

# PROGRAM SPREMLJANJA BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM OD DIAGNOZE DO TERMINALNEGA STANJA

Peter Kecejl

Pljučni rak postaja v zahodnem svetu vodilni vzrok smrti zaradi malignih bolezni tako pri moških, kot tudi pri ženskah. Bolnika s pljučnim rakom moramo spremljati od prvih simptomov do njegove smrti. Celotni čas bi lahko razdelili na tri obdobja:

- postavitve diagnoze
- zdravljenje
- terminalni stadij

## Postavitev diagnoze

Simptomi in znaki pljučnega raka so pri večini bolnikov v začetku zelo neznačilni in zdravnika ne usmerijo v pravo smer. Pri vsakem bolniku, kadilcu moramo ob poslabšanju splošnega zdravstvenega stanja pomisliti tudi na pljučnega raka. Najpogostejši simptomi in znaki so naštetih v tabeli 1.

**Tabela 1:** Simptomi in znaki ob diagnozi pljučnega raka

Simptomi in znaki	Pogostnost pojavljanja (%)
Kašelj	8-61
Bolečina v prsnem košu	20-33
Dispnea	7-40
Hemoptize	6-31
Hujšanje	55-88
Hripavost	3-13
Disfagija	1-5
Kostne bolečine	6-13
Betičasti prsti	0-20
Povečane supraklavikularne bezgavke	26-42
Pleuralni izliv	12-33
Povečana jetra	3-20
Nevrološke motnje	4-21

Najpogostejša sta kašelj in hujšanje. Posebej moram opozoriti na kašelj, ki je pogosto prisoten pri bolnikih že zelo dolgo pred postavitvijo diagnoze. Značilnemu t. i. kadilskemu kašlju se spremeni karakter, lahko se mu pridružijo minimalne hemoptize. Vsakemu kadilcu s takim opisom kašlja je nujno potrebno opraviti rentgensko slikanje pljuč. Hujšanje je drugi opozorilni znak, ki je pri kadilcu brez drugih težav zelo pomemben in potrebuje natančno diagnostično obdelavo. Tukaj se začne sodelovanje med bolnikovim osebnim zdravnikom in pulmologom, ki v naših krajih postavlja dokončno diagnozo pljučnega raka. Bolnikov osebni zdravnik je tisti, ki prvi pomisli na diagnozo pljučnega raka.

V standardni diagnostični obdelavi bolnika s sumom na pljučnega raka moramo opraviti naslednje preiskave:

- celotno krvno sliko, sedimentacijo
- osnovni elektroliti (tudi Ca), alkalno fosfatazo, proteinogram, hepatogram, kreatinin, sečnina
- rentgensko slikanje pljuč (v dveh projekcijah)
- CT-prsnega koša in zgornjega dela trebuha / UZ trebuha
- patološka potrditev raka ( bronhoskopija, pertorakalna igelna aspiracija)

Pri bolnikih, kjer bomo verjetno opravili operativno odstranitev tumorja moramo opraviti natančno zamejitev pljučnega raka in izključiti oddaljene zasevke. Dodatne preiskave so:

- preiskava pljučne funkcije
- perfuzijska scintigrafija pljuč- bolniki z mejno pljučno funkcijo
- scintigrafija skeleta – ob sumu na zasevke tudi biopsija kostnega mozga
- CT-glave/MRI glave – ob sumu na zasevke v možgane

Nekateri avtorji menijo, da bi morali pri vseh bolnikih s pljučnim rakom opraviti vse zgoraj navedene preiskave (razen perfuzijske scintigrafije pljuč) že ob sami diagnozi in ne šele ob pojavljanju kliničnih sumov oddaljenih zasevkov.

## Zdravljenje

Vrste zdravljenja pljučnega raka so natančno obravnavane v drugih poglavjih. Omejil bi se na povezavo med osebnim zdravnikom in kliničnimi ustanovami, ki se ukvarjajo z zdravljenjem. Med zdravljenjem je bolnik pogosto v oskrbi osebnega zdravnika. Prepoznavati mora predvsem zaplete zdravljenja, ki so možni tako po operativnem kot po citostatskem zdravljenju. Zaželjeno je, da je bolnik čim dalj v domači oskrbi tako zaradi zmanjševanja stroškov zdravljenja, kot tudi zaradi bolnikovega dobrega počutja, oziroma zaradi boljše kvalitete življenja. Zaplete zdravljenja moramo ločevati od naravnega poteka bolezni. Bolnike bi lahko razdelili v tri skupine glede na verjeten izid zdravljenja:

- velika verjetnost popolne ozdravitve- bolniki z radikalno odstranjenim tumorjem, verjetnost relapsa je zelo majhna

- bolniki z doseženo remisijo bolezni, majhna do velika verjetnost relapsa bolezni
- bolniki na simptomatskem zdravljenju, remisije niti nismo poskušali doseči

Prva skupina bolnikov naj ne bi prišla do terminalnega stadija bolezni. Zaplet kirurškega zdravljenja pljučnega raka je pri teh bolnikih ob napredovali kronični obstruktivni pljučni bolezni lahko pojavljanje respiracijske insuficience. To poskušamo preprečiti z natančno predoperativno opredelitvijo pljučne funkcije. Bolnikom je v tem primeru odobreno trajno zdravljenje s kisikom na domu. V nadaljnje vodenje takega bolnika se vključita tako njegov osebni zdravnik, kot tudi partonažna služba na terenu. Ostali zapleti kirurškega zdravljenja so naštetih drugje. Opozoril bi na zagone kroničnega bronhitisa ali celo pljučnice pri bolnikih z opravljeno pulmektomijo.

*Vsako tako vnetje v pljučih, tako dihalnih poti kot parenhima je potrebno hitro prepoznati in zelo energično zdraviti.* Bolniki z pulmektomijo so lahko zelo hitro živlensko ogroženi. Tudi pri tej skupini bolnikov moramo paziti na možne oddaljene zasevke ali relaps na prvotnem mestu bolezni.

V drugi skupini bolnikov moramo paziti na zaplete zdravljenja, pojavljanje oddaljenih zasevkov in relapsa bolezni na prvotnem mestu bolezni. Da spremljanje ne bi bilo preveč enostavno se lahko pojavijo tudi paraneoplastični sindromi. Zelo pomembno je ločiti relaps bolezni od drugih možnih zapletov, saj se nadaljnji postopki zelo razlikujejo. Pri relapsu moramo uporabiti še neizkoriščene načine zdravljenja, če jih ni bolnik preide v tretjo skupino bolnikov.

Pri bolnikih v tretji skupini se zaradi bolnikovega slabega stanja ali razširitve bolezni odločimo le za podporno zdravljenje. Ta obsega natančno protibolečinsko vodenje in zdravljenje zapletov, oziroma glede na klinično stanje bolnika tudi zdravljenje oddaljenih zasevkov.

## **Terminalno stanje bolezni**

Bolnikov vstop v ta stadij lahko povzroči naraven potek bolezni same, zapleti ob pojavljanju oddaljenih zasevkov, zapleti zdravljenja in pojavljanje drugih sočasnih bolezni (akutni miokardni infarkt ...). V tem obdobju je velikokrat zelo težko bolnika voditi doma pod nadzorom osebnega zdravnika in partonažne službe. Predvsem zadostna protibolečinska terapija je za bolnika zelo pomembna. Ne smemo pa zanemariti vseh drugih možnih zapletov, ki jih skušamo čim bolj obvladati.

## **Zaključek**

Program spremljanja bolnika s pljučnim rakom moramo prilagoditi vsakemu bolniku posebej, glede na njegovo splošno stanje in potek osnovne bolezni. V spremljanje morajo biti vključeni osebni zdravnik, pulmolog, onkolog in torakalni kirurg. Potrebna je tudi čim pogostejša vključitev partonažne službe. Pogosti medsebojni stiki omogočajo optimalno vodenje bolnika na domu, kot tudi v bolnišnici. Iz osebne izkušnje lahko trdim, da je veliko lažje voditi bolni-

ka, če je z njegovim osebnim zdravnikom možen osebni stik. Visoka kvaliteta življenja bolnika mora biti naš končni cilj.

## **Literatura**

ATS/ERS, Pretreatment evaluation of non –small-cell lung cancer. Am J Respir Crit Care Med 1997; 156:320-332

Montazeri A, Gillis CR, McEwen J Quality of life in patients with lung cancer. Chest 1998;113:467-81

Bergman B, Aaronson NK. Quality of life and cost effectiveness assesment in lung cancer. Current option in oncology 1995;7:138-43

Nakada S et. Al. Quality of life and anxiety before and after lung cancer chemotherapy. Int Med 1996; 35:611-6