



VLOGA PULMOLOGA V DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU PLJUČNEGA RAKA

Jernej Sitar, dr. med.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

UVOD

Pljučni rak je bolezen z najvišjo stopnjo umrljivosti zaradi raka in s pomembnim vplivom na kakovost življenja.

Izboljšanje preživetja in zmanjševanje morbidnosti skušamo doseči prek preventivnih programov, kot so preprečevanje in prenehanje kajenja ter zmanjševanjem okoljskih in okupacijskih vplivov. Najpomembnejši pri pljučnem raku so zgodnja in natančna diagnostika, usmerjeno specifično zdravljenje in podporna terapija.

Pulmolog ima v sodelovanju z družinskim zdravnikom ključno vlogo v prepoznavanju, diagnostiki, zamejitvi in multidisciplinarnemu zdravljenju bolnikov s pljučnim rakom.

PREPOZNAVANJE

Dejavniki, ki predstavljajo povečano tveganje obolevnosti za pljučnim rakom, so obenem tudi dejavniki tveganja za bolezni, zaradi katerih se ti bolniki pogosto obravnavajo pri pulmologu in družinskem zdravniku. Presejalnega programa pljučnega raka za zdaj še nimamo, zato je dolžnost pulmologa in družinskega zdravnika, da pri individualni obravnavi bolnika prepoznata sum na pljučnega raka.

DIAGNOSTIKA

Pulmolog je odgovoren za diagnostiko in zamejitev bolezni ob prvi obravnavi kakor tudi za ponovno zamejitev tekom ali po končanem zdravljenju. Diagnoza pljučnega raka v zgodnejših stadijih izboljša preživetje. To lahko dosežemo s čimprejšnjo prepoznavo bolnika s pljučnim rakom ter čim hitrejšo diagnostiko in zgodnjim zdravljenjem.

Diagnozo postavimo s pomočjo slikovnih, invazivnih (odvzem tkivnih vzorcev), patoloških in funkcionalnih preiskav.

Računalniška tomografija glave, prsnega koša in trebuha je osnova slikovnih preiskav. Radiološki izvid naj vsebuje radiološki stadij po TNM klasifikaciji. Pozitronska emisijska tomografija (PET) v kombinaciji z računalniško tomografijo (CT) nam dodatno pomaga

pri slikovni zamejitvi bolezni. V idealnem primeru je PET-CT preiskava opravljena že pred invazivno diagnostiko. Tako lahko glede na slikovni stadij in s tem povezanim predvidenim zdravljenjem najbolj optimalno opravimo invazivno diagnostiko.

Zgodnejše odkrivanje s slikovnimi preiskavami, kjer ugotavljamo številne majhne, najpogosteje nenevarne spremembe pljuč, v kompleksni patološki diagnostiki zaradi morebitnega specifičnega zdravljenja predstavlja dodaten izziv za pulmologa. V sklopu invazivne diagnostike je potrebno vzorčenje tumorja s pridobitvijo zadostne količine materiala za natančno patološko analizo. Vzorčenje opravimo z endoskopsko preiskavo dihal – bronhoskopijo. Bronhoskopijo opravljamo v terciarnih centrih, v večini primerov v analgo-sedaciji, tako da za bolnika ne predstavlja večje obremenitve. Uporaba novejših naprednejših inštrumentov nam v kombinaciji z diaskopijo in ultrazvokom omogoča tudi diagnostiko majhnih in perifernih tumorjev. Z endobronhialnim ultrazvokom (EBUS) z linearno sondo opravimo zamejitev pljučnega raka s punkcijo mediastinalnih bezgavk. Preiskava je manj invazivna in po natančnosti primerljiva z mediastinoskopijo. S pomočjo EBUS ali/in endoskopskim-efozagealnim ultrazvokom (EUS) lahko opravimo tudi punkcijo bezgavk, tumorskih mas ob požiralniku ali želodcu ter nadledvičnih žlezah. Če je bolezen razširjena, v določenih primerih endoskopska preiskava ni potrebna; material za patološke preiskave lahko tedaj pridobimo s punkcijo plevralnega izliva, perifernih bezgavk ali zasevkov.

Opravimo tudi meritev pljučne funkcije in kardiovaskularne zmogljivosti, saj imajo bolniki s pljučnim rakom v večini primerov številne spremljajoče bolezni. Najpomembnejši dejavnik vpliva na kakovost življenja in preživetje je bolnikova zmogljivost, ki jo ocenjujemo s pomočjo različnih funkcijskih kazalnikov, najpogosteje po lestvici WHO (ang. World Health Organization). Bolnikova zmogljivost in spremljajoče bolezni so pomemben dejavnik pri možnostih in izbiri zdravljenja.

ZDRAVLJENJE

Zaradi komorbidnosti bolnikov s pljučnim rakom in že osnovne prizadetosti pljuč je pulmolog nepogrešljiv član v zdravljenju pljučnega raka. Rezultati so najboljši, če je v okviru onkološkega tima tudi sam vključen v neposredno zdravljenje.

Pulmolog najpogosteje zdravi zaplete osnovne bolezni in zdravljenja ter izvaja paliativne ukrepe. Mednje sodijo punkcija plevralnega ali perikardialnega izliva, drenaža empiema ali pnevmotoraksa in torakoskopska plevrodeza. Poleg tega endoskopsko odstranjuje endobronhialne tumorske mase, ustavlja krvavitve in vstavlja endobronhialne opornice. Pomemben član tima je tudi družinski zdravnik, ki bolnika vodi v primerih zapletov, pri prilagajanju terapije, podpornega in simptomatskega zdravljenja ter paliativni oskrbi, ko bolnišnično zdravljenje ni potrebno in je bolnik v terminalni fazi bolezni doma.



MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP

Obravnava pljučnega raka poteka v krogu multidisciplinarnega tima, ki ga sestavljajo pulmolog, torakalni kirurg, internist onkolog, onkolog radioterapevt, radiolog, patolog, družinski zdravnik in drugi specifični profili, če so na voljo. Multidisciplinarni pristop v centrih z večjo frekvenco bolnikov je ključ za boljšo obravnavo obolelih za pljučnim rakom.

LITERATURA

1. Gaga M, Powell CA, Schraufnagel DE, et al. ATS/ERS Task Force on the Role of the Pulmonologist in the Management of Lung Cancer. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: the role of the pulmonologist in the diagnosis and management of lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188: 503–7.
2. Gaga M, Sculier JP, Rabe KF. Pulmonologists and lung cancer: pivotal role in multidisciplinary approach, *European Respiratory Journal* 2013; 42: 1183–5.
3. Deepak JA, Ng X, Feliciano J, et al. Pulmonologist involvement, stage-specific treatment, and survival in adults with non-small cell lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc* 2015; 12: 742–51.
4. Blum T, Schönfeld N. The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance. *Eur Respir J* 2015; 45: 211–26.