

ENTREVISTA

Serafín Morales: “Estem aconseguint cronificar el càncer de mama metastàsic”

El seu to de veu transmet pau i serenor, una qualitat que resulta molt apreciada en algú que no sempre ha de donar bones notícies. Per sort, després del primer esglai, cada vegada pot obsequiar amb més alegries. L'oncòleg de la Unitat de Mama de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova Serafín Morales és un dels investigadors de l'IRBLleida que treballen amb els recursos que aporta el concert solidari Mamapop contra el càncer de mama. Convençut que un dels al·licients de la seva feina és el fet d'ajudar a millorar la vida dels pacients, Morales es mostra optimista sobre el futur de la recerca en aquest àmbit.

Per R. BANYERES / Fotos de: SANTI IGLESIAS



El Mamapop té previst celebrar avui el darrer concert dels tres programats per aquesta sisena edició, si res no ho impedeix. L'èxit de la convocatòria ha comportat no només que es vagi ampliant any rere any, sinó també que es converteixi en una cita musical i solidària imprescindible, enguany protagonitzada pel pop-rock dels anys 80 i 90 sota el títol *Más movida!* amb la intervenció de sis cantants acompanyats de 35 músics de base rock i orquestra simfònica. Els diners recaptats es destinaran a l'IRBLleida, en concret a la investigació sobre la variant HER2 del càncer de mama, que lidera el doctor Serafín Morales, investigador del Grup de Recerca de Biomarcadors en càncer de l'IRBLleida i metge de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

– A què es destinen els diners recaptats pel Mamapop?

A un projecte per investigar el fenotipus HER2, amb què ja fa uns anys que hi treballem. És un subtipus especial de càncer de mama que sempre s'ha caracteritzat per ser un tumor molt agressiu. Té capacitat de produir metàstasi de manera precoç i acostumava a ser un tumor dels més malignes. Per sort, amb els darrers avenços s'ha convertit en un tumor de millor pronòstic, perquè té un tractament que és molt efectiu. El fet que el tractament sigui més efectiu ens permet seleccionar pacients que en necessiten menys o un període més curt. En concret, els diners del Mamapop ens han servit sempre per a això: ajudar a seleccionar les pacients per escurçar els tractaments o que siguin menys agressius. El fet d'estar seleccionades fa que responguin molt bé, i a la vegada, aquesta bona resposta porta a la curació. És una de les característiques que té aquesta variant: si el pots tractar bé, també pots arribar a la curació.

– De totes maneres, aquesta no és l'única investigació que duen a terme al grup de recerca, oi?

No, a l'IRBLleida tenim diferents projectes oberts, però cada un d'ells té una borsa, per dir-ho d'alguna manera, pròpia. El Mamapop se centra en el subtipus de què parlàvem, però per exemple també tenim projectes derivats de la Beca Marta Santamaria, que se centra en un altre tipus de tumor, el Triple Negatiu. Aquest és molt agressiu i costa més d'identificar quin tipus de pacients podran respondre bé.

– Quin cost tindria un tractament si l'haguessin de pagar els pacients? A l'hora de rebre tractament, hi ha molta diferència entre emmalaltir aquí o en altres països?

– Generalitzant, un tractament podria rondar entre els 80.000 o els 90.000 euros anuals. Això implica que hi hagi molta diferència entre els països que tenen una sanitat pública que ho cobreix. A Es-

SERAFÍN MORALES

“Els clínics tenim la responsabilitat de treure el màxim rendiment als recursos de manera sostenible i per ajudar els malalts”

“Encara estem lluny de la personalització en els tractaments, per ara només podem agrupar-los”

panya i a Europa, si existeixen indicacions i estudis que ho avalin, la sanitat ho cobreix tot. Si hi ha una recerca que avaluï que aquell tractament pot ser efectiu, el finança el sistema públic, i això permet aplicar-lo d'una manera que potser seria impossible en altres casos. Seria difícil que el pogués costejar una persona de nivell adquisitiu mitjà. Als EUA has de tenir una assegurança molt potent que t'ho cobreixi, molts diners o la manera de trobar-los. Almenys aquí ho tenim cobert i funciona bé.

– Com hi ajuden iniciatives privades com les citades Mamapop, la Beca Santamaria, o altres com les donacions d'Amancio Ortega?

Força. Molts cops, quan es parla d'investigació clínica en oncologia o altres aplicacions clíniques, aquesta ve donada per un promotor que sovint té un objectiu comercial. Està bé, al cap i a la fi, són els que aconseguim que ens donin fàrmacs que poden curar el càncer. Ara bé, nosaltres els investigadors, el que hem de saber fer és treure el màxim rendiment d'aquests recursos. Per exemple, si aconseguim que un tractament en lloc de sis mesos en duri tres, resulta millor per a la pacient, i a la vegada també té menys cost. Això sí, sempre tenint en compte que hem de garantir la cura i no posar en risc la pacient. L'objectiu no és que el tractament sigui més barat, sinó més curt i menys traumàtic. Si una pacient està menys temps en tractament, també es redueix l'angoixa i tot el que comporta, s'eviten toxicitats, patiments, etc. En resum, abans que res sempre s'ha de pensar en la curació i que el tractament sigui el correcte.

– L'administració està conscienciada de la necessitat d'invertir en investigació?

Crec que sí. Ara bé, hem de tenir en compte que la investigació avui dia és molt complexa. És fàcil acusar l'administració que no dona su-

ficient recursos, però estic convençut que resulta molt difícil d'administrar i que es fa al millor possible, sobretot al garantir-nos que la sanitat és pública i gratuïta en els casos en què està demostrat que hi hagi una eficàcia. A partir d'aquí, la responsabilitat és nostra, dels clínics, de treure el màxim rendiment dels recursos que tenim per tal que tot sigui sostenible i puguem ajudar els malalts. Crec que això és la nostra responsabilitat, no de l'administració. Hem de lluitar per aconseguir fons, beques, donacions, etc., i treure'n el màxim rendiment possible.

– Quins són els darrers avenços en la investigació del càncer de mama?

N'hi ha d'importants, en el càncer de mama metastàtic, per exemple, amb la incorporació de nous fàrmacs com els anomenats inhibidors de ciclins. Aconseguen millorar molt el tractament hormonal, que és còmode, poc tòxic,

per via oral, bastant accessible i no té contraindicacions. En el càncer de mama, el tractament hormonal és el més efectiu, i en aquest àmbit, els inhibidors de ciclina han ajudat a doblar l'eficàcia que hi havia fins ara i ja parlem de, com a mínim, quatre anys de supervivència des del diagnòstic per metàstasi. Estic parlant sempre de la malaltia metastàtica. No sabem fins on arribarem, però estem aconseguint cronificar molt la malaltia metastàtica en el tumor hormonosensible.

– I els que no ho són?

Aquest és un altre tema. Aquí encara fa falta investigar. El que queda més just en general és el tumor Triple Negatiu, tot i que estan començant a sortir dades interessants amb immunoteràpia.

– La personalització i els estudis genètics són el futur?

Sí, fa molts anys que es va veure que no tots els càncers de mama són iguals i cada un d'ells té carac-

terístiques especials. Ara bé, avui, estem lluny de la personalització. El que podem fer és agrupar, intentar perfilar quin tractament anirà millor al pacient, entre quatre o cinc agrupacions diferents. Podrem personalitzar quan algú amb unes característiques genètiques concretes rebri un tractament diferent que el del costat i el de més enllà. Estem fent els primers passos cap aquí.

– Què el va portar a dedicar-se a l'oncologia i a la investigació?

Poder ajudar els pacients. Hi ha malalties en què el metge poc hi pot ajudar: intentar que no empitjori i poc més, però per si sola, la malaltia es curarà. En canvi, si no tractes bé el càncer, avançarà i portarà a un efecte molt nociu. Aquí és on pots ajudar les persones. Per això moltes vegades investigues la manera de millorar la qualitat de vida: evitar tractaments innecessaris, massa agressius, etc. És una necessitat que detectes.

