A májrákszűrés nagyon hatékonyan csökkenti a halálozás arányát olyan személyeknél, akiknél magas a betegség kialakulásának kockázata.** Ezért van szükség rendszeres májrákszűrésre a magas kockázatú csoportokban.

Az EU és a tagállamok összehangolt és következetes erőfeszítései révén hatékonyan küzdhetünk a májrák<sup>11,12,13</sup> egyénekre és közösségekre gyakorolt pusztító hatása ellen.



# HIVATKOZÁSOK

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](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

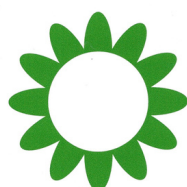
EGYÜTTMŰKÖDÉSSEN:



ILCM



A MAGYAR TERJESZTÉST TÁMOGATJA:



Gyógyulj  
Velünk  
Egyesület



© Digestive Cancers Europe, 2023

Ez a dokumentum az AstraZeneca, a Daiichi-Sankyo és a Roche cégek pénzügyi támogatásával készült. A támogatóknak nem volt szerepük a dokumentum tartalmában vagy kialakításában.

Ez a dokumentum és annak tartalma ingyenesen sokszorosítható, megemlíthető és lefordítható, feltéve, hogy a forrást feltüntetik.

További információért:  
[www.digestivecancers.eu](http://www.digestivecancers.eu)