

Druga šola pljučnega raka

Karmen Stanič¹, Martina Vrankar¹

Onkološki inštitut, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana

Združenje za radioterapijo in onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana (OI) sta 30.9.2016 na OI organizirala enodnevno šolo pljučnega raka, namenjeno sodelovanju različnih zdravstvenih delavcev, ki se srečujejo in sodelujejo pri zdravljenju te težke bolezni. Preko sto udeležencem je predavalo kar 21 strokovnjakov iz različnih področij.

Vse udeležence je na začetku pozdravila generalna direktorica inštituta ga. Zlata Štiblar Kisić, ki je poudarila pomen takšnih srečanj in nam zaželela uspešno strokovno delo. Uvodno predavanje strokovnega direktorja doc. dr. Viljema Kovača, dr. med., ki je predstavil breme pljučnega raka kot nacionalni problem, je temeljilo ne le na statističnih in epidemioloških podatkih, pač pa tudi na dolgoletnih lastnih izkušnjah, ki jih je pridobil ravno pri zdravljenju tumorjev prsnih organov. Več kot polovico porasta incidence raka lahko pripišemo staranju prebivalstva, vendar je pri pljučnem raku glavni etiološki dejavnik aktivno kajenje tobaka. Slednje poveča tveganje za nastanek pljučnega raka za 8 do 30-krat. Tveganje je odvisno od količine pokajenih cigaret in je večje pri tistih, ki so s kajenjem začeli v zgodnji mladosti. Ženske so začele množično kaditi kasneje kot moški in ker se nevarnost za pojav raka pljuč pri kadilcih viša tako z dnevnim številom pokajenih cigaret kot tudi s trajanjem kajenja, tudi porast raka pri ženskah beležimo kasneje kot pri moških. Po prenehanju kajenja se nevarnost za pojav raka pljuč prične nižati in doseže raven nekadilcev šele po približno 10-15 letih.

Podrobno je o uporabi in ukrepih za zmanjševanje porabe tobačnih in povezanih izdelkov spregovorila Helena Koprivnikar, dr. med. iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Kajenje tobaka, ki je vodilni preprečljivi vzrok smrti v svetu, pripisujemo v Sloveniji 19 % smrti pri Slovencih, starih 30 let ali več (27 % pri moških in 11 % pri ženskah). Kajenje povzroča 21 % smrti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni in kar četrtina smrti se zgodi pred 60. letom starosti. V Sloveniji kadi vsak četrti prebivalec star 15 let ali več. Zaskrbljujoče je, da je okoli dve tretjini prebivalcev Slovenije, starih 35–44 let, ki so kadarkoli v življenju kadili, je prvič kadilo že pred polnoletnostjo. Opustitev kajenja je koristna za zdravje v kateremkoli starostnem obdobju in zdravstveni delavci imajo pri tem zelo pomembno vlogo, saj je verjetnost kadilca, da bo prenehal kaditi kar 1,7-krat večja pri tistih, ki prejme kratek nasvet zdravstvenega delavca, kot pri tistih, ki takega nasveta ne dobijo. Nekateri se pri tem poslužujejo elektronskih cigaret, vendar tudi elektronske cigarete vsebujejo zdravju škodljive snovi, varnost njihove dolgoročne uporabe ni znana in ne moremo trditi, da so varne za zdravje. Na kratko smo izvedeli tudi poudarke nove zakonodaje.

K sodelovanju smo povabili tudi pulmologa iz KOPA Golnik Jerneja Sitarja, dr. med., ki je predstavil multidisciplinarni pristop obravnave bolnika s pljučnim rakom. Pulmolog je odgovoren za diagnostiko in zamejitev bolezni ob prvi obravnavi kakor tudi za ponovno zamejitev tekom ali po končanem zdravljenju.

nju. Hitra in natančna diagnostika pa sta pomembna za uspešno nadaljnje zdravljenje. Na žalost zelo subtilnih znakov, ki bi jih lahko zanesljivo povezali z nastankom pljučnega raka, ni. Visoko tveganje za razvoj pljučnega raka imajo kadilci in bivši kadilci. Za kadilce je pomembno, da so pozorni na spremembo vrste kašlja (ta je pri dolgoletnih kadilcih zjutraj skorajda nepogrešljiv), prisotnosti izmečka oz. o prisotnosti krvi v izmečku.

Kako pri bolniku s pljučnim rakom s slikovnimi preiskavami anatomsko zamejimo obseg bolezni po TNM klasifikaciji in s tem opredelimo stadij, kar določa operabilnost tumorja in ima tudi prognostično vrednost, nam je z obsežnim slikovnim materialom ponazorila mag. Ana Felicijan, dr. med. iz Onkološkega inštituta v Ljubljani. Z radiološkimi preiskavami poleg tega tudi ocenjujemo uspešnost zdravljenja, odkrivamo zaplete in posledice zdravljenja ter sledimo naključnim najdbam v pljučih. Pred dvema letoma je klinična raziskava prvič dokazala, da lahko s nizko dozno računalniško tomografijo, ki ima tudi visoko ločljivost, umrljivost zmanjšamo za 20 %, saj s preiskavo lahko najdemo veliko manjših operabilnih tumorjev. Vendar pa je takšno presejanje prineslo tudi številne nepotrebne operacije, zato omenjenega presejalnega testa še niso vključili v smernice obravnave pljučnega raka razen v Kanadi in v ZDA. Tam priporočajo skrbno spremljanje populacije bivših kadilcev starih 55–75 let, ki so kadili več kot 30 let.

Urgentna stanja ja predstavila dr. Karmen Stanič, dr. med.. Pri pljučnem raku lahko nastanejo kot posledica invazivne rasti tumorja, izločanja aktivnih substanc iz tumorja ali specifičnega onkološkega zdravljenja. Med vsemi onkološkimi bolniki, ki so bili napoteni na urgenco, je bilo največ bolnikov s pljučnim rakom (17–26 %). Najpogostejši vzroki so bili bolečina (23 %), težko dihanje (10–22 %), splošno poslabšanje stanja (10–12 %) in zvišana telesna temperatura (7–9 %). Na žalost so na urgenco prepogosto napoteni bolniki v terminalnem stanju svoje bolezni. Pri paliativnem bolniku je napotitev v bolnišnico smiselna le po posvetu in v dogovoru z onkologom.

Vlogo družinskega zdravnika je na primeru predstavila dr. Anja Černe, dr. med. Družinski zdravnik ima pomembno vlogo v preventivi pljučnega raka pri opuščanju kajenja in je tudi prvi, ki ob simptomih pomisli na pljučnega raka ter bolnika napoti na nadaljnjo diagnostiko. Tekom zdravljenja skrbi za simptomatsko zdravljenje in nudi bolniku in njegovi družini psihično pomoč. V tem obdobju je za bolnika zelo pomembno dobro sodelovanje med onkologom in družinskim zdravnikom, saj mu vliva zaupanje, da je zanj res vse narejeno. Pri družinskih zdravnikih bolniki s pljučnim rakom iščejo pomoč zaradi motečih simptomov, respiratornih okužb in logističnih problemov.

Predavanje Tomaža Štupnika, dr. med. o zapletih kirurškega zdravljenja je zaradi njegovih drugih obveznosti predstavila njegova kolegica kirurginja dr. Ana Mavko, dr. med. Odkar večino bolnikov z odstranljivim pljučnim rakom operirajo na manj invaziven – videotorakoskopski način (VATS), so hudi poopera-

ktivni zapleti bistveno manj pogosti kot nekoč, ko so operirali na odprti način – s torakotomijo. Bolniki po videotorakoskopskem posegu okrevajo bistveno hitreje, zato lahko večino obravnavajo na način, ki ga imenujejo kirurgija s pospešenim okrevanjem in ki omogoča, da lahko približno polovico bolnikov iz bolnišnice varno odpustijo v domačo oskrbo že 1. ali 2. dan po operaciji. Teden dni po videotorakoskopski analgetomiji pljuč večina bolnikov lahko opusti jemanje analgetikov, tri tedne po posegu pa se večina že lahko vrne v službo.

Dr. Martina Vrankar, dr. med. je predavala o obsevanju, ki je najpogostejši način zdravljenja bolnikov s pljučnim rakom, pa naj gre za paliativno, pooperativno ali definitivno radikalno obsevanje. Po podatkih Registra raka je bilo v Sloveniji leta 2012 od 1254 novo zbolelih v okviru prvega zdravljenja obsevanih 547 (43,6 %), zdravljenih s sistemsko terapijo 478 (38,1 %) in operiranih 253 (20,2 %) bolnikov s pljučnim rakom. Nove tehnike obsevanja, kot je npr. stereotaktično obsevanje, širi indikacije za obsevanje tudi na področje zgodnje oblike pljučnega raka, hkrati pa omogoča dobro obvladovanje neželenih učinkov in manjšo verjetnost za resne in usodne zaplete obsevanja.

K družinskem zdravniku se še vedno pogosto zatečejo bolniki s pljučnim rakom zaradi neželenih učinkov kemoterapije, ki še vedno igra izredno pomembno vlogo v zdravljenju metastatske bolezni. Ima znane in predvidljive sopojave, ki pa so obvladljivi. Mag. Mojca Unk, dr. med. je opozorila na najpomembnejše in poudarila pomen dobre poučenosti o neželenih učinkih ne le zdravstvenih delavcev pač pa tudi bolnika in svojcev.

Tema predavanja prof. dr. Tanje Čufer, dr. med. je bilo tarčno zdravljenje. Razpoznava molekularnih označevalcev, ki so vodilni onkogeni raka pljuč, je omogočila delitev raka pljuč v molekularne podtipe in razvoj učinkovitih tarčnih zdravil. Danes se pri vseh bolnikih z razsejanim neploščatoceličnim rakom pljuč rutinsko določa mutacije receptorja za epidermalni rastni faktor (EGFR mutacije) ter prerazporeditve anaplastične limfomske kinaze (ALK) in receptor tirozin kinaze iz družine inzulinskih receptorjev (ROS1) Bolnike s potrjenimi označevalci se nato zdravi z ustreznimi tarčnimi zdravili. Najpogostejša neželena učinka proti EGFR ali ALK usmerjenih TKI so kožne spremembe in driska. Oba neželena učinka je mogoče z ustreznimi preventivnimi in podpornimi ukrepi v veliki meri preprečiti ali vsaj omiliti. Zelo redko so neželene učinki resni in zahtevajo nekajdnevno prekinitev tarčnega zdravljenja. Tarčno zdravljenje raka pljuč še ni doseglo platoja. Nove metode molekularne biologije, kot je sekvenciranje nove generacije, omogočajo razpoznavo novih vodilnih onkogenov. V razvoju so nova tarčna zdravila, tudi za ploščatocelični rak pljuč, zdravila z boljšim prehodom v CZS in boljšim varnostnim profilom. Potekajo tudi raziskave dopolnilnega tarčnega zdravljenja in ne nazadnje je v fazi preizkušanja kombinacija tarčnega zdravljenja in imunoterapije.

Nov izziv v zdravljenju pljučnega raka je imunoterapija, ki jo je predstavil Tomaž Kompan, dr. med. Za razliko od klasične kemoterapije, ki je usmerjena v zaviranje sintetičnih procesov hitro deljivih celic v različnih fazah celičnega ciklusa, in tarčnih zdravil, ki so usmerjena v blokado signalnih poti, ki uravnavajo rast in širjenje tumorja, poskušamo z imunoterapijo vplivati na imunski sistem oz. ga usmerjati. Imunoterapija lahko služi kot pomoč imunskemu sistemu pri prepoznavanju tumorskih celic kot tujih, lahko stimulira imunski odgovor proti tumorskim celicam ali pa prekine zavoro imunskega sistema, ki tolerira rast tumorja. Prvi rezultati pri zdravljenju napredovalega nedrobnoceličnega pljučnega raka so spodbudni, neželene učinki tovrstnega zdravljenja pa se razlikujejo od neželenih učinkov drugih oblik sistemskega zdravljenja. Tudi ocenjevanje odziva na zdravljenje je drugačno in zahteva precej kliničnih izkušenj.

Tudi ko specifično onkološko zdravljenje ni več možno ali smiselno, je za lajšanje simptomov pri bolniku potrebno paliativno zdravljenje. Bolniki z napredovalim rakom pljuč imajo pogosto simptome dispneje, kašlja, stridorja in hemoptize, ki zmanjšujejo kakovost življenja, neredko pa povzročajo tudi hudo stisko. Kako z izpraznitvijo malignega plevralnega izliva, z vstavitvijo opornice v dihalno pot, vstavitvijo trajnega drenažnega katetra in s plevrodezo lahko simptome ter kakovost življenja izboljšajo, je pokazala kirurginja Ana Mavko, dr. med.

Zelo pogosto se pri bolnikih s pljučnim rakom poslužujemo paliativnega obsevanja, je povedala Danijela Štrbac, dr. med. Pri tem se odločamo najprej glede na bolnikovo stanje zmogljivosti, nato glede na razpoložljive podatke iz literature in lastne izkušnje. Pri tovrstnem zdravljenju so cilji drugačni, saj ne želimo podaljševati življenja, temveč želimo bolniku zmanjšati trpljenje in mu omogočiti čim boljšo kakovost življenja.

Mag. Mateja Lopuh, dr. med. je spregovorila o skrbi za bolnika s pljučnim rakom v domačem okolju, ki zahteva velik vložek svojcev. Ti morajo biti za svojo vlogo dobro motivirani. Bolniki s pljučnim rakom v raziskavah navajajo največje število simptomov in najbolj izraženo težo teh simptomov, zato je skrb v domačem okolju velika obremenitev za svojce, ki velikokrat poročajo o povečanem psihofizičnem stresu in premajhni stopnji podpore. Med vsemi raki naj bi bila nesoglasja med odločitvami bolnikov in njihovih svojcev največja ravno pri pljučnem raku. Predstavila je mobilno enoto na Gorenjskem, ki je v letu 2015 skrbela za 20 bolnikov s pljučnim rakom, ki so vsi umrli v domačem okolju. Svojci so kot izjemno pomembno izpostavili 24-urno dosegljivost in praktično vsakodnevne obiske v domačem okolju.

Medicinske sestre morajo imeti ogromno znanja o pljučnem raku in vseh vrstah zdravljenja ter o neželenih učinkih, njihovem preprečevanju in ustreznem ukrepanju ob njihovem pojavu je povedala Vesna Bukovec, dipl.m.s. Poleg zdravstvene vzgoje so odgovorne tudi za strokovno izvedbo vseh aktivnosti zdravstvene nege. Čeprav medicinska sestra izvaja svoje delo po naročilu zdravnika, je na področju zdravstvene nege avtonomna in se zato od nje pričakuje, da se nenehno strokovno izpopolnjuje. Le tako lahko zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo bolnikov.

Celosten pristop k obravnavi bolnika s pljučnim rakom vključuje tudi socialno delavko, njihovo delo je predstavila Leonida Marinko, mag. soc. del.. Socialna delavka na podlagi individualnih potreb bolnika organizira družinski sestanek. Pomembno je, da strokovnjaki, ki so vključeni v obravnavo bolnika s pljučnim rakom, prepoznajo stisko bolnika in njegove družine ter nudijo potrebno pomoč in podporo. Psihosocialna podpora je nujen del celostne oskrbe bolnikov s pljučnim rakom in je pomemben element pri uspešnosti zdravljenja. Najpogostejše izpostavljene problem na družinskih sestankih je strah in nemoč bolnika ter svojcev ob dihalni stiski bolnika.

O posebnem izzivu zdravljenja bolnikov s kostnimi zasevki, ki prejemajo antiresorptivna zdravila, nas je slikovito seznanil Vojko Didanovič, dr. med. iz Klinike za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana. Nova zdravila so doprinesla k izboljšanju življenja bolnikov s kostnimi metastazami, vendar so zaradi ustavljenega metabolizma kosti prinesla tudi težave, ki se kažejo kot osteonekroza čeljusti. Zdravnike, ki antiresorptivna zdravila predpisujejo, ter zdravnike in zobozdravnike, ki izvajajo posege v ustni votlini, je treba na ta stranski učinek zdravil opozoriti. Vse bolnike, ki ta zdravila prejemajo, pa je treba ustrezno izobraziti ter redno kontrolirati.

Doc. dr. Mirjana Rajer, dr. med. je pojasnila razliko med alternativnim in komplementarnim zdravljenjem. Pljučni rak je bolezen s slabo prognozo, zato ne preseneča dejstvo, da veliko

bolnikov išče pomoč pri ponudnikih alternativnega zdravljenja. Bolniki so namreč velikokrat trdno prepričani, da jim bo alternativno zdravljenje koristilo ali jih celo pozdravilo. Glede na veliko število alternativnih metod zdravljenja (na področju raka je zabeleženih vsaj 300), je nemogoče, da bi jih vse podrobno poznali. Alternativne metode zdravljenja so metode, ki jih t. i. zdravniki svetujejo namesto standardnega zdravljenja. To je npr. neka določena dieta, ki jo svetujejo kot zdravljenje raka namesto kemoterapije. Zdravljenje z alternativnimi metodami je neučinkovito oz. njegova učinkovitost ni dokazana z znanstvenim preizkušanjem in je tudi potencialno nevarno. Komplementarne metode zdravljenja pa so metode, ki jih bolniki lahko uporabljajo sočasno s standardnim zdravljenjem. Njihov primarni namen je lajšanje simptomov in neželenih učinkov standardnega zdravljenja in ne ubijanje rakavih celic. Za bolnika so prijetne, običajno so nefarmakološke in poceni. Zdravniki bolnikom lahko svetujejo uporabo komplementarnih metod, pozornost je potrebna le glede morebitnih interakcij.

Dr. Ana Lina Vodusek in dr. Braž Grošelj, dr. med. sta na primeru bolnika predstavila oligometastatsko bolezen, ki je predlagana tudi v novi TNM klasifikaciji nedrobnoceličnega raka pljuč kot nov M1b stadij, ki ga definira solitarna metastaza v enem organu. Bolniki z oligometastatsko boleznijo so pomembna podskupina metastatskih bolnikov, saj je ob individualnem pristopu diagnostike in zdravljenja njihovo celokupno preživetje in kakovost življenja bistveno boljša kot pri ostalih skupinah metastatskih bolnikov.

Ilonka Osrajnik, dr. med. z pljučnega oddelka UKC Maribor je na primeru bolnika ponazorila kako lahko uspešno poteka individualizirano zdravljenje. Kljub temu, da zaradi potreb in želja bolnika sam potek zdravljenja ni bil popolnoma skladen s smernicami za zdravljenje pljučnega raka, pa je bil le tak način zdravljenja za bolnika sprejemljiv in glede na preživetje tudi uspešen.

K sodelovanju smo povabili tudi vodjo Območne enota Ljubljana iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije mag. Olivero Masten-Cuznar, dr. med., da bi slišali o možnostih rehabilitacije bolnikov s pljučnim rakom. Temeljni cilj vsakega zdravstvenega sistema je maksimalno izboljšanje kakovosti zdravljenja ob racionalni in ekonomični uporabi razpoložljivih materialnih, prostorskih in kadrovskih zmogljivosti. Rehabilitacija ne predstavlja samo zdravljenja v zdravilišču, ampak gre za proces od samega začetka zdravljenja pa do konca življenja, ki vključuje učenje novih vedenjskih vzorcev in uporabo medicinskih pripomočkov za zmanjševanje telesnih in duševnih posledic bolezni. Cilj dobrega sodelovanja ni le podaljševanje življenja bolniku z rakom pljuč, ampak spodbujanje bolnika k dejavnemu sodelovanju v zdravljenju, aktivno usmerjanje diagnostike in zdravljenja k ozdravitvi/ustavitvi napredovanja bolezni ter celoviti rehabilitaciji s čim manjšimi neželenimi učinki zdravljenja, spreminjanje odnosa do rakave bolezni v socialnem okolju in nudenje podpore svojcem, da prepoznajo bolnikove potrebe. Sestavni del oskrbe je tudi načrt postopnega vračanja na delo oz. dolgoročne prognoze zmožnosti za delo in ocene na Invalidski komisiji.

Udeleženci so nam ob zaključku podali svoje misli in predloge za nadaljnje sodelovanje vseh strokovnjakov, ki se ukvarjamo z zdravljenjem pljučnega raka. Upamo, da se vidimo v naslednjem letu že na tretji šoli pljučnega raka.