Presisjonsbehandling

Hva er det egentlig?
Og hvorfor virker immunterapi på noen og ikke på andre?

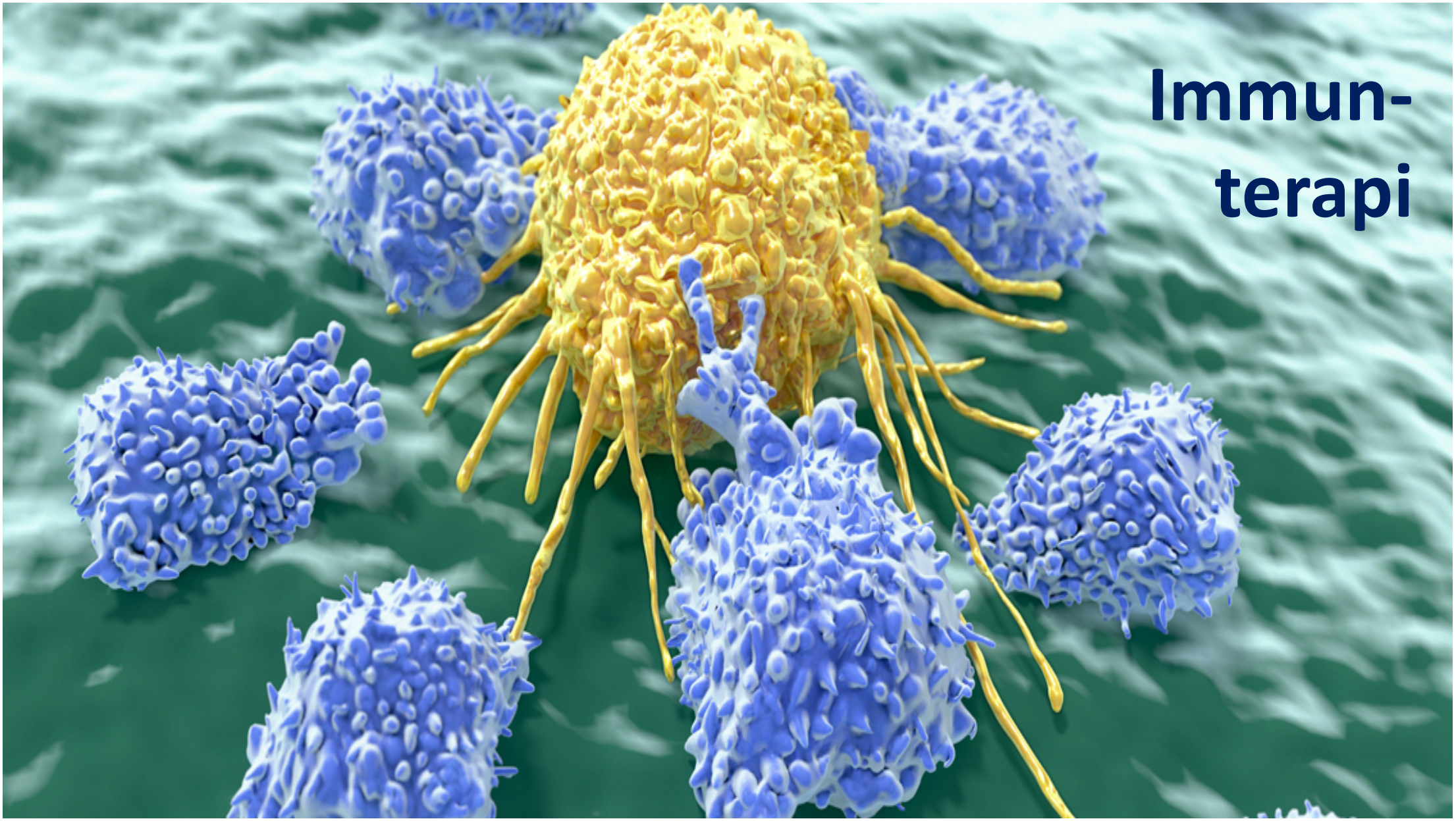


Odd Terje Brustugun
Onkolog dr med
Onkologisk seksjon, Drammen sykehus

Presisjonsonkologi?

- en innovativ tilnærming til kreftbehandling som sikrer at behandlingen din er spesielt designet og målrettet mot din unike kreftform

Hva er egentlig immunterapi?


Immun-
terapi

Noen eksempler



DØDSSYK: Matias Wilberg har uhelbredelig føflekkreft med spredning. Men den kostbare medisinen han trenger blir ikke finansiert av norsk helsevesen. (Foto: Magnus Nøkland/TV 2)

Matias (20) får ikke medisinen som kan forlenge livet hans

Grunnen er at medisinen koster 800.000 kroner – og norske myndigheter har ikke bestemt seg for om staten skal finansiere den effektive medisinen, som har vært i bruk i et halvt år i Danmark.

Anine Hallgren

20.03.2012

Debatt

debatt@dn.no

En næring uten samfunnsansvar?

Prisspiralen på kreftlegemidler er svært uheldig. Den utfordrer retten til like helsetjenester.

Å utvikle legemidler er en kostbar affære - anslagsvis ca. én milliard dollar for et nytt kreftlegemiddel. Legemiddelfirmaet må få investeringen tilbake med fortjeneste. Men hvor stor skal fortjenesten være?

Det kommer nå en rekke kreftmedisiner som alle er meget høyt priset. Hittil har de fleste nye medikamenter vært aktuelle for kun små pasientgrupper, og utviklingskostnaden må fordeles på relativt få pasienter. Pris per pasient er ofte flere hundre tusen kroner per år.

Nå kommer dyre medikamenter som kan benyttes hos en stor andel av kreftpasientene, den såkalte immunterapien som stimulerer kroppens eget immunsystem til å angripe kreftcellene, og som kan gi meget god og langvarig effekt i stor grad uavhengig av kreftform. Men også disse «folkelegemidlene» blir priset meget høyt, rundt én million kroner per pasient per år.

Bare i Norge kan slik medisin bli aktuell for mange tusen kreftpasienter årlig, med tilsvarende mange milliarder i utgifter.

Problemstillingen er om de raskt økende medikamentutgiftene er mulig å håndtere innenfor et offentlig helsevesen.

Med en utviklingskostnad på ca. åtte milliarder kroner og én million i inntekt per pasient per år, så må kun 8000 pasienter behandles i ett år for å dekke utviklingskostnaden. Produksjonskostnad er lav selv for kompliserte stoff som disse, noen få titusen kroner for ett års behandling.

Det er blitt en global oppmerksomhet rundt disse spørsmålene - det er rett og slett ikke penger nok til å betale for disse medikamentene til store pasientgrupper.

Ved den største kreftkongressen i verden, ASCO, ble i år legemiddelprisene satt på dagsorden. Og i august publiserte det anerkjente tidsskriftet Mayo Clinic Proceedings et interessant opprop, 118 av de fremste kreftspesialistene i USA underskrev på et krav om betydelig reduksjon i kreftlegemiddelprisene fordi kostnaden skader både pasienter og helsevesen.



Hittil har de fleste nye medikamenter vært aktuelle for kun små pasientgrupper, og utviklingskostnaden må fordeles på relativt få pasienter, skriver artikkelforfatterne. Her fra et labratorium ved avdeling for kreftbehandling på Radiumhospitalet i Oslo. Foto: Lise Åserud, NTB Scanpix

Innlegg
Odd Terje Brustugun
Øystein Fløtten

De pekte blant annet på at forhandlinger om legemiddelpriser i USA er nærmest ikke-eksisterende siden Medicare, den viktigste offentlige finansieringskilden for helse, ikke får diskutere pris med legemiddelfirmaene. Man må akseptere den prisen som blir diktert. Interessant nok hadde alle nye godkjente kreftmedikamenter i USA i 2014 en pris for ett års behandling på over 120.000 dollar.

Prissettingen i USA er styrende i verden. Det er mulig å forhandle priser hos oss, men siden helsemarkedet er globalt ønsker ingen å flagge avtaler som inngås, og hemmelighold er innført både i Norge og utlandet.

I september anbefalte danske myndigheter at sykehusene erstattet en cellegift med et nytt immunterapi-medikament ved lungekreft. Forhandlet pris på denne medisinen er hemmelig. I Norge er prisen som legemiddelfirmaet foreslår for medikamentet en drøy million for ett års behandling, og våre beslutningsorganer har foreløpig landet på at dette ikke kan gis fra offentlige sykehus. Medikamentene er som kjent allerede tilgjengelige i det norske private helsemarked.

Det er et paradoks at vi mer enn gjerne deltar i klinisk utprøving av nye medikamenter, men når de er ferdig studert og funnet virksomme, så har vi ikke mulighet å ta dem i bruk.

Prisspiralen vi har sett innen kreftlegemidler er svært uheldig, først og fremst for pasientene som går glipp av vesentlig behandling, men også for helsevesenet og samfunnet som helhet. Den grunnleggende retten til like helsetjenester utfordres.

> **Det er betimelig å stille spørsmålet om legemiddelindustrien er sitt samfunnsansvar bevisst. Skal man kun gå etter profittmaksimering, eller kan det tenkes at det på lengre sikt faktisk vil være en fordel, også for industrien selv, å legge seg på et prisnivå som er bærekraftig**

Det er betimelig å stille spørsmålet om legemiddelindustrien er sitt samfunnsansvar bevisst. Skal man kun gå etter profittmaksimering, eller kan det tenkes at det på lengre sikt faktisk vil være en fordel, også for industrien selv, å legge seg på et prisnivå som er bærekraftig?

Myndighetene ved sine forhandlingsdelegasjoner har en viktig og krevende jobb å gjøre for å sikre at prisene blir akseptable slik at medikamentet kan tas i generell bruk. Men det er også avgjørende at disse forhandlingene gjennomføres hurtig - som i Danmark, slik at pasienter får raskest mulig tilgang til nye behandlingsmuligheter. Dette krever innsats og engasjement fra begge parter - ikke minst fra industrien.

Odd Terje Brustugun, overlege dr. med, avd. for kreftbehandling ved OUS-Radiumhospitalet, leder i Norsk lungekreftgruppe, og **Øystein Fløtten**, seksjonsoverlege ved lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, nestleder i Norsk lungekreftgruppe

2-delt helsevesen?



Bergens Tidende

NR. 299 UKE 45 - 2015 - 148. ÅRGANG LØSSALG KR 30

TORSDAG
5. NOVEMBER

Siv Jensen, Frp-leder

«Nå kan Frp få det SV aldri fikk: En god nok sak å komme ut av regjering på.»

KOMMENTAR // SIDE 3

Gravde frem mann fra ras

NYHETER // SIDE 10–11

SJOKKERENDE BILDER: Helseministeren må gi Bergen all mulig drahjelp i ruspolitikken.

LEDER // SIDE 2

Politiet tar opp Dungsaken igjen

NYHETER // SIDE 4

Når norske sykehus må si nei til dyre medisiner, kan denne mannen si ja

FOTO: HÅVARD BJELLAND

PASIENTER MED HELSEFORSIKRING: Vidar Arnulf er medisinsk ansvarlig i Vertikal Helse, det største selskapet i Norge på helseforsikringer. De siste årene har selskapet betalt kostbar behandling for flere kreftpasienter som norske sykehus må si nei til. Noen pasienter er også sendt til utlandet.

NYHETER // SIDE 6–7



STØRE SNUR: Helseminister Jonas Gahr Støre (Ap) overprøver Helsedirektoratet og tillater likevel finansiering av den kostdyre kreftmedisinen Ipilimumab. TV 2 har tidligere fortalt om kreftsyke Matias Wilberg (t.v), som opplever at svulstene i kroppen hans blir mindre etter behandling med Ipilimumab. *Foto: Ida Falch-Olsen/Håkon Mosvold Larsen / NTB scanpix/TV 2*

Støre sier ja til kreftmedisin

Helseminister Jonas Gahr Støre (Ap) overprøver Helsedirektoratet og sier ja til den livsforlengende medisinen ipilimumab som hjelper mot føflekkreft.

Christofer Kjos Gabrielsen
ckg@tv2.no

Publisert 12.03.2013 19.58
Oppdatert 12.03.2013 20.30

Del med andre:



BIVIRKNINGER: Kreftsyke Matias Brenna Wilberg (20) fra Kjeller i Akershus opplevde store bivirkninger av den omdiskuterte medisinen Ipilimumab, og måtte avslutte behandlingen. (Foto: Privat)

Kreftsyke Matias (20) fikk store bivirkninger av omstridt medisin

– Det går ikke så bra, forteller Matias Wilberg.

Guri Gunnes Oppegård



SOVNET INN: Matias Brenna Wilberg (21) hadde føflekkreft med spredning og var en av pasientene som kjempet for at medisinen Ipilimumab skulle bli tilgjengelig for norske pasienter. Foto: PRIVAT

Matias (21) tapte kampen mot kreften

Familien takker for støtten

Han tok kampen for bedre kreftmedisiner på vegne av mange norske pasienter. Fredag kveld sovnet Matias Brenna Wilberg (21) inn med familien rundt seg.

Av MONA GRIVI NORMAN
Oppdatert 19. oktober 2013



Christine Kohts nye ansikt

Kraftig kortisonbehandling har forandret utseendet til kreftsyke Christine Koht (52). Det vil hun gjerne snakke om. Og vise frem. – Jeg skal gå ut! Så rakrygget jeg kan. Det er mitt samfunnsoppdrag.

Joachim Førsund

6. juni 2019 07:55 18:02

Etter tre kurer med immunterapi angrep hennes eget immunforsvar leveren hennes, og hun måtte behandles med store doser kortison.

Og står man på mye kortison over lang tid, risikerer man at immunforsvaret svekkes, og at utseendet forandres: Kroppsfasongen endres fordi fettet fordeles annerledes på kroppen, man får hårvekst i fjeset, og mange får et såkalt måneansikt.

– Det er visst mange som ser sånn ut, sier Koht. – Man ser dem bare ikke.

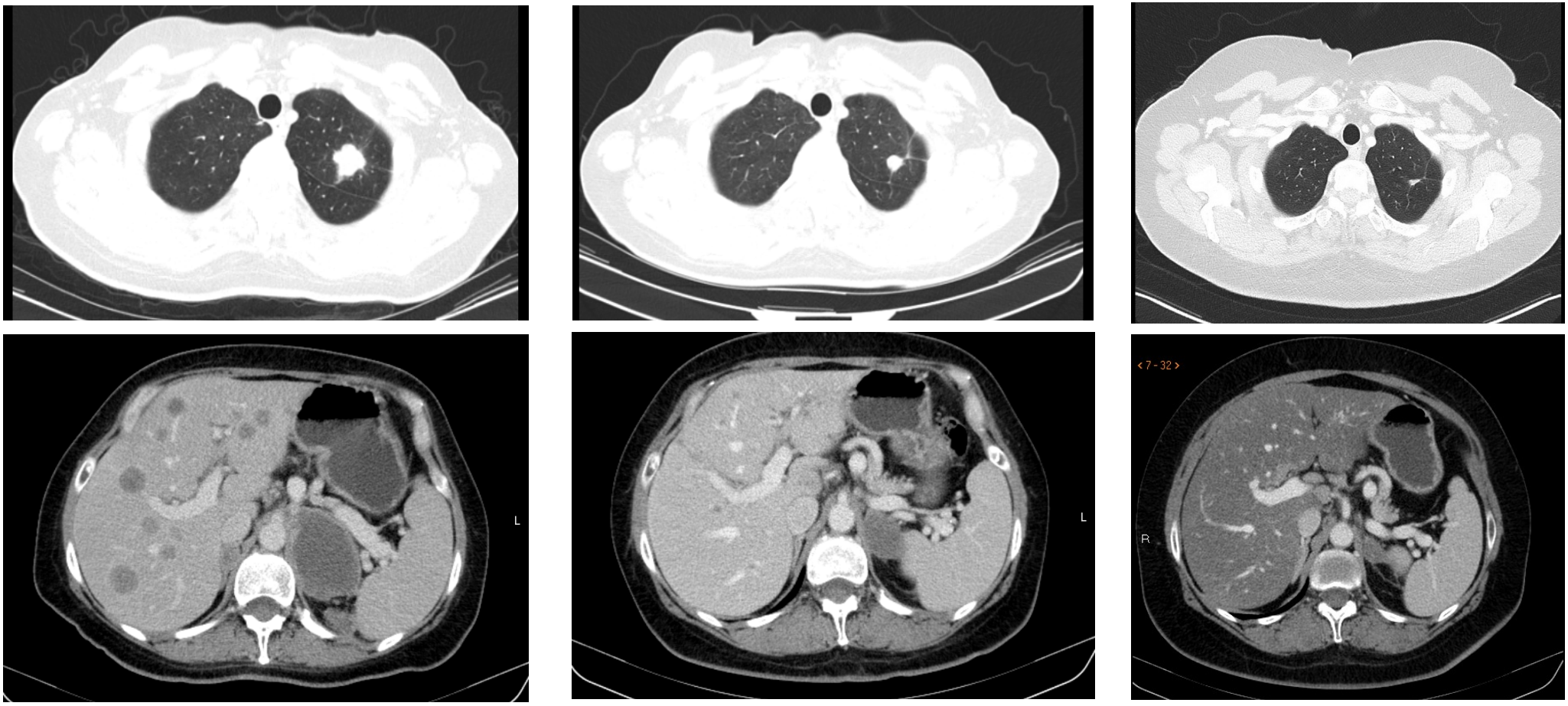
– Hvorfor ikke?

– Fordi de skammer seg. De tør ikke å gå ut. Jeg har snakket med handicapforbundet om det. Og med leger her. Over hele landet sitter det folk som er syke, eller har fått en skade. De har månefjes eller andre skavanker. De går ikke ut, fordi de skammer seg. Du vet jo hvordan det er selv?

– Hva mener du?

– Hvis du ser et menneske som ser veldig annerledes ut, så tenker du fort at hun der, hun er ikke helt normal. Ikke sant? Man tenker kanskje ikke at de er dumme, men man gjør seg noen tanker likevel. Sånn tror jeg alle har det.

Trebarnsmor i førtiårene. Immunterapi fra juli ‘15



Juli 2015

Nov 2015

Aug 2019



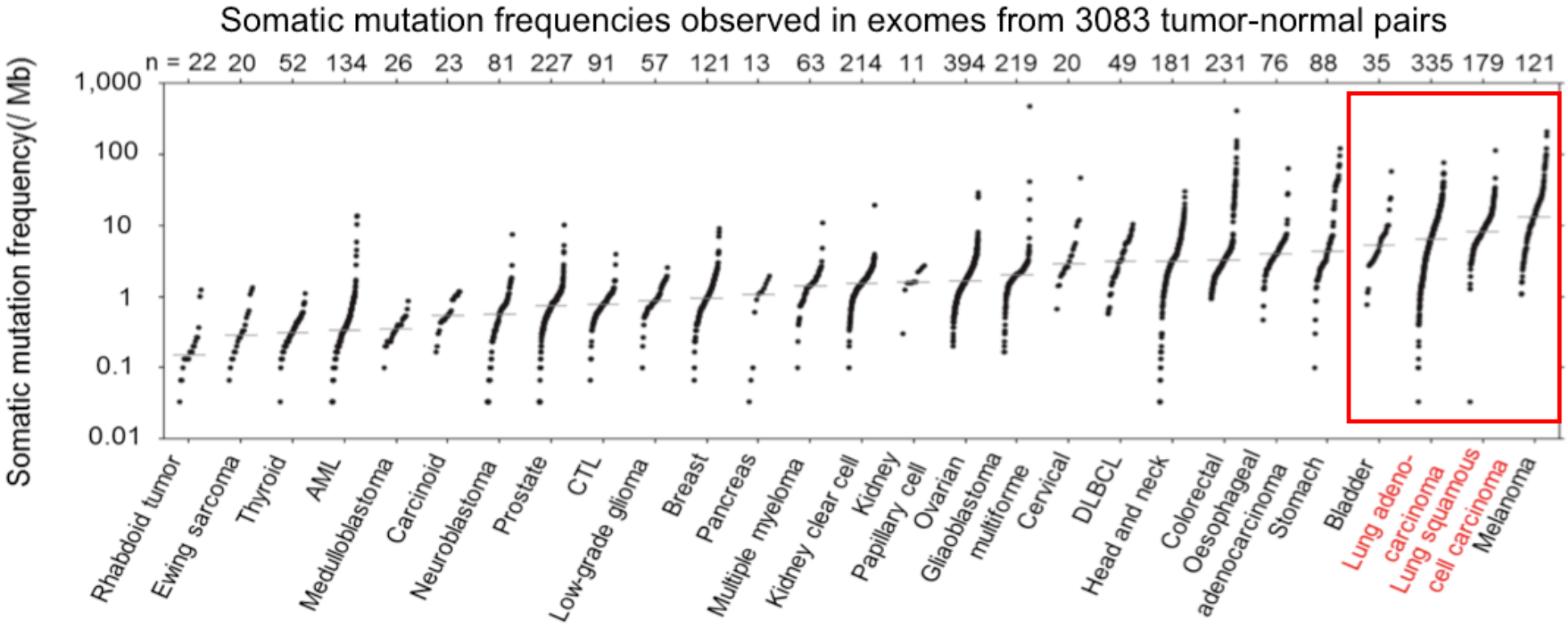
Lungekreften hadde spredt seg til hjerne og lymfer – overlevde

TV2, kveldsnyhetene, 22.4.19

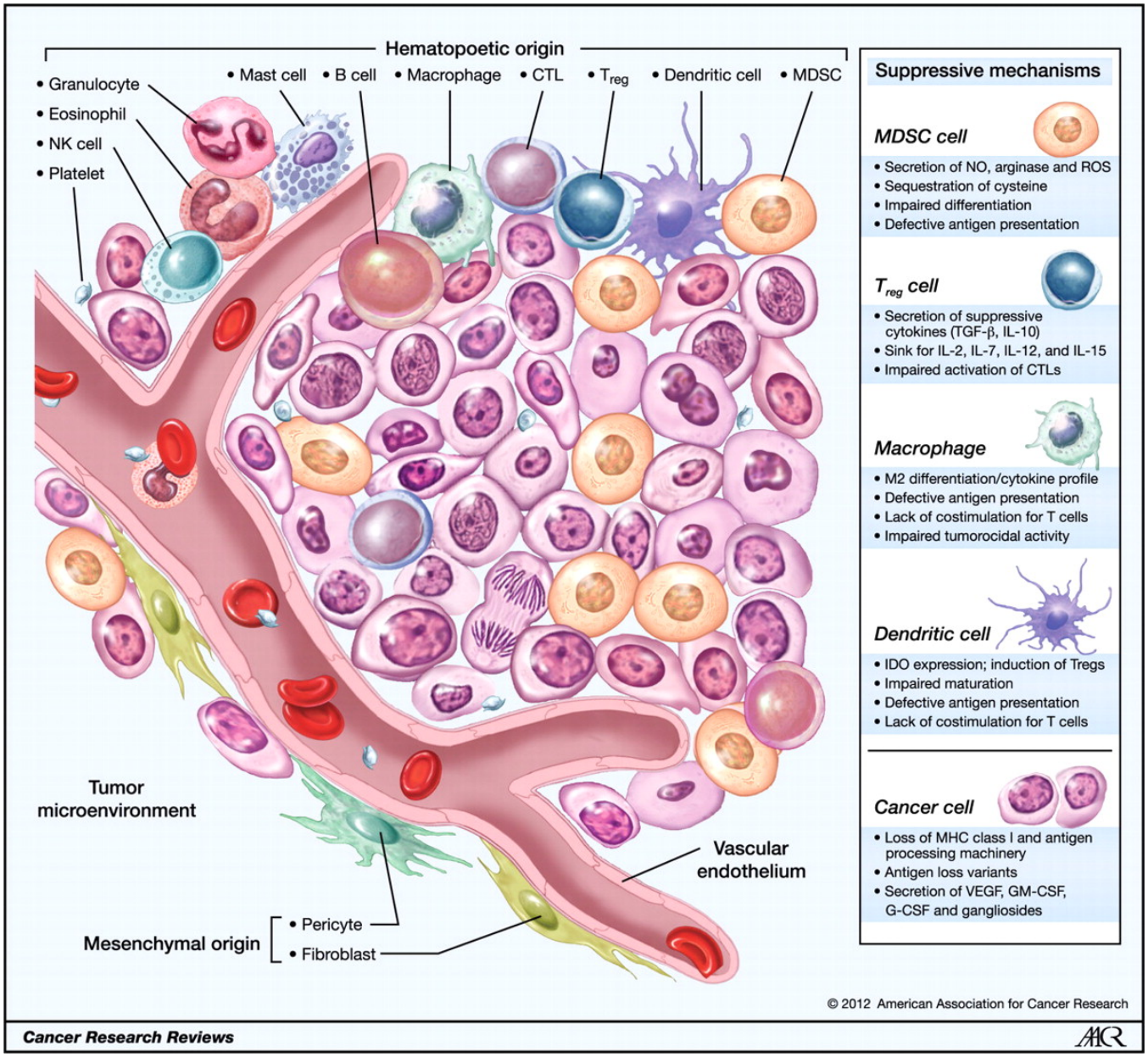
Hvorfor får ikke alle effekt?

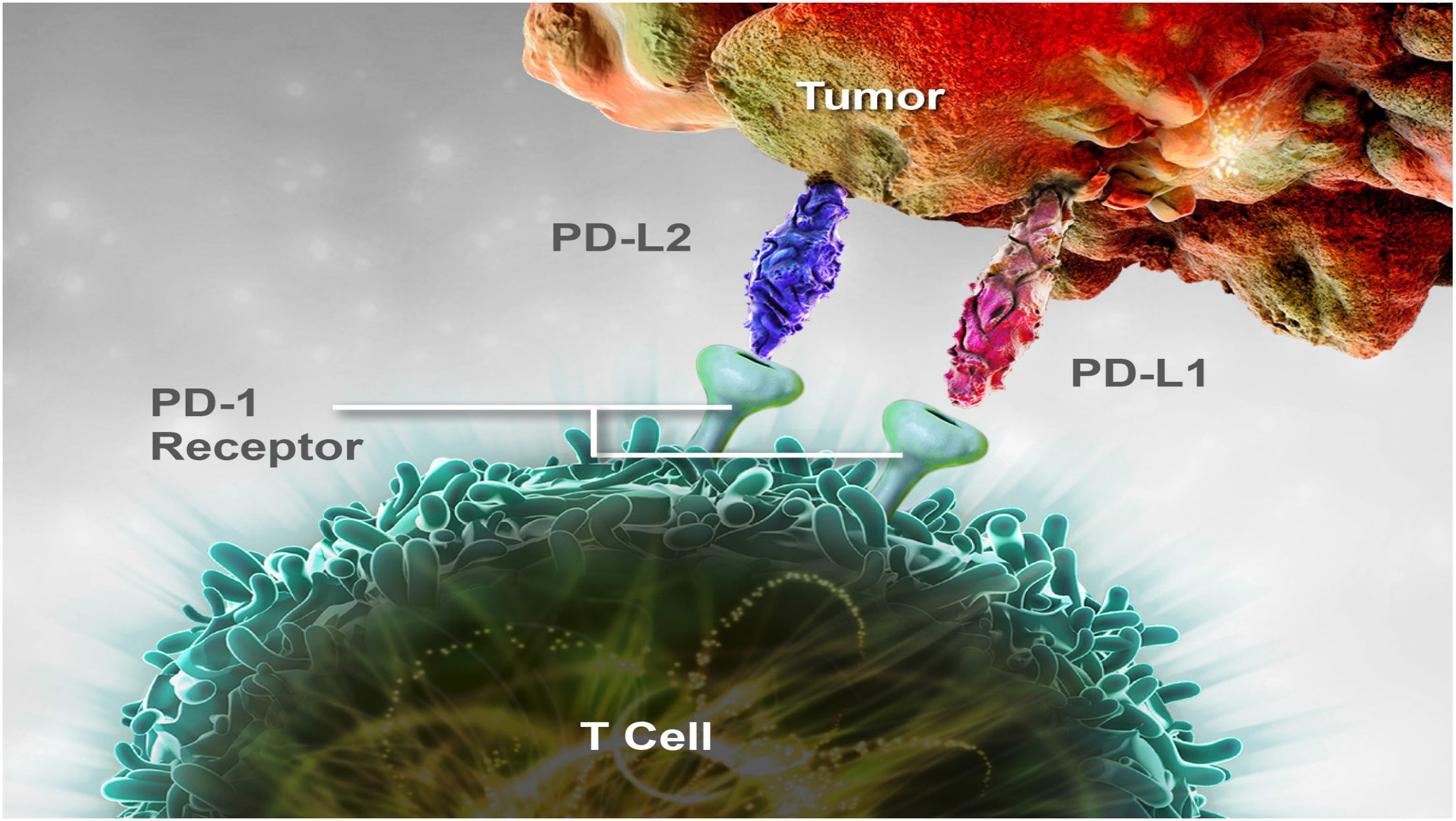
Hvorfor får noen mer bivirkninger enn andre?

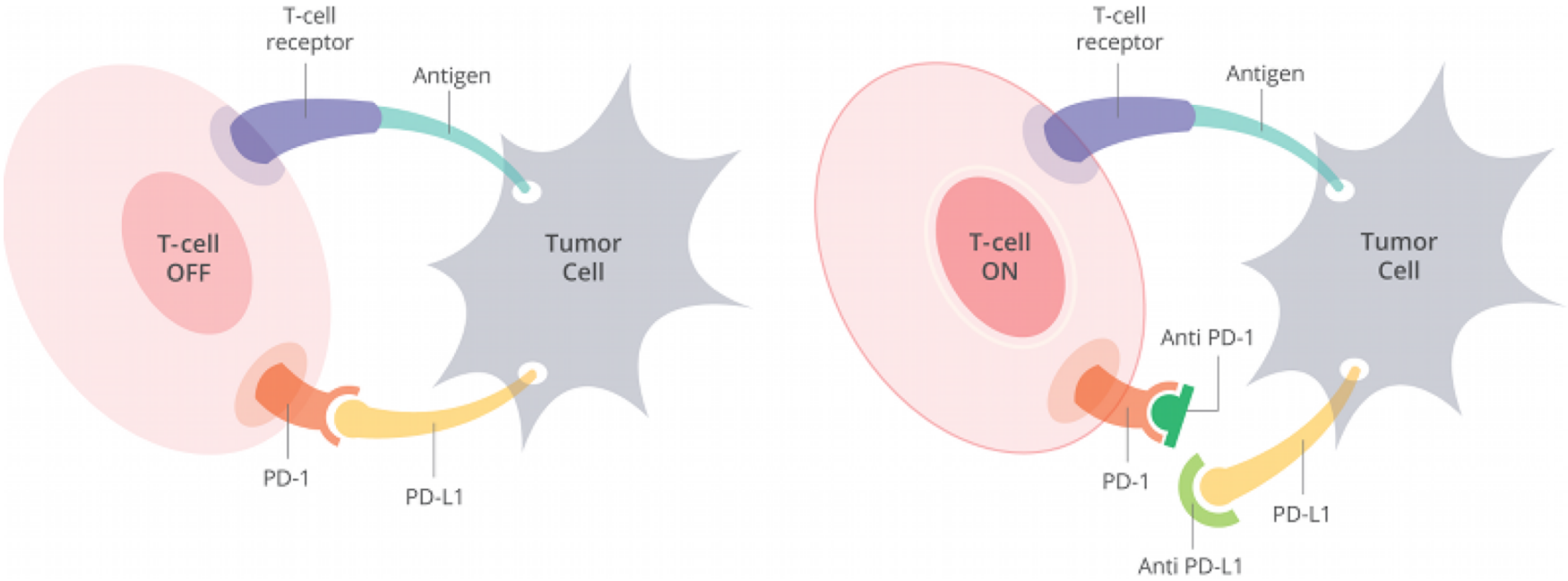
Mutasjoner i kreftceller gjør at de blir "fremmede" og synlige for immunsystemet



En kreftsvulst er et «organ»

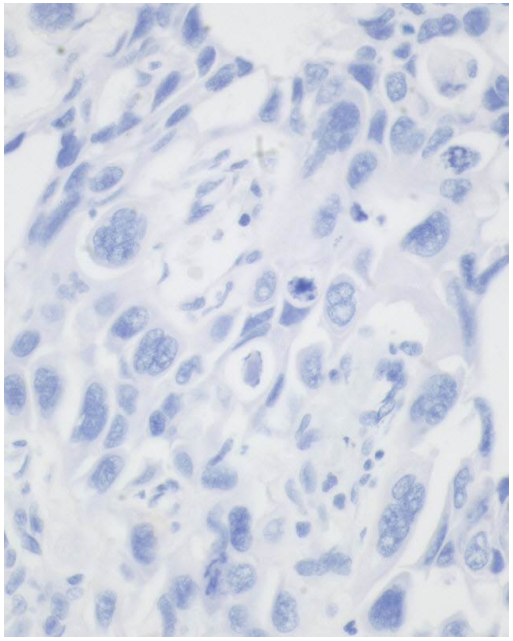
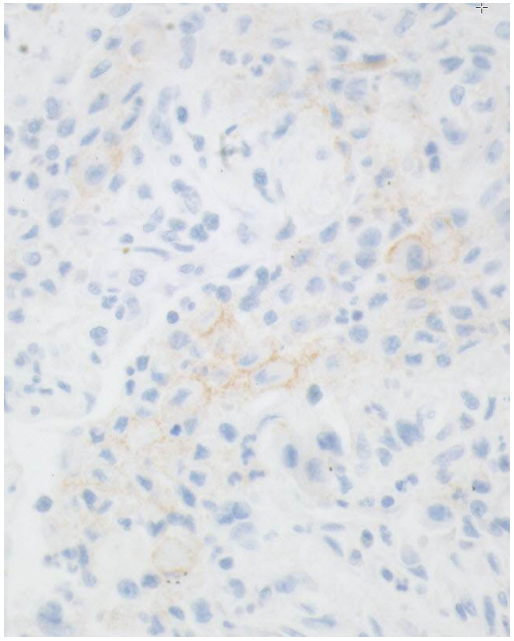
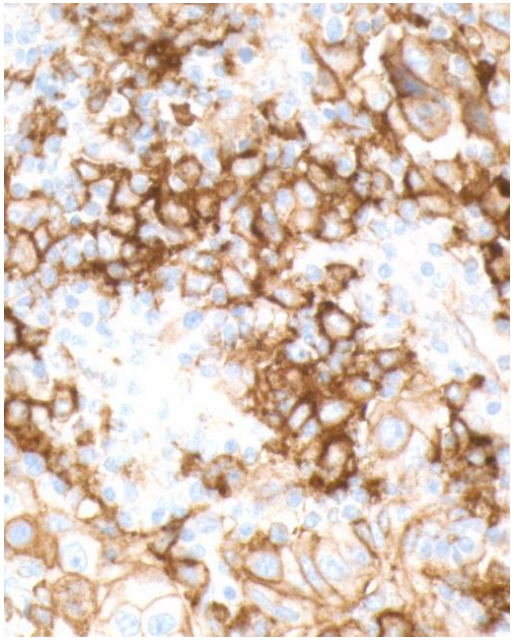



Tumor
PD-L2
PD-L1
PD-1
Receptor
T Cell

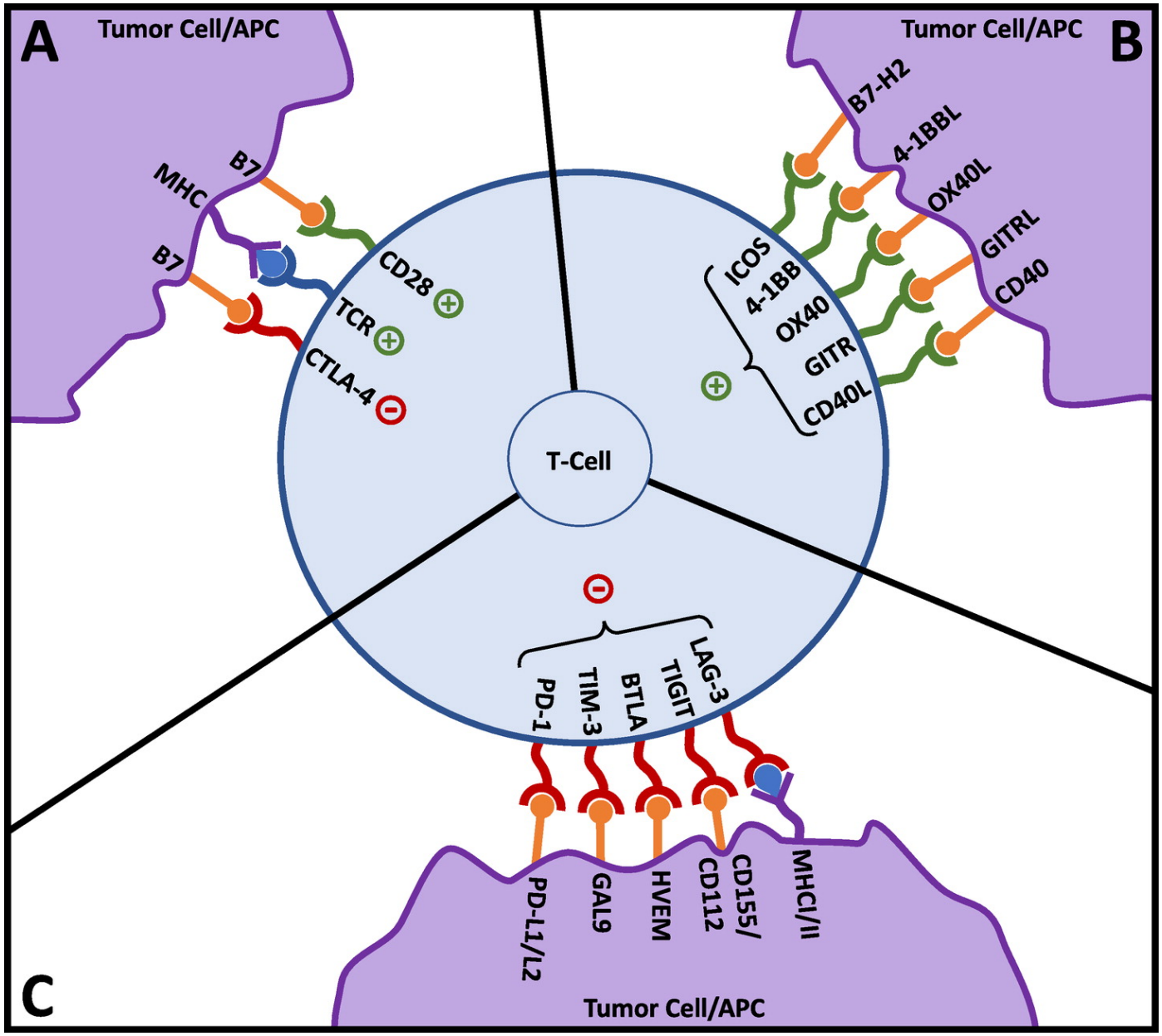

T-cell
receptor
Antigen
T-cell
OFF
Tumor
Cell
PD-1
PD-L1
T-cell
receptor
Antigen
T-cell
ON
Tumor
Cell
Anti PD-1
PD-1
PD-L1
Anti PD-L1


Oslo
universitetssykehus
JACOBS

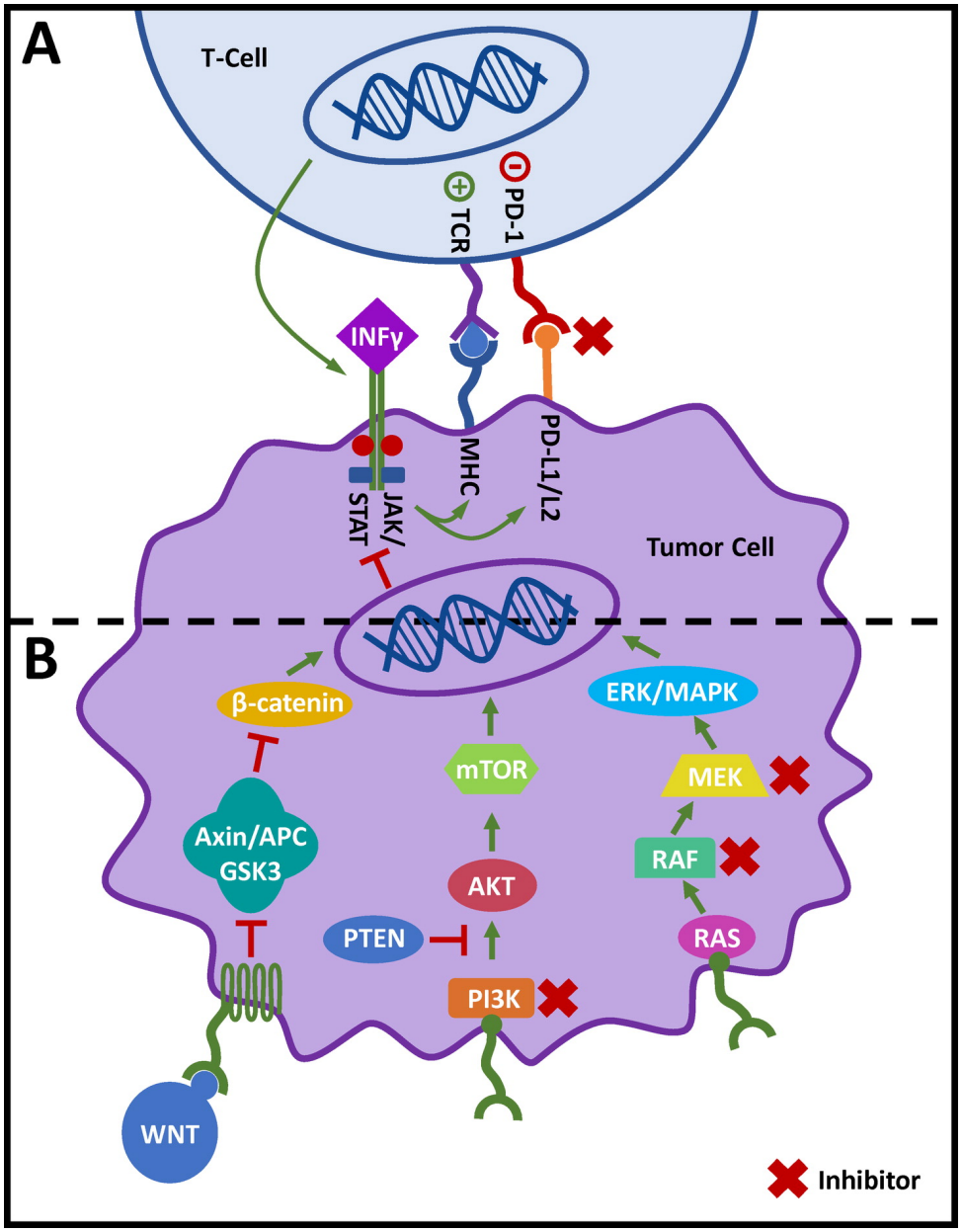
Immunterapi virker best når PD-L1 er uttrykt på kreftcellene

PD-L1 <1%	PD-L1 1-49%	PD-L1 >50%
		
Ingen immunterapi	Cellegift først, så immunterapi	Immunterapi i 1. linje

Ikke bare PD-1 / PD-L1



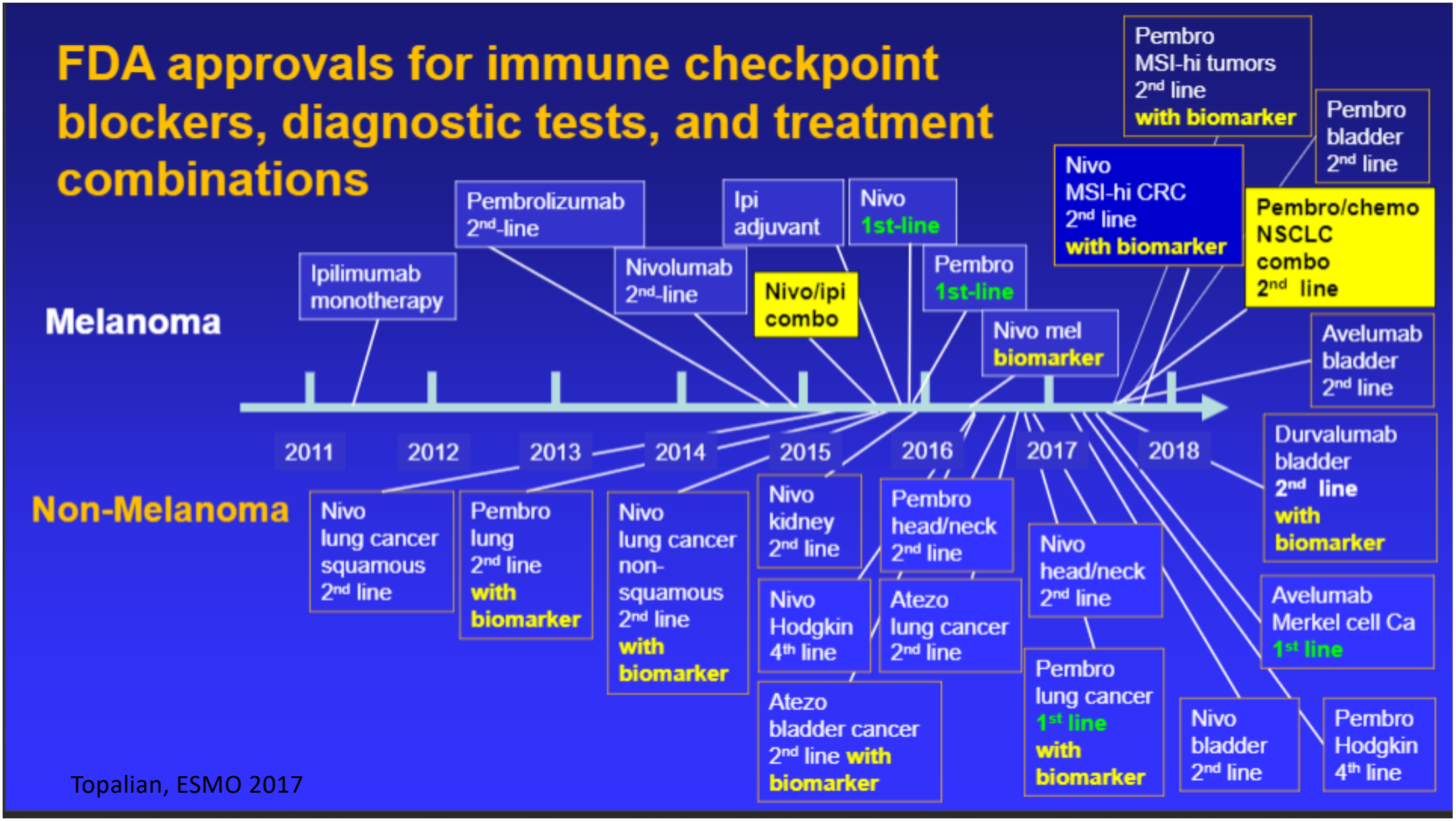
Fares et al, ASCO Ed. Book (2019) 147-164



Fares et al, ASCO Ed. Book (2019) 147-164

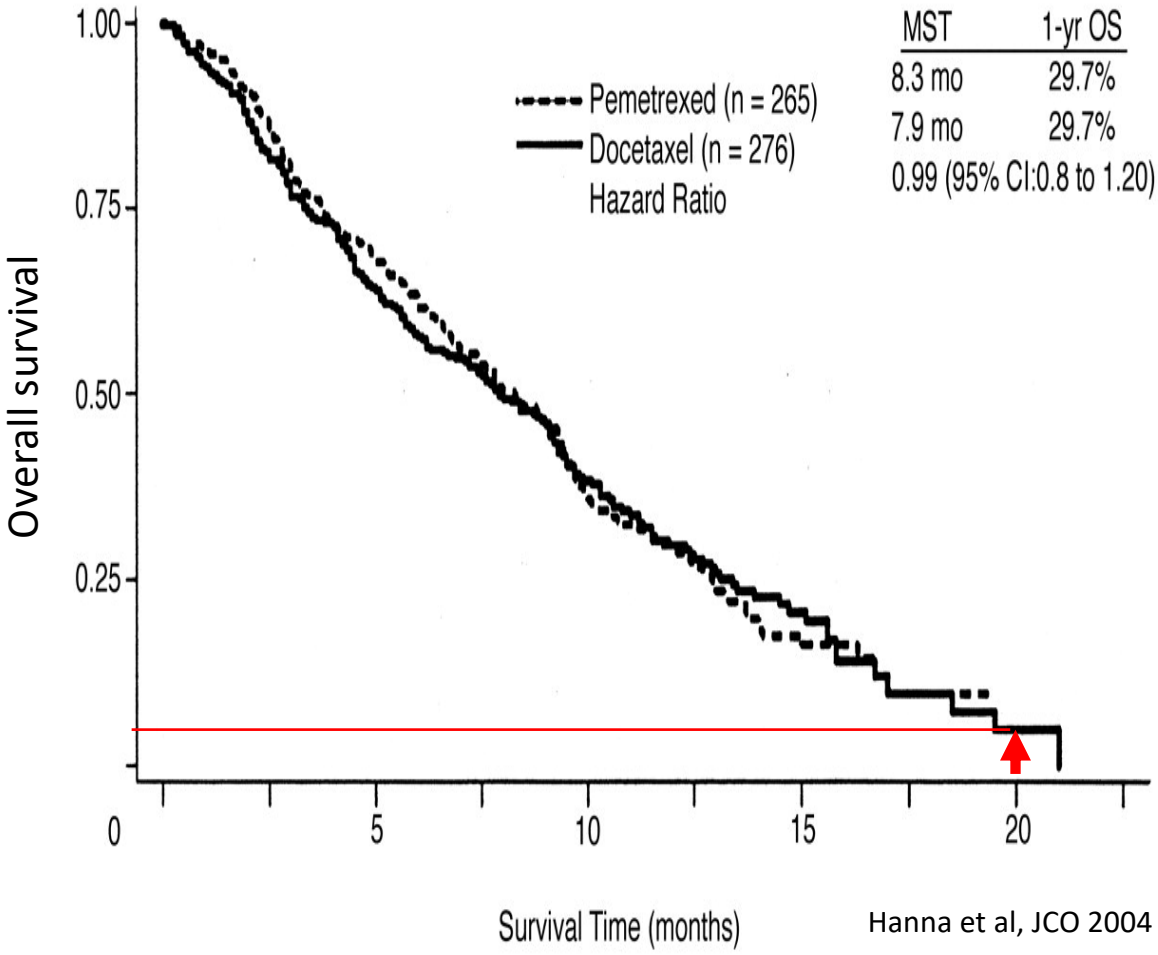


Edvard Munch (1863-1944)
«Death in the Sickroom» (1895)

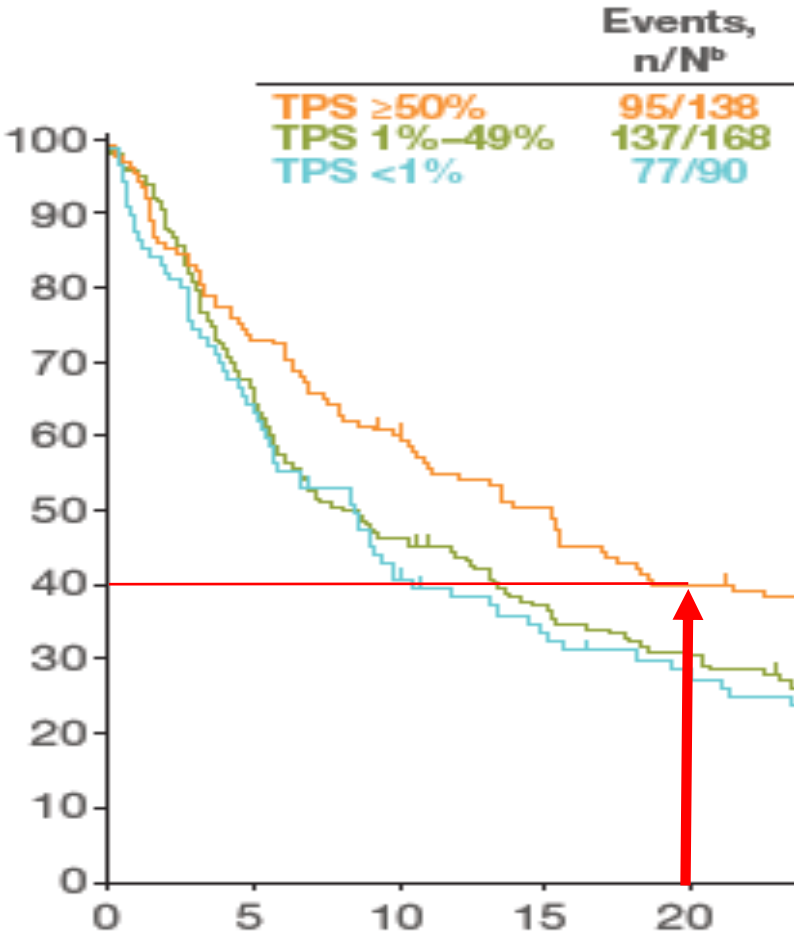


Topalian, ESMO 2017

2nd line therapy in the pre-IO-era



Hanna et al, JCO 2004

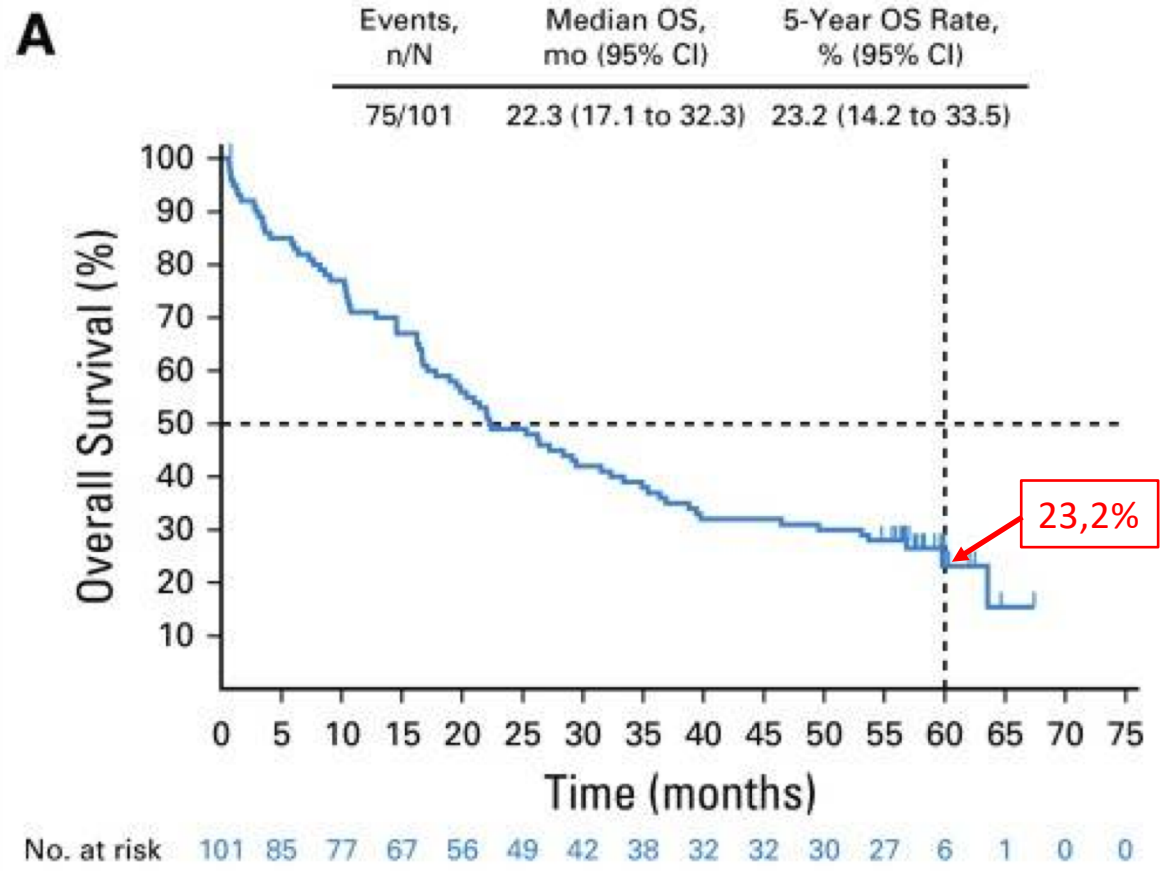


Herbst et al, The Lancet, 2016

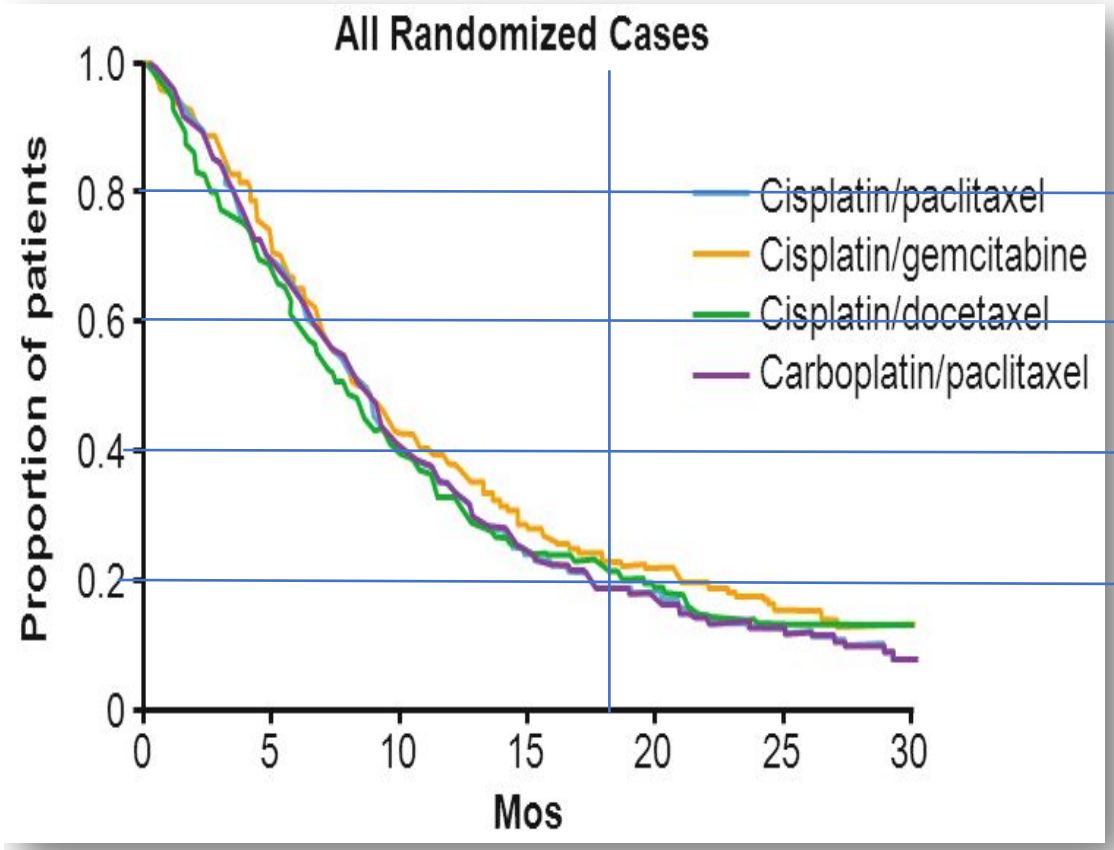
J Clin Oncol. 2019 Oct 1;37(28):2518-2527. doi: 10.1200/JCO.19.00934. Epub 2019 Jun 2.

Five-Year Overall Survival for Patients With Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer Treated With Pembrolizumab: Results From the Phase I KEYNOTE-001 Study.

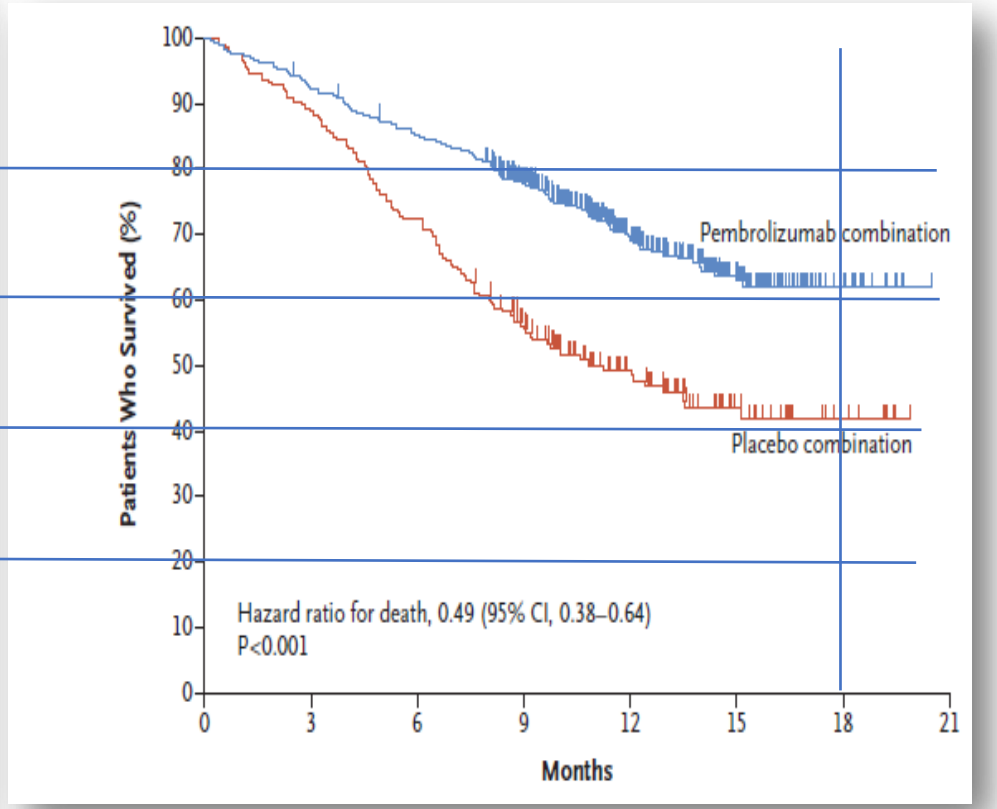
Garon EB[1], Hellmann MD[2], Rizvi NA[3], Carcereny E[4], Leighl NB[5], Ahn MJ[6], Eder JP[7], Balmanoukian AS[8], Aggarwal C[9], Horn L[10], Patnaik A[11], Gubens M[12], Ramalingam SS[13], Felip E[14], Goldman JW[1], Scalzo C[15], Jensen E[15], Kush DA[15], Hui R[16].



Ny førstelinjes behandling, lungekreft



Schiller et al, NEJM 2002



Gandhi et al, NEJM 2018

«All-comers» in both studies

DAGENS Medisin

Nyheter Debatt Pharma DM Arena DM



Onkolog og leder Odd Terje Brustugun i Norsk lungekreftgruppe, er lettet over at han nå får tilby denne behandlingen til sine pasienter. **Foto:** Vidar Sandnes

POLITIKK OG ØKONOMI

Ja til ny lungekreftbehandling

– Nå blir det mange glade pasienter, sier lungekreftlege Odd Terje Brustugun.

Publisert: 2019-04-29 12.02
Anne Grete Storvik
ags@dagensmedisin.no

29. april 2019

Betydning

- Alle med non-plateepitelkarsinom uten EGFR/ALK/ROS1, uavhengig av PD-L1-uttrykk, kan vurderes for kombinasjonsbehandling:



Ved progresjon – vurdere docetaksel
Ved non-progresjon – følges med regelmessige kontroller

Plateepitelkarsinom-gruppa kommer til å bli vurdert seinere, data foreligger

Oversikten nedenfor viser alle legemidler det er eller har vært mangel på i 2019, uavhengig av når mangelen oppsto. Oversikten viser legemidler til mennesker. For mer detaljert oversikt inkludert veterinære legemidler, se Excel-oversikt.

Mangelsituasjoner pr. 21. oktober

peme

Legemiddelnavn	Status pr. 04.11.2019
Pemetrexed Fresenius Kabi 500 mg, hetteglass 1 stk	Pågående, med alternativer Meldingsdato: 20.09.2019 Varenummer: 192458 Virkestoff(er): pemetreksed Firma: Fresenius Kabi Norge AS Årsak: Økt salg Mangelperiode fra: 20.09.2019 Mangelperiode til: Uke 42 Forlenget til Uke 46 Informasjon: Informasjon er hentet fra MT-innehavers melding Informasjon/tiltak: Under vurdering

https://legemiddelverket.no/

Oppsummert

- Svært god effekt hos 20-60% av lungekreftpasientene
  - I mindre grad «presisjonsmedisin» – nå gis det til alle
- Fortsatt har mange liten eller ingen effekt
- Ofte svært lite bivirkninger
- Men noen får til dels alvorlige bivirkninger