

ONKOLOGIA

W diagnostyce raka płuca liczy się

Rak płuca pozostaje najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i przyczyną największej liczby zgonów spowodowanych nowotworami. Jednym ze słabych elementów opieki zdrowotnej nad chorymi na raka płuca jest rozproszony i rozciągnięty w czasie proces diagnostyczny. Zdaniem ekspertów niezbędne jest upowszechnienie systemu, w którym proces diagnostyczny ma charakter kompleksowy, jest odpowiednio zarządzany i skoordynowany, a także poddany ocenie jakości.

Nowotwory złośliwe płuc są w Polsce bardzo późno rozpoznawane, a w czasie pandemii odsetek wczesnych wykryć zmalał jeszcze o kilkadziesiąt procent. U chorych, u których nie występują objawy kliniczne, rak płuca jest przeważnie wykrywany podczas badań obrazowych wykonywanych z innych wskazań.

Co może zrobić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

– Lekarz POZ powinien zacząć od badania podmiotowego, czyli zebrania wywiadu na temat objawów, i przedmiotowego, które obecnie, w dobie teleporad, jest mocno ograniczone. Diagnostyka obrazowa polega na badaniu RTG klatki piersiowej wykonanym w dwóch projekcjach: tylnoprzodniej i bocznej. Radiologicznym objawem raka płuca najczęściej jest cień okrągły, poszerzony zarys wnęki, niedodma lub rozedma, wysięk w jamie opłucnej – mówi dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

W przypadku wykrycia w obrębie klatki piersiowej podejrzanej zmiany należy wystawić pacjentowi kartę DiLO i skierować go do najbliższego ośrodka zajmującego się pogłębioną diagnostyką i leczeniem raka płuca.

Bardzo ważne jest zainicjowanie przez lekarza pierwszego kontaktu działań profilaktycznych. Profilaktyka pierwotna polega na zachęcaniu chorego do porzucenia nałogu tytoniowego. Wtórna to wykrywanie



Fot. iStockphoto

wczesnego raka płuca u osób z dużym ryzykiem zachorowania zdefiniowanym na podstawie wieku i liczby paczkołat. Doktor hab. Agnieszka Mastalerz-Migas przypomina, że od 1 stycznia 2020 r. lekarz POZ musi uzyskać od pacjenta podczas pierwszej wizyty w danym roku informacje o wadze, wzroście, a także paleniu tytoniu.

Czy screening z zastosowaniem NDTK to klucz do sukcesu?

W ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na początku 2019 r. został uruchomiony pilotaż pro-

gramu wczesnego wykrywania raku płuca przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). Niestety, wprowadzenie programu zatrzymała pandemia COVID-19. Badanie NDTK pozwala wykryć już kilkumilimetrowe guzy płuca. Badaniem rentgenowskim rak płuca wykrywany jest dopiero po osiągnięciu pewnej masy i objętości, które pozwalają na uwidocznienie zmiany na zdjęciu. Należy też pamiętać, że czasami dość duże zmiany mogą być przeoczone, jeżeli zlokalizowane są blisko wnęki płuca albo blisko śródpiersia.

– Pilotaż programu screeningowego prowadzony był w ośrodkach w Gdańsku, Szczecinie, Poznaniu i Warszawie. W Gdańsku uzyskano 1,6 proc. nowych wykryć raka płuca, w Poznaniu 1,09 proc., w Szczecinie 0,9 proc., a w Warszawie 1,1 proc. Jeżeli popatrzymy na screeningi w innych nowotworach, to w raku piersi wykrywalność wynosi 0,6–1 proc., w raku jelita grubego 0,8 proc., natomiast w niedrobnokomórkowym raku płuca – 0,85–2,7 proc. – przypomina prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski, kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prezes Klubu Torakochirurgów Polskich.

W 2019 r. zostało opublikowane holendersko-belgijskie badanie o akronimie NELSON

”

dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas: *Lekarz POZ powinien zacząć od badania podmiotowego, czyli zebrania wywiadu na temat objawów, i przedmiotowego, które obecnie, w dobie teleporad, jest mocno ograniczone*

z wykorzystaniem NDTK do screeningu w grupach ryzyka zachorowania na raka płuca. Wcześniej (2011 r.) w USA przeprowadzono podobne badanie – *National Lung Screening Trial* (NLST). Wyniki obu są zbliżone i pokazują zasadność prowadzenia badań przesiewowych z wykorzystaniem tej metody. W badaniu europejskim potwierdzono zmniejszenie umieralności z powodu raka płuca o 26 proc. u mężczyzn i 39 proc. u kobiet.

– *Należy też pamiętać, że mamy dowody, że zmiany wcześniej wykryte, zaledwie jednocentymetrowe, zoperowane w ciągu miesiąca od wykrycia dają szansę na wyleczenie*

Najczęstszy nowotwór na świecie i w Polsce

Rocznie na świecie odnotowywanych jest 1,8 mln zachorowań na raka płuca, co stanowi prawie 13 proc. wszystkich nowych zachorowań na nowotwory. Z jego powodu umiera każdego roku ok. 1,2 mln osób (17 proc. wszystkich zgonów nowotworowych). W Polsce co roku rejestruje się ok. 23 tys. nowych zachorowań na raka płuca i 24 tys. zgonów.

W Europie rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów (20,3 proc.). Powoduje on śmiertelność taką jak rak piersi (7 proc.), jelita grubego (7,9 proc.) i prostaty (5,4 proc.) razem wzięte. Obecnie w Europie co piąty zgon z powodu nowotworu jest następstwem raka płuca.

Najczęstszym czynnikiem ryzyka raka płuca jest palenie tytoniu. 90 proc. zgonów z jego powodu jest ściśle związanych z paleniem. Odsetek osób niepalących z rakiem płuca to zaledwie 10–15 proc. Szacuje się, że osoba paląca ma ok. 60-krotnie (o 6000 proc.) zwiększone ryzyko zachorowania.

czas, kompleksowość i jakość

Iwona Kazimierska

Niedrobnokomórkowy rak płuca to już choroba przewlekła



prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca

W 2002 r. po zastosowaniu chemioterapii chorym na raka płuca mogliśmy zaferować średni czas przeżycia wynoszący ok. 8 miesięcy. Odsetek przeżyć jednorocznych nie przekraczał 20 proc.

Minęło 18 lat i o raku niedrobnokomórkowym płuca mówimy jako o chorobie przewlekłej. Dokonało się to dzięki ogromnemu postępowi w biologii molekularnej i wprowadzeniu dwóch grup leków: ukierunkowanych molekularnie i immunokompetentnych. Obecnie chorym z typami raka niepląskonabłonkowego i gruczołowego jesteśmy w stanie zaproponować badania, które identyfikują określone aberracje genetyczne i w zależności od tych aberracji dopasować jak najodpowiedniejsze leczenie.

u 95 proc. chorych – mówi prof. Tadeusz Orłowski.

Diagnoza i co dalej?

Gdy zostanie stwierdzona obecność guzków o charakterze matowej szyby (*ground glass opacity* – GGO), ewentualnie z konsolidacją tkanki płucnej, chory poddawany jest leczeniu przeciwnowotworowemu przez miesiąc – dwa, a następnie w zależności od sytuacji wykonuje się biopsję cienkoigłową lub w przypadku większych zmian PET-TK. Jeżeli zmiana jest bardzo sugestywna, pacjent od razu jest kierowany na leczenie chirurgiczne.

Leczenie operacyjne daje szansę na całkowite wyleczenie. Oczywiście jeśli uda się wykryć raka płuca na wczesnym etapie. Na razie jedynie u 20 proc. chorych w Polsce rak płuca jest rozpoznawany na etapie, kiedy można ich leczyć chirurgicznie. Dla pozostałych zarezerwowane są nowoczesne formy farmakoterapii. Dlatego tak ważne jest, żeby ruszył program badań screeningowych z zastosowaniem NDTK, bo to jedyna metoda pozwalająca wykryć raka płuca w bardzo wczesnym stopniu zaawansowania.

Profesor Tadeusz Orłowski przypomina, że obecnie coraz częściej we wczesnym stadium raka płuca stosuje się leczenie małoinwazyjne. Techniki małoinwazyjne pozwalają na dostanie się do klatki piersiowej przez niewielkie otwory, przez które wprowadzane są tory wizyjne oraz odpowiednie narzędzia, za pomocą których można skutecznie usunąć nowotwór.

80 proc. przypadków rozpoznawanych jest w stopniu zaawansowanym

Raport the Economist Intelligence Unit (EIU) „Breathing in a new era” (2019 r.) pokazuje, że spośród badanych przez EIU jedenastu krajów europejskich w Polsce

odnotowuje się najwyższy wskaźnik umieralności z powodu raka płuca. To między innymi dlatego, że 80 proc. przypadków jest rozpoznawanych w III i IV stopniu zaawansowania. Wczesne rozpoznanie może się przełożyć na zdecydowaną poprawę rokowania i skuteczności leczenia. Należy zatem walczyć o poprawę jakości i skuteczności diagnostyki.

– Diagnostyka raka płuca jest dość trudna. Do tego dochodzą opóźnienia spowodowane długim czasem oczekiwania na procedury



prof. Tadeusz Orłowski: *Mamy dowody, że zmiany wcześniej wykryte, zaledwie jednocentymetrowe, zoperowane w ciągu miesiąca od wykrycia dają szansę na wyleczenie u 95 proc. chorych*

Dla kogo screening

Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK), którego wprowadzenie opóźniła pandemia, zakłada, że screeningiem zostałyby objęte następujące populacje:

– osoby w wieku 55–74 lat palące papierosy nałogowo – konsumpcja większa lub równa 20 paczkatom, paczka dziennie od 20 lat lub dwie paczki dziennie przez 10 lat, które nie zdołały rzucić palenia na więcej niż 15 lat (dotyczy ostatniego okresu abstynencji);

– osoby w wieku 50–74 lat palące papierosy nałogowo – konsumpcja większa lub równa 20 paczkatom, paczka dziennie od 20 lat lub dwie paczki dziennie przez 10 lat, które nie zdołały rzucić palenia na więcej niż 15 lat (dotyczy ostatniego okresu abstynencji) oraz:

z uwagi na wykonywany zawód były narażone na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalania węgla kamiennego, sadzy, były narażone na radon, chorowały na raka płuca, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. raka pęcherza moczowego, krewny pierwszego stopnia miał raka płuca, chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).

diagnostyczne albo koniecznością powtórzenia niektórych z nich, bo wcześniej wykonane okazały się nieskuteczne i nie pozwoliły ustalić ostatecznego rozpoznania – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Kompleksowo w odpowiednio przygotowanych ośrodkach

– Na początkowym etapie diagnostyki to lekarz POZ odgrywa kluczową rolę, ponieważ do niego zgłaszają się pacjenci z niepokojącymi objawami. Po wykonaniu badania obrazowego klatki piersiowej można przeprowadzić pewną weryfikację, czy są widoczne zmiany. Jeśli wyniki są nieprawidłowe, chory powinien zostać skierowany do dobrego ośrodka diagnostycznego. O dalszych jego losach decydowałby tam koordynator diagnostyki. Byłby nim specjalista chorób płuc, ponieważ zmiany stwierdzone radiologicznie to nie tylko rak płuca. To mogą być różne choroby układu oddechowego dające zmiany w obrazie radiologicznym. Pierwszym badaniem obrazowym w ośrodku diagnostycznym byłaby tomografia komputerowa z kontrastem. Pacjenci z podejrzeniem raka płuca zostaliby skierowani na dalszą ścieżkę diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych bądź szpitalnych. Kolejny krok to konsylium terapeutyczne, a więc wielospecjalistyczny zespół, który kwalifikowałby pacjenta do najodpowiedniejszej dla niego metody terapeutycznej – przybliży koncepcję diagnostyki raka płuca w opiece koordynowanej prof. Rafał Krenke.

Na etapie diagnostyki ambulatoryjnej lub szpitalnej powinna zostać wykonana ocena stanu ogólnego chorego i zaawansowania oraz kontroli chorób współistniejących, bo one mogą istotnie wpływać na wybór metody terapeutycznej. Niezbędne są również



prof. Rafał Krenke: *Warunkiem poprawy skuteczności diagnostyki i leczenia raka płuca jest realizacja świadczeń we właściwie przygotowanych ośrodkach, które dysponują odpowiednim potencjałem ludzkim i technologicznym, a także prowadzą stałą kontrolę wewnętrzną jakości wykonywanych procedur*

badania tomografii komputerowej lub PET-TK oraz inne w zależności od potrzeby. Do tego ocena czynnościowa – spirometria, pomiar pojemności dyfuzyjnej u pacjentów, którzy byłiby kwalifikowani do leczenia operacyjnego. U wszystkich pacjentów powinna być też wykonana diagnostyka inwazyjna lub małoinwazyjna mająca na celu uzyskanie materiału do badania histopatologicznego i badań molekularnych, które warunkują kwalifikację do najwłaściwszego leczenia.

Profesor Rafał Krenke podkreśla, że w diagnostyce niezwykle ważna jest jakość. Ośrodek diagnostyczny powinien być dobrze wyposażony, mieć możliwość przeprowadzenia wszystkich niezbędnych badań bez zbędnej zwłoki.

– Małoinwazyjna diagnostyka raka płuca stanowi jeden z kluczowych elementów, który powinien być realizowany w ośrodku diagnostycznym. Najczęściej wykorzystywana jest bronchoskopia. Bardzo istotnym elementem jest również staging – ocena stopnia zaawansowania choroby, czyli zajęcia węzłów chłonnych śródpiersia – wyjaśnia prof. Rafał Krenke.

– Warunkiem poprawy skuteczności diagnostyki i leczenia raka płuca jest realizacja świadczeń we właściwie przygotowanych ośrodkach, które dysponują odpowiednim potencjałem ludzkim i technologicznym, a także prowadzą stałą kontrolę wewnętrzną jakości wykonywanych procedur. Kluczowe znaczenie ma też dobra współpraca między lekarzami POZ a lekarzami ośrodka diagnostyki raka płuca. Aby poprawić dostęp do ośrodków oraz jak najlepiej wykształcić kadrę specjalistyczną i zasoby sprzętowe, współpraca powinna mieć charakter funkcjonalny, a nie strukturalny – podsumowuje prof. Rafał Krenke. ■

Tekst powstał na podstawie webinaru „Zdrowie płuc – organizacja działalności diagnostyczno-leczniczych w dobie pandemii COVID-19”.