

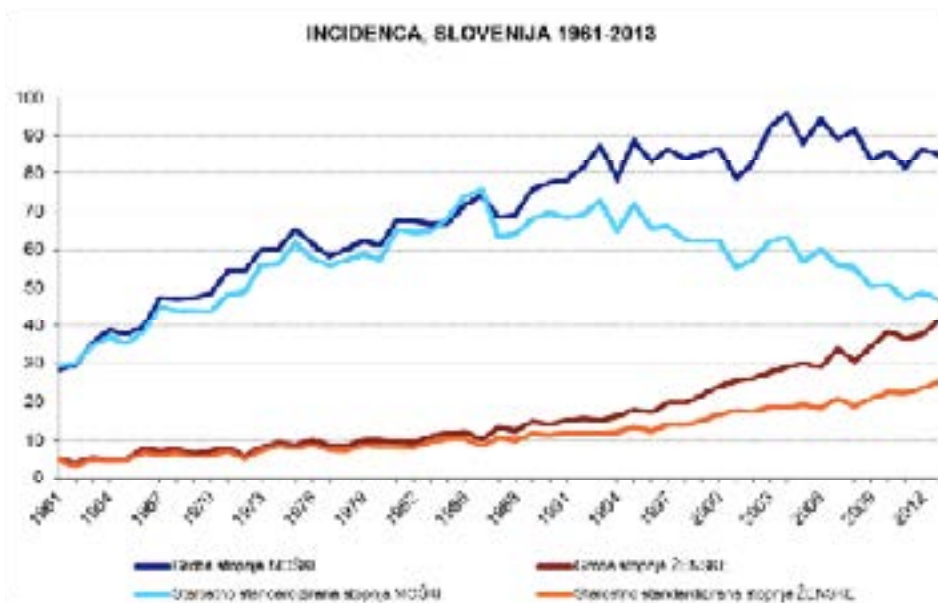
BREME PLJUČNEGA RAKA KOT NACIONALNI PROBLEM

doc. dr. Viljem Kovač, dr. med.

Onkološki inštitut Ljubljana

V Sloveniji je breme pljučnega raka veliko. Leta 2012 je na novo zbolelo 1257 ljudi. Po pogostnosti je pljučni rak med vsemi rakavimi obolenji na četrtem mestu. Pri moških sledi raku prostate, kože ter debelega črevesa in danke, pri ženskah pa raku dojke, kože ter debelega črevesa in danke.¹

Po podatkih Registra raka že nekaj let opažamo umirjanje incidence pri moških, starostno standardizirana stopnja celo pada, pri ženskah pa incidenca še vedno strmo narašča. Incidenčna stopnja pljučnega raka je rasla vse do začetka 90. let prejšnjega stoletja, ko se je ustalila pri vrednosti okoli 83/100.000, v zadnjih letih pa postopoma pada za 1,4 % letno. To lahko povežemo s spremenjenim življenjskim slogom oz. z opuščanjem razvade kajenja (Slika 1).²

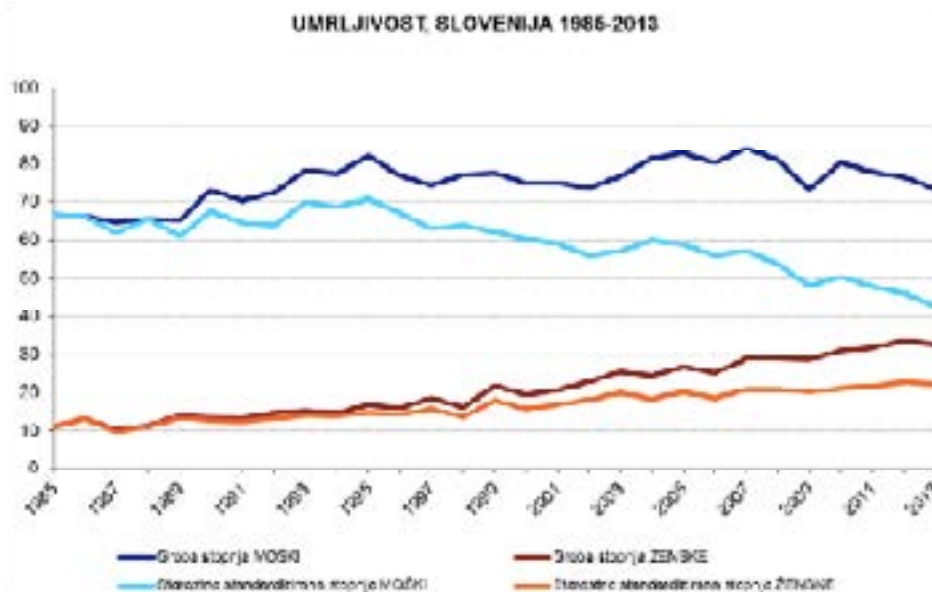


Slika 1. Incidenca pljučnega raka pri moških in ženskah.²

Pljučni rak je še vedno onkološka bolezen, zaradi katere oba spola skupaj in posebej moški najpogosteje umirajo tako v svetu kot pri nas.^{2,3} Pri ženskah je po smrtnosti na 3. mestu, za rakom dojke ter debelega črevesa in danke. Pregled stopnje umrljivosti zaradi raka pljuč pokaže, da se ta žal pri moških ne zmanjšuje, razen če upoštevamo starostno standardizirano



stopnjo, pri ženskah pa umrljivost celo raste (Slika 2).³ V Sloveniji število smrti še vedno znaša približno 1050 na leto.



Slika 2. Umrljivost zaradi pljučnega raka pri moških in ženskah.³

Zgornji podatki kažejo, da je breme pljučnega raka v Sloveniji še vedno nacionalni problem, saj je pravica do zdravja osnovna človekova pravica. Tako se moramo nujno vprašati, kako najučinkoviteje zmanjšati to breme.

PRIMARNA PREVENTIVA

Od leta 1950 se je groba pojavnost vseh rakov zvečala skoraj za 600 %, pri ženskah za 350 %. Čeprav lahko več kot polovico porasta pripišemo staranju prebivalstva, 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 zgodnjem otroštvu.

Dodatni etiološki dejavniki so: pasivno kajenje (za 20 % večja ogroženost); izpostavljenost azbestu, radonu, težkim kovinam (nikelj, krom, kadmij, kobalt ...).

Preventivni ukrepi za preprečevanje kajenja tako še vedno ostajajo najbolj učinkovit in najcenejši način zmanjševanja bremena raka pljuč. K temu lahko prispeva zakonodaja, šolski programi, dvig zdravstvene kulture ter mediji z vsemi oblikami ozaveščanja prebivalstva. Tudi Konvencija Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom priporoča načine, ki naj bi jim sledile države podpisnice.

Seveda ne smemo pozabiti na zmanjševanje izpostavljenosti drugim kancerogenom. Strokovnjaki s področja medicine dela veliko moči vlagajo v to, da bi naša vsakodnevna praksa priznala pljučni rak kot poklicno bolezen v večjem obsegu. To bi pomagalo, da bi v delovnih organizacijah še bolj skrbeli za zaščito izpostavljenih delavcev ali, še boljše, uvajali naprednejšo, okolju prijaznejšo tehnologijo.

SEKUNDARNA PREVENTIVA, PRESEJANJE ZA ZGODNJE ODKRIVANJE PLJUČNEGA RAKA

Sekundarna preventiva (zgodnje sistematično odkrivanje s presejanjem) ima bistveno manjši pomen kot primarna preventiva (omejevanje kajenja).

Zdravljenje bi bilo uspešnejše, če bi pljučni rak odkrili dovolj zgodaj. Dosedanje metode presejanja skupin s povečanim tveganjem za pljučnega raka so omogočile zgodnejšo diagnozo raka v nižjem stadiju, višji odstotek operabilnosti in daljše relativno 5-letno preživetje, niso pa zmanjšale umrljivosti. Pred dvema letoma je klinična raziskava prvič pokazala, da lahko z nizkodozno računalniško tomografijo, ki ima tudi visoko ločljivost, umrljivost zmanjšamo za 20 %. Zaradi številnih nepotrebnih operacij omenjenega presejalnega testa še niso vključili v smernice obravnave pljučnega raka, razen v Kanadi in sedaj tudi v ZDA. Tam priporočajo skrbno spremljanje populacije bivših kadilcev starih 55–75 let, ki so kadili več kot 30 let. Podrobnejše analize bodo pokazale, koliko bodo ti presejalni testi stroškovno učinkoviti in ali je stopnja nepotrebnih operacij sprejemljiva oz. zanemarljiva.

Vse ostale presejalne preiskave (npr. fluorescentna bronhoskopija, pregled sputuma) za zdaj niso pokazale vpliva na preživetje.

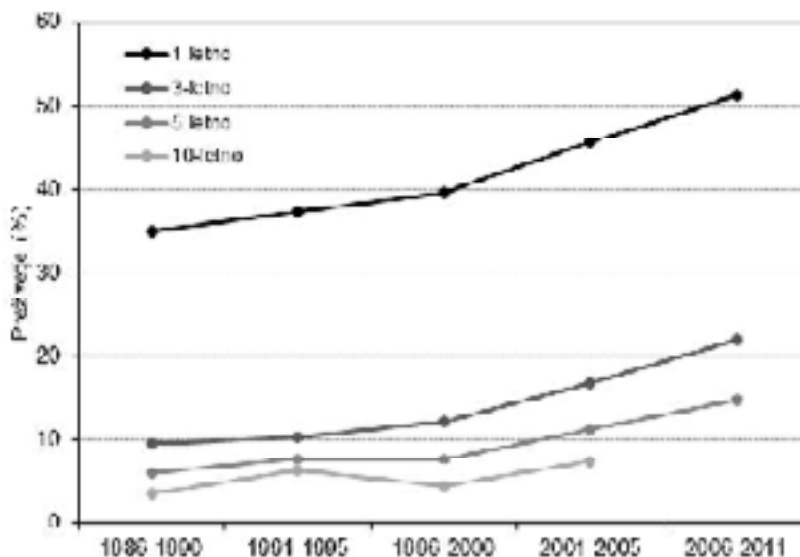
USPEŠNEJŠE ZDRAVLJENJE

Kot smo omenili, bi bilo zdravljenje uspešnejše, če bi rak pljuč odkrili dovolj zgodaj. Zgodnja diagnostika za naš zdravstveni sistem tako predstavlja stalni izziv. Prepoznavanje zgodnjih simptomov pri rizični populaciji je ključnega pomena.

Zmanjšanje umrljivosti za pljučnim rakom pa vendarle kaže, da sta tudi zgodnje odkrivanje bolezni in naše zdravljenje lahko bolj uspešna.

Če upoštevamo vse bolnike ne glede na stadij, se je 5-letno preživetje izboljšalo od 7,9 % pri bolnikih zdravljenih v letih 1986–1990, na 13,9 % pri bolnikih zdravljenih v obdobju 2006–2011.^{3,5}

Da izboljšanje preživetja ne gre samo na račun večjega števila odkrivanja zgodnejših stadijev bolezni, ko lahko bolnike še operiramo, kaže povečanje preživetja pri bolnikih z lokalno napredovalo boleznijo. Tako se je 5-letno preživetje popravilo od 6,1 % na 14,8 % (Slika 3). Bolniki z lokalno napredovalim rakom pljuč imajo danes več kot 2-krat večje možnosti, da bodo preživel 5 let, kot pred dvajsetimi leti.⁵



Slika 3. Preživetje bolnikov z lokalno napredovalim pljučim rakom.⁵

Znaten porast preživetja bolnikov z lokalno napredovalo obliko bolezni po vsej verjetnosti pogojujejo vsaj trije dejavniki:

- uvajanje natančnejših slikovno-diagnostičnih metod za ugotavljanje razširitve bolezni, ki bolj zgodaj odkrijejo metastatsko obliko bolezni;
- nove tehnike obsevanja (3D planiranje);
- večje število bolnikov, ki jih zdravimo kombinirano z obsevanjem in kemoterapijo ter pri tem uvajamo nove citostatike.^{6,7}

Ne smemo pa pozabiti tudi na boljše podporno zdravljenje s prehranskimi režimi in kontroliranjem pridruženih bolezni.

Podrobnejše analize pri nas in v svetu bodo pokazale, kateri dejavniki so odločilnejši.

ZAKLJUČEK

Pljučni rak je pogosta bolezen, bolniki pa imajo slabo napoved poteka bolezni. Samo s širšo družbeno podporo in izrazitim multidisciplinarnim pristopom si lahko obetamo, da bomo breme pljučnega raka zmanjšali. Zaposleni v zdravstvu moramo še naprej sodelovati s predstavniki drugih družbenih podsistemov, kot so šolstvo, javna občila in bazični raziskovalci. Znotraj zdravstvenega sistema je treba graditi komunikacijske kanale med primarnim, sekundarnim in terciarnim zdravstvom, še zlasti pa med strokovnjaki za javno zdravstvo, specialisti družinske medicine, diagnostiki, onkologi vseh vej in specialisti drugih strok. Dosedanje izkušnje kažejo, da lahko takšen multidisciplinarni pristop obrodi sadove.

LITERATURA

1. Rak v Sloveniji 2012. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2016.
2. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics 2012. *CA Cancer J Clin* 2012; 62: 10–29.
3. Zadnik V, Primic Žakelj M. Osnovni podatki o posameznem raku. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije. Pridobljeno 3. 9. 2016 s spletne strani: <http://www.slora.si/osnovni-podatki-o-posameznem-raku2>
4. Roberts H, Walker-Dilks C, Sivjee K, et al. Screening high-risk population for lung cancer. Guideline recommendation. *J Thorac Oncol* 2013; 8: 1232–7.
5. Zwitter M, Žagar T. Zdravljenje pljučnega raka – perspektive dveh desetletij. V: Kovač V, Rajer M, uredniki. Prva šola pljučnega raka. Ljubljana: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo MF Univerze v Ljubljani; 2015. p. 116–20.
6. Zwitter M, Kovac V, Smrdel U, et al. Gemcitabine, cisplatin and hyperfractionated accelerated radiotherapy for locally advanced non-small cell lung cancer. A phase I-II trial. *J Thorac Oncol* 2006; 1: 662–6.
7. Vrankar M, Zwitter M, Bavcar T, et al. Induction gemcitabine in standard dose or prolonged low-dose with cisplatin followed by concurrent radiochemotherapy in locally advanced non-small cell lung cancer: a randomized phase II clinical trial. *Radiol Oncol* 2014; 48: 369–80.