

MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA BOLNIKOV S TUMORJI TORAKALNIH ORGANOV

Mirjana Rajer, Matjaž Zwitter, Karmen Stanič, Martina Vrankar
in Viljem Kovač

Vsi: Onkološki inštitut Ljubljana

Izvleček

Rak pljuč spada med najpogostejše rake. Za rakom pljuč vsako leto v Sloveniji zbolijo 1200 ljudi in umre 1000. Tako pri nas kakor tudi po svetu je to eden izmed rakov z najslabšo prognozo. Zdravniki Onkološkega inštituta aktivno sodelujemo pri vseh petih obstoječih konzilijih za tumorje prsne votline v Sloveniji. Poleg bolnikov z rakom pljuč na teh konzilijih obravnavamo tudi bolnike z mezoteliomi plevre in timomi. Multidisciplinarna obravnava, katere del je konziliarna dejavnost, je nujna in predstavlja pomemben del ukrepov za izboljšanje preživetja in kakovosti življenja teh bolnikov.

Predstavitev problemov zdravljenja pljučnega raka

Pljučni rak je po incidenci tako pri moških kakor tudi pri ženskah v Sloveniji na četrtem mestu: za rakom prostate, kože in debelega črevesa z danko pri moških ter za rakom dojke, kože in debelega črevesa z danko pri ženskah. V letu 2010 je za rakom pljuč zbolelo 1137 bolnic in bolnikov. Po umrljivosti pa je pljučni rak na prvem mestu: število smrti zaradi pljučnega raka je večje kot skupno število smrti zaradi drugih treh najpogostejših rakov (rak dojke, prostate in debelega črevesa). Preživetje je tako pri nas kakor tudi po svetu kratko, vendar se v zadnjem desetletju postopoma izboljšuje. Zadnji podatki kažejo, da je petletno preživetje slovenskih bolnic z rakom pljuč, ki so bile zdravljene v letih 2006–2010, 17,2-% (podatek za 2001–2005: 13,1-%) in bolnikov 12,1-% (v prejšnji petletki 10,8-%). Pri preživetju ne odstopamo od drugih držav v Evropi, saj je povprečno evropsko 5-letno preživetje bolnikov z rakom pljuč 13-%. Redkeje se pojavljata mezoteliom (v letu 2010 33 novih primerov) in timom (v letu 2010 pod 5 novih primerov). Pri zdravljenju teh bolnikov se prepletajo zdravljenje s kirurgijo, radioterapijo ter sistemsko terapijo, zato je multidisciplinaren pristop ključen.

V primerjavi z drugimi raki pljučni rak izstopa tudi po pomenu ocene stanja zmogljivosti bolnika in spremljajočih bolezni za odločanje o zdravljenju. Srednja starost bolnikov je okrog 65 let. Zaradi starosti, kajenja in podpovprečnega socialnega položaja ima velika večina bolnikov eno ali več spremljajočih

bolezni, ki bistveno vplivajo na izbiro onkološkega zdravljenja. Odločanje zgolj po naših in tujih strokovnih smernicah, ki so prilagojene bolnikom v dobrem splošnem stanju, je zato za večino bolnikov neprimerno. Kot primer navedimo zdravljenje bolnikov z inoperabilnim nemetastatskim nedrobnoceličnim pljučnim rakom (stadij IIIA in IIIB), ki naj bi jih po smernicah zdravili s sočasno radioterapijo in citostatsko terapijo: naše in tuje izkušnje kažejo, da je za tako intenzivno zdravljenje sposobna le približno četrtina bolnikov v III. stadiju. Izkušnje pri obravnavi bolnikov s pljučnim rakom so najmanj enako pomembne kot poznavanje smernic diagnostike in zdravljenja, te izkušnje pa si lahko pridobimo le po več letih intenzivnega dela na tem področju onkologije.

Multidisciplinarni pristop je pomemben tudi zaradi raziskovalnega dela in izobraževanja. Brez raziskovalnega dela bi bistveno zaostajali za razvojem v svetu, do novih zdravil pa bi lahko prišli šele takrat, ko bi bila že na tržišču. Izobraževalna dejavnost pa je pomembna, če želimo širiti znanje in s tem pripetiti k boljši obravnavi bolnikov na vseh nivojih.

Multidisciplinarni tim za tumorje torakalnih organov

Multidisciplinarni tim za tumorje torakalnih organov na Onkološkem inštitutu sestavlja pet zdravnikov specialistov onkologije z radioterapijo, dva specialista internistične onkologije ter ena specialistka radiologije. Glede na to, da na Onkološkem inštitutu ne operiramo tumorjev prsne votline, pri svojem delu neposredno sodelujemo s torakalnimi kirurgi iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Zdravljenje pljučnega raka poteka tudi zunaj naše bolnišnice. Operacije izvajajo poleg UKC Ljubljana še v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor in Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. V teh dveh ustanovah poteka tudi sistemsko zdravljenje pljučnega raka. Pri svojem delu tako sodelujemo tudi s kirurgi, internisti onkologi in pulmologi iz omenjenih ustanov. Poleg tega sodelujemo tudi s pulmologi iz bolnišnice Topolšica ter vseh ostalih regionalnih bolnišnic po Sloveniji.

Oblike multidisciplinarne obravnave

Vsi konziliji potekajo 2- do 4-krat mesečno. Zdravniki Onkološkega inštituta se osebno udeležujemo konzilijev zunaj naše bolnišnice. Tele- in videokonferenc nimamo. Na vseh konzilijih predstavlja bolnika lečeči zdravnik (ali njegov namestnik). Na konziliju na Onkološkem inštitutu so velikokrat prisotni tudi bolniki sami, kar je pomembno tako za nas kakor tudi za bolnike. Za nas je pomembno, da je bolnik osebno prisoten in ga lahko pregledamo ter dodatno kaj povprašamo, predvsem pa, da ocenimo njegovo splošno stanje, ki je za odločitev o vrsti zdravljenja velikokrat ključnega pomena. Za bolnike je pomembno, da jim lahko odločitev konzilija takoj sporočimo in imajo možnost postaviti vprašanja zdravnikom, ki neposredno odločajo o njihovem zdravljenju. Na konzilijih, kjer bolniki niso prisotni, stremimo k temu, da bolnika predstavi zdravnik, ki ga pozna in ki lahko oceni bolnikovo stanje. Ob nujnih obrav-

navah (urgentna stanja, kot so pareza, sindrom zgornje vene kave, krvavitev ali zapora bronha) nas lečeči zdravniki pokličejo po telefonu. V takih primerih bolnik ne more čakati na obravnavo na konziliju.

Podlage za multidisciplinarno obravnavo

Člani tima pri svojih odločitvah upoštevamo slovenske smernice za zdravljenje raka pljuč, ki so bile izdelane leta 2006. Zaradi hitrega spreminjanja doktrine poleg slovenskih upoštevamo tudi tuje smernice (European Society for Medical Oncology – ESMO, American Society for Clinical Oncology – ASCO, International Association for the Study of Lung Cancer – IASLC). Poleg smernic so nam pri odločitvah v pomoč tudi naše lastne raziskave, ki jih z objavami v tujih recenziranih revijah posredujemo tudi mednarodni strokovni javnosti. Skromno, vendar statistično značilno izboljšanje preživetja bolnikov s pljučnim rakom v zadnjih desetih letih, še posebej pa izboljšano preživetje bolnikov v III. stadiju, lahko pripišemo raziskavam, s katerimi izboljšujemo zdravljenje z obsevanjem in s sistemsko terapijo. Z izsledki lastnih raziskav smo uspeli izboljšati preživetje pri mezoteliomu na nacionalni ravni. V načrtu je posodobitev slovenskih smernic.

Število konzilijev in sestava

Člani tima za pljučne tumorje sodelujemo pri naslednjih konzilijih:

1. Konzilij za torakalne tumorje na Onkološkem inštitutu (sodelujoči: specialisti onkologije z radioterapijo, internistična onkologa in radiologinja)
2. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na oddelku za torakalno kirurgijo UKC Ljubljana (sodelujoči: specialisti onkologije z radioterapijo, internistični onkologi, torakalni kirurgi in pulmologi)
3. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na Univerzitetni kliniki Golnik (sodelujoči: pulmologi, internistični onkologi, kirurgi, specialisti onkologije z radioterapijo, radiologi, patologi in občasno zdravnik paliativne medicine in anesteziolog)
4. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na Oddelku za pljučne bolezni UKC Maribor (sodelujoči: pulmologi, torakalni kirurgi, specialisti onkologije z radioterapijo, radiolog, patolog in občasno internistični onkolog z Golnika)
5. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij v bolnišnici Topolšica (sodelujoči: pulmologi, torakalni kirurgi, specialisti onkologije z radioterapijo, radiolog in pulmologi/internistični onkologi z Golnika).

Analiza posameznih konzilijev

Predstavljeni so člani posameznega konzilija in analiza obravnavanih bolnikov za zadnje trimesečje v letu 2013.

1. Konzilij za tumorje torakalne votline na Onkološkem inštitutu

Konzilij poteka enkrat tedensko. Na konziliju so prisotni tudi bolniki. Če lečeči zdravnik meni, da prisotnost bolnika ni nujna, obravnavamo samo njegovo dokumentacijo. V treh mesecih smo na tem konziliju obravnavali 143 bolnikov (42 prisotnih in 101 dokumentacijo).

Tabela 1: Obravnavani bolniki na konziliju na Onkološkem inštitutu

	Št. obravnavanih bolnikov
Pred prvim zdravljenjem	52
Adjuvantna terapija	6
Recidiv ali progres bolezni	57
Triaža*	28
SKUPAJ	143

*V triaži so zajeti bolniki, ki so bili po pregledu dokumentacije napoteni v druge ustanove ali na dodatno diagnostiko, bolniki, pri katerih bodisi nismo dokazali napredovanja bolezni ali je prišlo do komplikacij zdravljenja, ter bolniki, naročeni samo za pregled opravljenih preiskav.

2. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na oddelku za torakalno kirurgijo UKC

Konzilij poteka enkrat tedensko. Lečeči zdravnik predstavi bolnikovo dokumentacijo. Bolniki niso prisotni. V obdobju zadnjih treh mesecev lanskega leta smo na konziliju obravnavali 130 bolnikov. Razpored glede na odločitve o zdravljenju nam prikazuje Tabela 2.

Tabela 2: Konzilij v UKC Ljubljana

	Št. obravnavanih bolnikov
Kirurško zdravljenje	46
Adjuvantno zdravljenje (napoteni na OI)	9
Radikalno zdravljenje s KT/RT (napoteni na OI)	27
Sistemsko zdravljenje metastatske bolezni (napoteni na OI)	7
Triaža	41
SKUPAJ	130

3. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na Univerzitetni kliniki Golnik

Konzilij poteka enkrat tedensko brez prisotnosti bolnikov. Obravnavamo dokumentacijo bolnikov, obravnavanih in diagnosticiranih na Golniku, pri hospitaliziranih bolnikih pa je tudi možnost neposrednega pregleda bolnika. Na vsakem konziliju so predstavljene 1–3 dokumentacije, poslana iz ostalih bolnišnic za mnenje konzilija, ob tem bolnika nihče od prisotnih ne pozna. Občasno so na konziliju predstavljeni bolniki iz OI za dodatno diagnostiko na Golniku. V zadnjih treh mesecih leta 2013 je bilo na konziliju obravnavano

215 bolnikov, od tega jih je bilo na OI napoteni 67. Obravnavo bolnikov nam prikazuje Tabela 3.

Tabela 3. Obravnava bolnikov na konziliju na KOPA Golnik

	Št. obravnavanih bolnikov
Kirurško zdravljenje	43
Adjutantno in neoadjutantno zdravljenje	
– napoteni na OI	6
– na Golniku	13
Radikalno zdravljenje s KT/RT (napoteni na OI)	21
Sistemska zdr. metastatske bolezni	
– napoteni na OI	3
– na Golniku	35
Paliativno obsevanje (napoteni na OI)	48
Simptomatska terapija	22
Spremljanje, benigne bolezni	8
Triaža	7
SKUPAJ	206

4. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij na Oddelku za pljučne bolezni UKC Maribor

Konzilij poteka dvakrat mesečno. Prikaz dela za zadnje tromesečje v letu 2013 nam prikazuje Tabela 4. V tem času je bila na konziliju obravnavana dokumentacija 123 bolnikov. Bolniki niso prisotni na tem konziliju, vendar je pri hospitaliziranih bolnikih tudi možnost neposrednega pregleda bolnika. Prav tako ni bolnikov, ki bi bili na konzilij napoteni iz drugih ustanov.

Tabela 4: Obravnava bolnikov na konziliju v UKC Maribor

	Št. obravnavanih bolnikov
Pred prvim zdravljenjem	60
Adjutantna terapija	7
Ponovitev ali napredovanje bolezni	33
Triaža	23
SKUPAJ	123

5. Kirurško-pulmološko-onkološki konzilij v bolnišnici Topolšica

Konziliji potekajo v Bolnišnici Topolšica vsakih 14 dni. Bolnika praviloma predstavi zdravnik, ki je bolnika obravnaval. Pri hospitaliziranih bolnikih je možnost tudi neposredne obravnave bolnikov. Odločamo se o morebitni nadaljnji diagnostiki in vrsti zdravljenja. Večina bolnikov je pred konzilijem obravnavana v bolnišnici Topolšica, občasno pa obravnavamo dokumentacijo bolnikov iz oddelka za torakalno kirurgijo UKC Maribor (1–3 bolniki na konzilij) in pljučne-

ga dispanzerja Celje (1 bolnik na 3 mesece). V treh mesecih leta 2013 smo na konziliju obravnavali 93 bolnikov.

Tabela 5. Obravnava bolnikov na konziliju v bolnišnici Topolšica

	Št. obravnavanih bolnikov
Kirurško zdravljenje	14
Adjuvantno zdravljenje (napoteni na OI)	7
Radikalno zdravljenje s KT/RT (napoteni na OI)	35
Sistemsko zdravljenje metastatske bolezni (napoteni na OI)	21
Triaža	16
SKUPAJ	93

Predlog kazalnikov, po katerih bi merili uspešnost dela

V našem timu predlagamo naslednje kazalnike, po katerih bi merili uspešnost dela konzilijev:

1. Čas od napotitve bolnika (družinski zdravnik) do diagnoze pljučnega raka in do predstavitve na konziliju.
2. Število bolnikov, kjer je potrebna dodatna diagnostična obdelava za pravilno odločitev o vrsti zdravljenja (bolniki, ki še niso primerni za predstavitev na konziliju).
3. Čas od predstavitve na konziliju do začetka zdravljenja.

Predlog morebitne reorganizacije dela konzilijev in ocena potreb na državni ravni in predlog konziliarne oskrbe na državnem nivoju

Člani pljučnega tima se zavedamo, kako pomembno je, da bolnika, ki ga obravnavamo na konziliju, dejansko tudi poznamo. Želeli bi si, da je čim več bolnikov na konziliju tudi osebno prisotnih. Za tako obravnavo je potrebno več časa, zato moramo delovanje konzilijev optimizirati (jasne indikacije za predstavitev na konziliju, natančna priprava dokumentacije, predstavitev enega bolnika samo na enem konziliju, razen če ni nujno na več konzilijih). Vsekakor pa bomo tudi v bodoče želeli, da vsaj eden od prisotnih zdravnikov bolnika pozna in vodi njegovo obravnavo.

Reference

1. Kovac V, Zwitter M, Rajer M, Marin A, Debeljak A, Smrdel U, Vrankar M. A phase II trial of low-dose gemcitabine in prolonged infusion and cisplatin for malignant pleural mesothelioma. *Anticancer Drugs* 2012;23:230-38.

2. Kovač V, Zwitter M, Žagar T. Improved survival after introduction of chemotherapy for malignant pleural mesothelioma in Slovenia. *Radiol Oncol* 2012;46:136-44.
3. Zwitter M, Čufer T, Wein W. Gemcitabine and vincristine: an effective outpatient regimen with low myelotoxicity for stage IV non-small cell lung cancer. *Neoplasma* 2001;48:200-2.
4. Zwitter M, Kovac V, Rajer M, Vrankar M, Smrdel U. Two schedules of chemotherapy for patients with non-small cell lung cancer in poor performance status: a phase II randomized trial. *Anticancer Drugs* 2010;21:662-8.
5. Zwitter M, Kovac V, Smrdel U, Kocijancic I, Segedin B, Vrankar M. Phase I-II trial of low-dose gemcitabine in prolonged infusion and cisplatin for advanced non-small cell lung cancer. *Anticancer Drugs* 2005;16:1129-34.
6. Zwitter M, Kovac V, Smrdel U, Vrankar M, Zadnik V. Gemcitabine in brief versus prolonged low-dose infusion, both combined with cisplatin, for advanced non-small cell lung cancer: a randomized phase II clinical trial. *J Thorac Oncol* 2009;4:1148-55.
7. Zwitter M, Rajer M, Kovac V, Kern I, Vrankar M, Smrdel U. Intermittent chemotherapy and erlotinib for nonsmokers or light smokers with advanced adenocarcinoma of the lung: a phase II clinical trial. *J Biomed Biotechnol* 2011;2011:185646.
8. Zwitter M. Combining cytotoxic and targeted therapies for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2010; 5:1498-99.
9. Zwitter M. Low-dose gemcitabine in long infusion: when less is more. *Ind J Cancer* 2012;49:199-201.