

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2021

Screening

Iwona Kazimierska

jako element koordynowanego leczenia raka płuca

W debacie uczestniczyli:

- prof. dr hab. n. med. **Mariusz Adamek**, Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
 - **Dominik Dziurda**, dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
 - **Maciej Miłkowski**, wiceminister zdrowia
 - prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Orłowski**, kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prezes Klubu Torakochirurgów Polskich
 - prof. dr hab. n. med. **Witold Rzyman**, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynator Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
- Moderator: redaktor **Bartosz Kwiatek**



Rak płuca zdiagnozowany w stopniu I i II, a czasem nawet w IIIa jest operacyjny, a to oznacza, że chorzy mają szansę na wyleczenie. Najwięcej przypadków jest jednak wykrywanych dopiero w stopniach zaawansowania IIIb i IV, co przekreśla szansę na operację i wyleczenie. Jakie działania powinny być podjęte w naszym kraju, by poprawiła się wykrywalność raka płuca we wczesnych stadiach?

Możliwość wykrycia nie tylko raka płuca

Profesor Mariusz Adamek przedstawił założenia Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca. Program powstał dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Społecznego, jego celem jest poprawa wykrywalności raka płuca we wczesnych postaciach, co ma skutkować poprawą przeżywalności i zmniejszeniem śmiertelności wśród osób o zwiększonym ryzyku zachorowania. Aby rak płuca występował rzadziej i stał się chorobą o lepszym rokowaniu, potrzebna jest profilaktyka pierwotna i wtórna – program obejmuje obie.

Polski program jest hybrydą dwóch dużych założeń – Brytyjskiego Towarzystwa Chorób Klatki Piersiowej (*British Thoracic Society* – BTS) i amerykańskiego systemu Lung-RADS (*Lung Reporting and Data System*). Jak podkreślił prof. Mariusz Adamek, wybrane zostały najlepsze elementy obydwu tych standaryzacji.

Populacja docelowa to osoby w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkatom i okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, a także osoby w wieku

Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) to połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia. Program screeningowy jako element koordynowanego leczenia raka płuca był tematem jednego z paneli podczas konferencji *Priorytety w Ochronie Zdrowia 2021*.

50–74 lat z konsumpcją tytoniu i abstynencją identycznymi jak w ww. grupie, jeśli istnieją dodatkowe czynniki ryzyka.

– *Ogromnie ważne jest, o czym jeszcze powszechnie się nie mówi i czego się nie docenia, że program screeningowy raka płuca wykrywa nie tylko tę chorobę. Warto sobie uświadomić, że jeśli wykonujemy NDTK klatki piersiowej, uzyskujemy informacje nie tylko o wczesnym raku płuca, lecz także o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, chorobie niedokrwiennej serca, śródmiąższowych chorobach płuc, chorobach aorty, osteoporozie, guzach piersi i górnych biegunów nerek. Można powiedzieć, że taki screening to doroczny przegląd stanu zdrowia i jest to olbrzymia wartość dodana do programu wczesnego wykrywania raka płuca* – wyjaśnił prof. Mariusz Adamek.

Na 3 lata zaplanowanych jest 55 tys. badań u 15 tys. osób w sześciu makroregionach. Profesor Mariusz Adamek podkreślił, że to nie jest program rando-

mizowany, ale opiera się na dwóch największych projektach z randomizacją i pod względem liczebności będzie drugim programem na świecie po amerykańskim.

– *Program jest ustrukturyzowany, co oznacza, że każdy ośrodek biorący w nim udział będzie w taki sam sposób raportował dane. Stwarza to możliwość uzyskania unikalnych danych, sklasyfikowania ich i wykorzystywania przez lata. Jeśli to się uda, istnieje szansa, żeby taki program polityki zdrowotnej zaistniał na stałe* – zapowiedział prof. Mariusz Adamek.

Na początek wystarczy pilotaż

European Alliance for Personalised Medicine (EAPM) to sojusz na rzecz medycyny spersonalizowanej. Pełni on funkcję doradczą i opiniotwórczą w stosunku do działań strategicznych Komisji Europejskiej w dziedzinie ochrony zdrowia. EAPM przygotował Europejski Plan Walki z Rakiem na lata 2020–2030. Opracowanie to dotyczy



„
prof. Tadeusz Orłowski: Z ubolewaniem muszę stwierdzić, że w 2020 r. z Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na wczesną diagnostykę raka płuca nie zostały przeznaczone żadne pieniądze

”

Polski program jest hybrydą dwóch dużych zaleceń – Brytyjskiego Towarzystwa Chorób Klatki Piersiowej (British Thoracic Society – BTS) i amerykańskiego systemu Lung-RADS (Lung Reporting and Data System). Jak podkreślił prof. Mariusz Adamek, wybrane zostały najlepsze elementy obydwu tych standaryzacji

poszczególnych nowotworów. Jest podzielone na cztery sekcje: prewencja, diagnostyka, leczenie i zapewnienie odpowiedniej jakości życia chorym. Jego autorzy otrzymali dane ankietowe ze wszystkich krajów europejskich. Jak zostało ocenione leczenie raka płuca w Polsce?

– W tym dokumencie Polska została oceniona jako kraj, w którym podejście do raka płuca jest bardzo zróżnicowane. Są obszary, w których wypadamy bardzo dobrze, ale również takie, które wymagają naprawy. EAPM podkreśla, że rozpoczęliśmy już program pilotażowy wczesnego wykrywania raka płuca, co stawia nas przed wieloma krajami w Europie. Jako największy mankament wymieniany jest trudny dostęp do diagnostyki, a wiadomo, że to jest sprawa kluczowa, jeśli chodzi o wczesne rozpoznanie – powiedział prof. Witold Rzyman.

Przypomniał, że rak płuca odpowiada za 20 proc. zgonów z powodu nowotworów. Polska, razem z Danią, zajmuje trzecią pozycję – 67 zgonów na 100 000 mieszkańców. Dane europejskie z lat 2009–2015 pokazują, że 70 proc. przypadków raka płuca wykrywanych jest w fazie nieoperacyjnej, a 57 proc. już w fazie choroby rozsianej. W tej grupie 1/3 chorych umiera w ciągu 3 miesięcy. Przeżycie 5-letnie nie zmienia się od 20 lat i oscyluje wokół 15 proc.

Jedyna możliwość zmiany tych niekorzystnych statystyk to skuteczna wczesna diagnostyka. Polski program pilotażowy był pierwszym w Europie, po nas wprowadziły go Węgry i Wielka Brytania. Screening populacyjny jest prowadzony tylko

w Chorwacji. Szwecja i Niemcy są prawie gotowe do wdrożenia programów populacyjnych.

– Uważam, że stopniowe wprowadzanie *screeningu to optymalne rozwiązanie. Najpierw trzeba zrobić pilotaż, sprawdzić, jak to będzie funkcjonowało, a dopiero później na bazie ośrodków wyszkolonych w pilotażu stopniowo wprowadzać program w całym kraju* – wyraził pogląd prof. Witold Rzyman.

Diagnostyka zbyt rozproszona i nieodpowiedniej jakości

Według prof. Tadeusza Orłowskiego problemem nie jest dostępność diagnostyki – jeśli chodzi o liczbę wykonywanych badań, nie jest źle – lecz jej jakość.

– Diagnostyka jest zbyt rozproszona i nieodpowiedniej jakości. Na co dzień mamy do czynienia z pacjentem już gdzieś diagnozowanym, ale zanim trafił do ośrodka referencyjnego, minęło tyle czasu, że badania muszą być powtarzane. Dotyczy to zwłaszcza biopsji. Przed włączeniem nowoczesnej terapii w zaawansowanych stadiach nowotworu patolog musi otrzymać wystarczającą ilość odpowiedniej jakości materiału w celu określenia podtypu nowotworu, aby mógł przeprowadzić badania molekularne albo na nie skierować – wyjaśnił prof. Tadeusz Orłowski.

Podkreślił, że screening to szansa na zwiększenie liczby wczesnych wykryć raka płuca, a z tym jest duży problem i to nie tylko w Polsce.

– Z ubolewaniem muszę stwierdzić, że w 2020 r. z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na wczesną diagnostykę raka płuca nie zostały przeznaczone żadne pieniądze. Wiążemy duże nadzieje z bieżącym rokiem – powiedział prof. Tadeusz Orłowski.

Przytoczył dane dotyczące skuteczności screeningu. Wykrywalność raka piersi wynosi 0,6–1 proc., raka jelita grubego 0,8 proc., a niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) – 0,85–2,7 proc. W kilku ośrodkach polskich, m.in. w Gdańsku, Szczecinie, Warszawie, Poznaniu, przeprowadzono pilotażowe badania z wykorzystaniem NDTK klatki piersiowej u osób z grupy ryzyka. W Gdańsku wykrywalność była na poziomie 1,6 proc., w Poznaniu 1,09 proc., w Szczecinie 0,9 proc., a w regionie mazowieckim – 1,1 proc.



”

prof. Mariusz Adamek: Jeśli wykonujemy NDTK klatki piersiowej, uzyskujemy informacje nie tylko o wczesnym raku płuca, lecz także o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, chorobie niedokrwiennej serca, śródmiąższowych chorobach płuc, chorobach aorty, osteoporozie, guzach piersi i górnych biegunów nerek. Można powiedzieć, że taki screening to doroczny przegląd stanu zdrowia



”

prof. Witold Rzyman: Obecnie od pierwszych objawów do rozpoznania upływa 4–6 miesięcy. Wiem, jak można bez dodatkowych kosztów, jedynie przez odpowiednią organizację spowodować, że pacjent zostanie zdiagnozowany w ciągu tygodnia

– Efektywność jest zatem bardzo wysoka. Stąd mój apel do ministra Miłkowskiego, żeby uwzględnić dofinansowanie wczesnej diagnostyki i bardzo specjalistycznej aparatury, bo teraz diagnostyka nierzadko wykonywana jest dopiero na stole operacyjnym – przekonywał. Profesor Tadeusz Orłowski nawiązał do idei *lung cancer unit*. – Absolutnie powinniśmy się na nich skoncentrować, żeby poprawić jakość diagnostyki. W finalnym rozrachunku *lung cancer unit* są opłacalne dla płatnika. Diagnostyka w ośrodku wysokospecjalistycznym może w niektórych segmentach być droższa, ale per saldo z całą pewnością się opłaca – zaznaczył.

– Całkowicie zgadzam się z prof. Orłowskim. Uważam, że diagnostyka ma niesamowitą potencjał, a jej efektywność kosztowa jest bardzo wysoka, zważywszy, że to jest jedyny element wpływający na poprawę przeżywalności. Wiemy, że wykrycie nowotworu we wczesnym stadium i możliwość zoperowania chorego spektakularnie wydłuża czas przeżycia. Mamy właściwie bezlimitowy dostęp do tomografii komputerowej, ale badania przesiewowe muszą być wykonane specjalnym aparatem niskodawkowym, który jest znacznie droższy – skomentował wiceminister Maciej Miłkowski.

AOTMiT obawia się fałszywie dodatnich wyników

Zapytany o opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w kwestii roli i skuteczności programów screeningowych w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób onkologicznych, Dominik Dziurda powiedział, że opinie profesorów znajdują pełne potwierdzenie w badaniach naukowych. Wskazał jednocześnie wyzwania dla systemu, które wiążą się z coraz większym rozpowszechnieniem badań screeningowych.

– Przedłużenie przeżycia chorych na raka płuca jest absolutnym priorytetem dla systemu. Można je osiągnąć dzięki profilaktyce pierwotnej, czyli promocji niepalenia tytoniu – to jest najbardziej efektywne kosztowo działanie w tym zakresie. Drugi element to wczesne postawienie podejrzenia, czyli m.in. screening, a trzeci to wczesna i pewna diagnostyka w dobrze wyposażonych i zorganizowanych ośrodkach. Niewątpliwie screening daje istotne wydłużenie czasu wyprzedzenia diagnostycznego. Jeżeli tylko idą za nim szybka, pogłębiona diagnostyka, szybko wykonana operacja i pewne leczenie, to powinno następować wydłużenie życia. Trzeba przy tym pamiętać – i to pokazują badania, że screening wydłuża czas życia pacjenta ze świadomością choroby. Absolutnie nie kwestionując potrzeby zmiany struktury rozpoznań, do czego drogą jest screening, będziemy mieli problem, żeby właściwie zaopiekować się pacjentami, którzy mogą dłuższy czas żyć ze świadomością choroby. Druga kwestia to zwiększenie obciążenia strumienia pogłębionej diagnostyki przez pacjentów z wynikami fałszywie dodatnimi, a ich odsetek sięga 25 proc. Musimy zdawać sobie sprawę, że konieczność kolejnych badań w celu potwierdzenia podejrzenia będzie oddziaływała na system. To nie oznacza, że nie należy tego robić, tylko musimy być odpowiednio przygotowani – wyjaśniał Dominik Dziurda. ▶



PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2021

”

Badania przesiewowe to dziedzina, która w ostatnich 2–3 latach rozwija się niezwykle dynamicznie. Dzięki badaniom przesiewowym w kierunku raka płuca nastąpił niewiarygodny skok w radiologii

► Odpowiedzią na te problemy jest szybkie wprowadzenie rozwiązań, nad którymi pracuje Ministerstwo Zdrowia. Wcześniej AOTMiT razem z ekspertami przygotowywała założenia *lung cancer unit*.

– Jednym z podstawowych wymogów stawianych ośrodkom jest doświadczenie personelu, a więc wykonanie rocznie przynajmniej 400 badań tomografii klatki piersiowej, 200 badań endoskopowych przeprowadzonych przez pulmonologów lub chirurgów, 150 rozpoznań pierwotnego raka płuca przez patomorfologów. Takie doświadczenie stanowi podbudowę tego, że będziemy mieli do czynienia z szybką i pewną diagnostyką oraz właściwym leczeniem. Bardzo ważna jest też jasność protokołów diagnostycznych i terapeutycznych, których oczekujemy od tych ośrodków. Prace są już na końcowych etapach, więc mam nadzieję, że niebawem zostanie to wdrożone – dodał Dominik Dziurda.

Sztuczna inteligencja pomoże w ocenie radiologicznej

– Te same obawy odnoszą się do wszystkich innych screeningów, a nie są tak akcentowane jak w przypadku raka płuca. Jeśli mówimy o dłuższym życiu pacjenta ze świadomością choroby nowotworowej, to proszę wziąć pod uwagę, że wraz z wdrożeniem nowoczesnego leczenia systemowego w sytuacjach, kiedy choroba jest diagnozowana w wyższym stopniu zaawansowania, udaje się uczynić z raka płuca chorobą przewlekłą. Pacjent, u którego rozpoznano nowotwór w IV stopniu zaawansowania, żyje z chorobą 5, a czasami nawet 6 lat. Te

obawy nie odnoszą się w sposób bezpośredni do wczesnych postaci raka płuca, bo w nich wykonujemy operację i usuwamy chorobę, a pacjent pozostaje tylko pod kontrolą. Są tacy chorzy, którzy mieli drugi i trzeci nowotwór, a mimo to byli skutecznie leczeni. Proszę wziąć również pod uwagę, że pacjent zoperowany jest dla płatnika dużo mniejszym obciążeniem niż ten, który musi latami stosować skomplikowane i kosztowne terapie – skomentował prof. Tadeusz Orłowski.

Jeśli chodzi o fałszywie dodatnie wyniki, prof. Tadeusz Orłowski przypomniał, że do oceny radiologicznej wprowadzana jest tzw. sztuczna inteligencja, która pomoże diagnostyce. – Z całym przekonaniem mogę powiedzieć, że doświadczony radiolog myli się nieczęsto i odsetek fałszywie dodatnich rozpoznań – zaryzykują stwierdzenie – jest dużo mniejszy niż w przypadku guzków piersi – zapewniał.

Jak zwiększyć skuteczność badań przesiewowych

Profesor Witold Rzyman przypomniał, że badania przesiewowe to dziedzina, która w ostatnich 2–3 latach rozwija się niezwykle dynamicznie. Dzięki badaniom przesiewowym w kierunku raka płuca nastąpił niewiarygodny skok w radiologii. Zdaniem eksperta kraje europejskie idą w bardzo dobrym kierunku, bo w stronę centralizacji. Taki system jest bardziej wydolny niż w Stanach Zjednoczonych, gdzie placówki wykonujące screening są rozproszone. – W Polsce program zakłada sześć referencyjnych ośrodków, od których będą się uczyć inni, a później stopniowo propagować wiedzę i umiejętności, jednak z zachowaniem centralizacji, przynajmniej w podejmowaniu decyzji – zapowiedział prof. Witold Rzyman.

– Efektywność badań przesiewowych może zwiększyć zastosowanie dodatkowych technik diagnostycznych. Jedną z nich jest bronchonawigacja. Jeżeli obawiamy się fałszywie dodatnich wyników badań radiologicznych, to właśnie tego typu technologie pozwalają na doprecyzowanie, z jakim procesem mamy do czynienia. Wykrywają ponadto nawet nie-



”

Maciej Miłkowski: Bronchoskopia z nawigacją to świadczenie zdecydowanie droższe w porównaniu z podstawowym. Uważam, że powinno być ono zarezerwowane dla wyjątkowych pacjentów, u których absolutnie konieczne jest jego wykonanie



”

Dominik Dziurda: Jednym z podstawowych wymogów stawianych ośrodkom jest doświadczenie personelu, a więc wykonanie rocznie przynajmniej 400 badań tomografii klatki piersiowej, 200 badań endoskopowych przeprowadzonych przez pulmonologów lub chirurgów, 150 rozpoznań pierwotnego raka płuca przez patomorfologów

wielkie zmiany w płucach. Stąd nasz apel do AOTMiT, żeby te nowoczesne, wchodzące na rynek metody uzyskały jak najszybciej ocenę, byśmy mogli z nich korzystać – powiedział prof. Tadeusz Orłowski.

– Mówimy o centralizacji badań przesiewowych, ale dotyczy to również *lung cancer unit*, bo przecież chodzi o skoncentrowanie nowoczesnych, bardzo kosztownych technik diagnostycznych, a potem leczniczych w ośrodkach, które mają duże doświadczenie i są w stanie w sposób efektywny je wykorzystać. Tymczasem NFZ daje możliwość wykonywania procedur torakochirurgicznych na oddziałach onkologicznych. Chirurg onkolog niewątpliwie ma duże umiejętności w innych obszarach, ale akurat z torakochirurgią zapoznaje się tylko w trakcie kilkutygodniowego stażu, a zatem ma bardzo małe doświadczenie. Sygnalizowałem to ministrowi Miłkowskiemu, ale w dalszym ciągu nie znalazło to odzwierciedlenia w działaniach NFZ. Jeśli taka sytuacja się utrzyma, przewiduję stopniowe obniżenie jakości leczenia. Dlatego apeluję do decydentów, żeby się przyjrzyli temu problemowi. Tak jak procedury związane z leczeniem ukierunkowanym molekularnie nie powinny być rozproszone, a obecnie są wykonywane na 94 oddziałach, bo tyle ma podpisany kontrakt z NFZ, tak samo procedury wyspospecjalistyczne w zakresie chirurgicznego leczenia raka płuca nie powinny być przeprowadzane na oddziałach, które nie mają w tym doświadczenia – wyraził pogląd prof. Tadeusz Orłowski.

– Bronchoskopia z nawigacją to świadczenie zdecydowanie droższe w porównaniu z podstawowym, czyli badaniem niskoemisyjną tomografią komputerową. Uważam, że powinno być ono zarezerwowane dla wyjątkowych pacjentów, u których absolutnie konieczne jest jego wykonanie. AOTMiT oceni, co jest przesiewem, a co wyjątkiem. Myślę, że jest miejsce dla wielu nowoczesnych technologii. Jeśli chodzi o *lung cancer unit*, sądzę, że dopracujemy sieć ośrodków i ich liczbę tak, żeby sprawnie, bez kolejek realizować świadczenia zdrowotne – skomentował wiceminister Maciej Miłkowski.

Wystarczy odpowiednia organizacja działań

– Mamy szansę dokonać przełomu w diagnostyce raka płuca. Mamy szansę zrobić to dobrze, ponieważ pracuje nad tym olbrzymi zespół bardzo zmotywowanych osób – zauważył prof. Mariusz Adamek. Zwrócił się również z prośbą do wiceministra Miłkowskiego o podjęcie starań o wydłużenie obowiązywania programu.

– Leczenie molekularne to olbrzymi postęp. Pamiętajmy, że ono dotyczy chorych w IV stopniu zaawansowania. Musimy odwrócić tę tendencję – wcześniej wykrywać raka płuca. Obecnie od pierwszych objawów do rozpoznania upływa 4–6 miesięcy. Wiem, jak można bez dodatkowych kosztów, jedynie przez odpowiednią organizację spowodować, że pacjent zostanie zdiagnozowany w ciągu tygodnia – powiedział prof. Witold Rzyman.

– Mam wielką nadzieję, że badania screeninguowe będą wykonywane nie tylko w ramach eksperymentalnego programu, ale wejdą do codziennej praktyki – podsumował prof. Tadeusz Orłowski. ■

