

DIAGNOSTIČNI ALGORITMI RAKA V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE

PLJUČNI RAK

Miha Debevec

Pljučni rak, točneje rečeno, rak bronhijev, je najpogostejša vrsta raka. Kar ena petina vseh, ki zbolijo za rakom, ima pljučnega raka. Incidenca pri moških je v Sloveniji narasla od 42,1/100.000 v začetku šestdesetih let na 73/100.000 ob koncu osemdesetih let. Pri ženskah je porast incidence še večji, čeprav je incidenca bistveno nižja kot pri moških` od 6,2 na 13,9/100.000 v istem obdobju. V letu 1992 je registriranih 940 novih bolnikov. Najpogosteje zbolevalo v starosti po 55 letu, redko pred 30. letom.

Preživetje se v zadnjih desetletjih ni bistveno izboljšalo. Krivulja preživetja v prvem letu strmo pada, se po 3-4 letih tesno približa abscisi ter pri nekaj odstotkih bolnikov poteka vzporedno z njo. Prvo in drugo leto umre dobre 4/5 zbolelih in kar 9 od 10 obolelih zaradi pljučnega raka umre. To dokazuje, da je bolezen hudo maligna in zdravljenje pri večini bolnikov neuspešno. Pozdravi se samo del tistih bolnikov, pri katerih je bil rak pravočasno ugotovljen in pravilno zdravljen.

Po drugi strani pa je pljučni rak eden tistih redkih, malignomov, za katere dokaj dobro poznamo dejavnike, ki vplivajo na njegov nastanek. Če se jim izognemo, bistveno zmanjšamo tveganje, da zbolimo, kar pomeni, da je možna primarna prevencija.

Na prvem mestu je to kajenje cigaret. Do 90% pljučnega raka je povezanega s kajenjem. Za povezavo med kajenjem in pljučnim rakom je ugotovljeno direktno sorazmerje z leti kajenja, s številom dnevno pokajenih cigaret, z intenzivnostjo inhaliranja in s kvaliteto cigarete s količino tobačnega katrana oz. kvaliteto filtra, če ga cigreta sploh ima. Kritična količina je 150.000 pokajenih cigaret. Potem ko je dosežena ta količina skupno pokajenih cigaret, kar je enako 1 škatlici (20 cigaret) dnevno 20 let, začne verjetnost pljučnega raka strmo naraščati.

Drugi kancerogeni vplivi, to so predvsem industrijski kancerogeni (azbest, nikelj, krom, aromatski ogljikovodiki=naftni derivati, vinilklorid) in ionizirajoče sevanje (uranova ruda) so v naših razmerah bistveno manj pomembni. Familijarna obremenjenost je pomembna le v zvezi z enakim načinom življenja oziroma izpostavljenostjo tem dejavnikom.

Bolezenska anamneza in klinični simptomi niso tako značilni, da bi sami po sebi opozarjali na pljučnega raka in jih pri vsakdanjem delu lahko spregledamo, če na pljučnega raka vedno ne mislimo.

Najpogosteje se pljučni rak pojavlja kot pljučni infekt, pogosto tak, ki se ponavlja. Opozorilna simptoma sta predvsem sprememba kašlja in krvav izpljunek. Vsi ostali simptomi, ki jih ugotavljamo pri pljučnem raku, kot so dispneja, bolečina, disfagija in otekanje zaradi SVC so že znaki napredovale bolezni. Izjema je bolečina v ramenu in brahialnemu plečežu, ki se pojavlja pri Pancoastovem tumorju že zelo zgodaj, včasih še predno lahko z rentgenom najdemo spremembo v pljučnem vrhu. Jutranje otekanje spodnjih vek, ki izgine, potem ko bolnik vstane, je lahko znak začetnega sindroma zgornje vene kave, še predno se pojavijo oteklina obraza in razširjene žilice po koži prsnega koša.

Bolečina v rami, je torej lahko zgodnji znak Pancoastovega tumorja. Sicer pa je bolečina pri pljučnem raku kot bolezenski znak lahko plevralna, kot posledica prizadetosti plevre zaradi karcinoze, ali interkostalna, zaradi vraščanja tumorja v torakalno steno. Lahko pa bolečino povzročajo zasevki kjerkoli v skeletu, včasih tudi v nadledvičnicah. Pljučni rak je eden izmed tistih malignomov, ki pogosto in zelo zgodaj zasevajo v oddaljene organe. Zato se lahko pojavi prej simptomatika zasevkov kot primarnega tumorja. Simptomatika zasevkov je odvisna od organa, v katerem so zasevki, in od velikosti oz. razširjenosti zasevkov. Lahko so zasevki asimptomatski, pa jih preiskave že pokažejo.

Klinični pregled je pri sumu na pljučnega raka zelo pomemben in ga moramo skrbno in v celoti opraviti, kljub temu da anamnestično ne dobimo bolezenskih podatkov. Tudi povsem negativni klinični status je pomemben, ker odloča o nadaljnjem diagnostičnem postopku in terapiji. Fizikalni pregled pljuč (avskultacija in perkusija) lahko pokažeta znake bronhialne zožitve in prizadetosti plevre. Zelo pomembno je pretipati vsa ležišča perifernih bezgavk supraklavikularnih, aksilarnih, vratnih in tudi ingvinalnih. Tumorsko povečane bezgavke nudijo enostavno in za bolnika dokaj nebolečo možnost za punkcijo in citološko verifikacijo. Prizadetost supraklavikularnih bezgavk dokazuje N3, torej III b. stadij, ostale periferne bezgavke pa M1, torej IV. stadij bolezni. V obeh primerih ni več indikacije za operativno zdravljenje in je zato tudi bistveno manj zahtevna zamejitvev bolezni.

Fizikalni pregled srca le redkokdaj pokaže prizadetost zaradi perikardialnega izliva - karcinoze. Bolj služi za oceno splošnega stanja bolnika oz. prizadetosti funkcije srca, kar lahko odloča o omejitvi nadaljnje diagnostike in tudi terapije.

Palpacija jeter in ostalih abdominalnih organov ter ugotavljanje proste tekočine v trebuhu le redkokdaj pokaže klinične spremembe. Če pa so prisotne, gre že za zelo razširjeno bolezen.

Edemi goleni so lahko tudi posledica znižanih albuminov v krvi. Občutljivost hrbtenice na direktni in indirektni pritisk pa je lahko znak metastaz v kosteh.

Zelo pomemben je splošni vtis o bolniku. Shujšanost v zadnjih mesecih za več kot 10% telesne teže je slab prognostični znak, ki z dokajšnjo verjetnostjo napoveduje inoperabilnost procesa. Izsušenos, predvsem suha ustna sluznica, je lahko tudi posledica hiperkalcemije, ki je poleg bolečih in zadebeljenih sklepov (arthropathia paraneoplastica) najpogostejša paraneoplastična manifestacija pljučnega raka. Psihična spremenjenost je lahko psihoorganska,

zaradi metastaz v možganih. Če je povezana z glavobolom in motnjami vida, je to toliko bolj verjetno.

Laboratorijske preiskave so pomembne predvsem takrat, kadar so vrednosti zelo patološke. Zelo nizek hemoglobin, brez izgube krvi, je sumljiv za invazijo kostnega mozga. Visoka levkocitoza je lahko posledica pnevmonitisa ali že razpada tumorja in/ali vnetega dela pljuč. Patološki jetrni testi niso nujno posledica metastaz. Obratno pa so lahko pri dokazanih metastazah v jetrih testi povsem normalni. Patološki proteinogram in povišana sedimentacija ne povesta kaj dosti. Specifičnega in zanesljivega markerja za pljučnega raka ni. NSE (nevron specifična enolaza) je pogosto povišana pri drobnoceličnem, CEA pa pri žlezem raku. Oba markerja nista specifična ravno za pljučnega raka. Zato sta bolj uporabna za spremljanje poteka bolezni po zdravljenju kot za samo diagnozo.

Ob vsakem sumu na pljučnega raka, ki izhaja iz anamneze in kliničnega pregleda je nujno potrebno rentgensko slikanje pljuč. Pri tem naj bo povdarjeno, da je ponovno rentgensko slikanje potrebno ne glede na to, kdaj je bilo opravljeno zadnje slikanje pljuč, ki ni pokazalo sumljivih bolezenskih sprememb, tudi če je bilo opravljeno pred nekaj tedni. Rentgenska slika se lahko v kratkem času bistveno spremeni in iz na prvi pogled normalne slike postane patološka, ko pride do atelektaze ali poraste plevralni izliv. Pri prvem slikanju pljuč je ob sumu na pljučnega raka nujno potrebno slikanje v 2 projekcijah, v P - A in stranski projekciji. Če ni kliničnega suma na prizadetost ene polovice pljuč, potem naredimo levi stranski posnetek, ker je večja možnost, da se kaj skriva za senco srca na levi kot na desni strani. Pri tem je zelo pomembno, da je rtg slika uporabna: ne smejo biti odrezani apeksi ali frenikokostalni sinusi. V prvem primeru kaj lahko spregledamo Pancoastov tumor, v drugem pa manjši plevralni izliv. Če slika ni dovolj kvalitetna, ne vidimo dobro zračnega bronhograma in lahko spregledamo zožitev sapnika in glavnih bronhijev, pa tudi morebitno prizadetost skeleta.

Če bolnika napotimo na rtg slikanje zaradi suma na pljučnega raka, je nujno potrebno, da rentgenologa oz. pulmologa na to opozorimo in napišemo na napotnico vse sumljive klinične simptome in ugotovitve. Če rentgensko slikanje pokaže spremembe, ki so v skladu s kliničnim izvidom in z diagnozo pljučnega raka, potem sodi tak bolnik na pljučni oddelek, kjer bo opravljena nadaljnja diganostika, mikroskopska verifikacija in zamejitev procesa in na podlagi vsega tega izbran najboljši način zdravljenja.

Pogosto je prav od prvega zdravnika, h kateremu pride bolnik, odvisno, ali bo še pravočasno prišel do zdravljenja. Vsakega kadilca po 40 letu, ki pride v splošno ambulanto, imejmo za potencialnega bolnika s pljučnim rakom in naj nam ne bo škoda časa in truda, da ga temeljito izprašamo in pregledamo, če ni morda že kaj sumljivega za to usodno bolezen.