



ENTREVISTA

Joaquim Bellmunt

DIRECTOR DE L'ÀREA ONCOLÒGICA DEL DANA-FARBER CANCER INSTITUTE (UNIVERSITAT DE HARVARD)

Retallades “És molt meritòria la recerca que es fa aquí a Catalunya amb els recursos tan limitats que hi ha” **Mútues** “És vergonyós que els metges només cobrin 20 euros per visita en una especialitat com l'oncologia”

“La immunoteràpia pot canviar el futur”

LARA BONILLA
 BARCELONA

L'oncòleg Joaquim Bellmunt (Barcelona, 1959), un dels principals especialistes en càncer de bufeta i ronyó del món, dirigeix l'àrea oncològica de l'Hospital Dana-Farber (Boston), vinculat a la Universitat de Harvard, on també és professor. Bellmunt combina les facetes de metge i investigador i segueix atenció als seus pacients a l'Hospital del Mar i a Dexeus. Vol importar coneixement i per això alguns pacients ja s'han beneficiat de l'accés a estudis clínics als Estats Units o a nous fàrmacs.

És especialista en càncer de bufeta. Quines particularitats té aquest càncer?

Així com en el càncer de mama i pulmó s'han començat a descriure dianes terapèutiques –anomalies genètiques per a les quals tenim medicaments per atacar-les–, en càncer de bufeta encara no se n'ha descobert cap. Però la recerca ara és global: hi ha càncers que comparteixen anomalies genètiques, i el mateix medicament dirigit a una diana terapèutica en càncer de mama s'està utilitzant en càncer d'estómac, per exemple. Si aquestes anomalies són rellevants per al creixement tumoral i tens un medicament per bloquejar-les, controles la malaltia. En càncer de bufeta encara les estem buscant i aquest és un dels objectius que ens hem marcat.

La immunoteràpia –estimular el sistema immunitari del pacient perquè reconegui i elimini el tumor– s'ha presentat com la gran esperança per combatre el càncer.

Abans es parlava de medicina personalitzada i ara de medicina de precisió. Al cap del temps els tumors muten i creixen un altre cop. Quan fas servir una clau en un pany durant molt de temps, la clau deixa de funcionar i el que has de fer és dissenyar-ne una altra que permeti tornar a tancar la porta. Els panys van canviant i el metge ha d'anar buscant les claus. En les mutacions el medicament ja no funciona per frenar el creixement de la malaltia, però gràcies als avenços en immunologia s'han descobert receptors a les cèl·lules immunes –els limfòcits–, que, per dir-ho d'alguna manera, tenen el fre posat per atacar el tumor. I el que s'ha aconseguit és, a través d'anticossos monoclonals contra aquests receptors, desferenar els limfòcits perquè puguin atacar el tumor.



Joaquim Bellmunt dirigeix l'àrea oncològica de l'Hospital Dana-Farber (Boston), vinculat a la Universitat de Harvard. R. MARIOT

S'ha provat en melanoma i ronyó, però ¿serveix per a altres càncers?

El melanoma és el primer tumor que es va estudiar, seguit del càncer de ronyó. És a dir, tumors on la immunitat juga un paper. Però el més espectacular és que s'ha vist que aquestes immunoteràpies funcionen en càncer de pulmó, de cap i de coll, i també de bufeta. Ara hi ha una revolució perquè és una àrea que pot canviar el futur. El més important de la immunoteràpia és que els pacients responen i les respostes són duradores. Encara no sabem quant, perquè només fa dos anys que s'estudia. Però s'ha vist que si atures el tractament la malaltia s'estabilitza o es fa crònica. En canvi, amb les dianes terapèutiques, quan pares, al cap d'un temps els tumors muten.

¿La immunoteràpia substituirà, doncs, els actuals tractaments?

En el futur haurem de buscar la combinació de tots els tractaments. La cirurgia, òbviament, també tindrà un altre paper, ja que avui dia és el que cura més càncers; la quimioteràpia en tindrà un altre per reduir el tumor, i també en tindran les dianes terapèutiques i la immunoteràpia.



Fórmula
 “En el futur, hem de buscar la combinació de tots els tractaments”

Tabaquisme
 “Hem de vigilar que no ressorgeixi entre la població adolescent”

Un de cada dos homes i una de cada tres dones desenvoluparan càncer al llarg de la seva vida. Hem d'estar preparats.

Ens morim de malalties cardiovasculars i de càncer, i els hàbits de vida són importants. Afortunadament el tabaquisme s'ha reduït i això ja s'està veient en les corbes de mortalitat dels tumors, però hem de vigilar que no ressorgeixi entre la població adolescent.

Com es veu des de fora la recerca que es fa a Catalunya?

Europa és un punt de referència per als Estats Units. Està ben valorada la recerca europea, però, esclar, jo veig els recursos que tinc allà per investigar i els que tinc aquí... Hi ha moltes més convocatòries de beques i també hi ha famílies benefactores.

En canvi, aquí el mecenatge...

No s'estila! A més, allà hi ha més beneficis fiscals i es compensa.

¿Corre perill la qualitat de la recerca amb les retallades que està patint?

La recerca ara està estable. S'estan fent moltes coses, però gràcies a l'empenta dels investigadors. És molt meritòria la recerca que es fa

aquí amb els recursos tan limitats que hi ha.

A Boston també visita pacients. Quines diferències hi ha?

Allà si tens una bona mútua ho tindràs tot cobert. Però algunes no cobreixen certes proves i els pacients poden acabar anant a la sanitat pública o a beneficència. Als EUA el pacient no et diu: “Faci'm un escàner, que tinc mal de cap”. Hi ha unes normatives. Si no està indicat, has de trucar a la mútua i justificar-ho. I aquí la gran vergonya del sistema de mútues és que no hi ha un control acurat del que fan els metges. A més, és vergonyós que només cobrin 20 euros per visita en una especialitat com l'oncologia. I què ha de fer el metge? Fer-ne moltes perquè li surti a compte. És un abús. S'ha de pagar la quantitat adequada i després fer un control, i no demanar proves si no estan justificades.

Tornarà?

Sí, la inversió ha estat majúscula i ara s'ha d'intentar que torni tot. El perill és que triomfis excessivament i arribis a una situació en què el que facis no ho puguis fer aquí. Però la idea és tornar i importar coneixement. ■