

JAVNOZDRAVSTVENI VIDIK PRESEJANJA ZA PLJUČNEGA RAKA

Urška Ivanuš

POVZETEK

Pljučni rak je pomemben javnozdravstveni problem, v Sloveniji vsak 5. bolnik, ki umre zaradi raka, umre zaradi pljučnega raka in 5 let po diagnozi živi približno 1 od 5-ih bolnikov s to diagnozo. Kljub napredku znanosti in tehnologije pljučnega raka najpogosteje odkrivamo v napredovalnem stadiju, ko je slabo ozdravljiv. Z uvedbo organiziranega populacijskega presejanja za pljučnega raka lahko pljučnega raka odkrivamo bolj zgodaj, ko je zdravljenje pomembno bolj uspešno. Dve večji metaanalizi sta ocenili, da bi umrljivost zaradi pljučnega raka s presejanjem visoko ogroženih lahko zmanjšali nekje med 12 % in 21 %, nekoliko bolj pri ženskah kot pri moških. V Evropi bi tako preprečili okrog 22.000 smrti zaradi pljučnega raka letno. Nova priporočila Sveta Evropske unije z dne 9. decembra 2022 na področju presejanja za raka državam članicam EU med drugim nalagajo, da premišljeno in postopno preučijo izvedljivost in učinkovitost presejanja z nizkodoznim CT za presejanje oseb z visokim tveganjem za pljučnega raka, vključno s trenutnimi in bivšimi hudimi kadilci. Pri tem je potrebno načrtovati tudi tesno navezavo presejanja s strategijami in učinkovitimi ukrepi za zmanjševanje razširjenosti kajenja. Slovenija se je na nova evropska priporočila za presejalne programe za raka dobro pripravila. Pod okriljem Državne komisije za presejalne programe se bomo pri uvajanju novih presejalnih programov oprli na znanstvene dokaze, mednarodna priporočila in slovenske izkušnje, delovali bomo multidisciplinarno in vključevalno ter lovili ravnotežje med pričakovanimi koristmi in škodo tovrstnega presejanja.

UVOD

Ker v presejalne programe aktivno vabimo izjemno veliko število zdravih ljudi z namenom, da pravočasno prepoznamo in zdravimo peščico bolnih, je še posebej pomembno, da vsa strokovno upravičena presejanja, ki dokazano rešujejo življenja in so stroškovno upravičena, uvedemo na način, da v vsakodnevni praksi zagotavljamo ustrezno razmerje med koristmi in tveganji, ki jih prinaša presejanje tako posamezniku kot populaciji. To zagotavljamo z organiziranim populacijskim pristopom, ki sta ga že leta 1968 opredelila Wilson in Jungner in je bil privzet tudi v Priporočilu Sveta Evropske unije za presejalne programe za raka iz leta 2003.

Dosedanji uspehi presejalnih programov za raka materničnega vratu, raka dojke in raka debelega črevesa in danke, ki jih v Sloveniji poznamo pod imeni Zora, Dora in program Svit, so po eni strani vzbujali upanje, da bi lahko v prihodnosti življenja reševali tudi s presejalnimi programi



za druge rake. Po drugi strani pa je to vodilo v razmah priložnostnega, neorganiziranega presejanja, na primer pri raku prostate, brez nadzora kakovosti in neželenim razmerjem med koristmi in škodo. Zato je Evropska Komisija leta 2021 pod okriljem Evropskega načrta za boj proti raku zagnala mehanizem za odločanje o pomembnih znanstvenih vprašanjih na podlagi pregleda dokazov iz raziskav in prakse ter pooblastila skupino glavnih znanstvenih svetovalcev za pripravo Znanstvenega mnenja o izboljšanju presejanja raka. V mnenju je priporočena posodobitev presejalne metodologije in testov za odkrivanje raka dojk, materničnega vratu ter debelega črevesa in danke ter razširitev organiziranih presejalnih programov na pljučnega raka in raka prostate, pod določenimi pogoji pa tudi na raka želodca. Posledično so bila z dnem 9. 12. 2022 posodobljena priporočila Sveta Evropske unije za presejalne programe za raka, ki državam članicam EU med drugim nalagajo, da premišljeno in postopno preučijo izvedljivost in učinkovitost presejanja z nizkodoznim CT za presejanje oseb z visokim tveganjem za pljučnega raka, vključno s trenutnimi in bivšimi hudimi kadilci. Pri tem je potrebno načrtovati tudi tesno navezavo presejanja s strategijami in učinkovitimi ukrepi za zmanjševanje razširjenosti kajenja.

POT DO NOVEGA PRESEJALNEGA PROGAMA ZA PLJUČNEGA RAKA V SLOVENIJI

Slovenija se je na nova evropska priporočila za presejalne programe za raka dobro pripravila. Podobno kot v drugih evropskih državah se bomo pri sistematični presoji pobud za nove organizirane presejalne programe oprli na znanstvene dokaze, mednarodna priporočila in slovenske izkušnje, delovali bomo multidisciplinarno in vključevalno. Z namenom, da Slovenija še naprej ostane ena izmed vodilnih držav v Evropi, ki svojim prebivalcem nudi vsa z dokazi podprta organizirana presejanja za rake in s ciljem, da bomo z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb in raka zmanjšali breme teh rakov v Sloveniji, je minister za zdravje 18. junija 2020 pod okriljem Državnega progama obvladovanja raka imenoval Državno komisijo za presejalne programe. Naloge komisije so oblikovanje poti in usmerjanje za uvajanje novih presejalnih programov, oblikovanje meril, ki jih morajo izpolnjevati novi organizirani presejalni programi ter presoja o njihovi ustreznosti za uvrstitev med pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja z vidika strokovne upravičenosti in načrta implementacije. Priprava na uvajanje novih presejalnih programov bo potekala sistematično, multidisciplinarno, z vključevanjem vseh deležnikov in večfazno.

GLAVNI IZZIVI NA POTI DO NOVEGA PRESEJALNEGA PROGAMA ZA PLJUČNEGA RAKA V SLOVENIJI

V evropskih priporočilih je poudarjen premišljen in postopen pristop k uvajanju priporočenih novih presejalnih programov preko implementacijskih oziroma pilotnih raziskav na državni ravni. Dosedanje izkušnje kažejo, da ni enostavno v vsakdanjo prakso prenesti rezultatov, ki jih dosežemo v raziskavah v nadzorovanem okolju, ki ga optimiziramo zato, ker nas zanima ali je s presejanjem sploh možno reševati življenja in za kakšno ceno. Kljub temu, da že

20 let obstajajo jasna priporočila in navodila za uvedbo organiziranega presejanja za raka materničnega vratu, dojke, debelega črevesa in danke, marsikatero evropske države tega še niso uspele uvesti na način, da bi presejanje reševalo življenja. Slovenija je ena od redkih evropskih držav, ki ima vse tri presejalne programe implementirane tako, da prinašajo pričakovane koristi in ob najmanjši možni škodi, saj preko presejalnih registrov budno spremljamo tako udeležbo kot kakovost storitev in rezultate, učinek na breme raka pa vidimo iz podatkov registra raka.

Vedeti moramo ne samo koga in kako bomo vabili, presejali, diagnosticirali, zdravili, ampak tudi kdo bo to delal, kako bomo dosegli želeno udeležbo in kakovost, upoštevanje smernic v praksi in kako zagotoviti v našem zdravstvenem sistemu, v katerem bo potekalo presejanje, dovolj znanja, kadra, opreme, ustrezno infrastrukturo ter finančna sredstva za vse zdravstvene storitve in upravljanje takega programa. Vse to moramo proučiti ter naša predvidevanja preveriti v implementacijski raziskavi, ki nam bo dejansko pokazala, kako se neko presejanje odraža v našem okolju. Nujno je namreč zagotoviti hitro in strokovno obravnavo vseh ljudi, ki vstopijo v presejanje – od prvega vabila do presejalnega pregleda, dodatne diagnostike, zdravljenja in spremljanja po zdravljenju.

Neznanke glede presejalne politike za pljučnega raka

Povsem jasnega odgovora koga bomo vključevali v presejanju za pljučnega raka še ni. Podatki, ki jih imamo na voljo, so iz raziskav, ki so vključevale različno stare ljudi, moške in ženske, ki so različno kadili. Iz rezultatov dosedanjih raziskav lahko zaenkrat zaključimo, da naj ne bi vključevali mlajših od 50-55 let in starejših od 75-80 let ter tudi ne nekadilcev, saj pri njih koristi presejanja ne odtehtajo možnih neželenih učinkov presejanja. Načeloma nehamo presejati takrat, ko je verjetnost, da bo nov rak kadarkoli stregel po življenju, že zelo majhna in znano je, da kadilci v povprečju umirajo nekaj let prej kot nekadilci, ne le zaradi pljučnega raka, ampak tudi zaradi številnih drugih bolezni, ki jih kajenje povzroča. Prav tako je treba pomisliti na pridružene bolezni in vitalnost posameznika, ki se lahko pri enako starih zelo razlikuje. Ne presejamo ljudi, ki jim z zgodnjim odkritjem raka ne bi podaljšali življenja.

Lovljenje ravnotežja med koristmi in škodo presejanja

Čeprav presejamo zato, da s tem rešujemo življenja, tega ne moremo delati brez nekih dodatnih tveganj, ki jih s presejanjem povzročimo. Vedno bomo s presejanjem nekaj bolezni spregledali, zato je pomembno, da so ljudje pozorni za prve znake bolezni, tudi če je bil izvid presejalnega testa v redu, da ne bi prišlo do zamude pri diagnozi. Škodo delamo tudi zdravim, ki imajo pozitiven presejalni test, in tistim, ki nikoli ne bi umrli zaradi odkrite spremembe, a so podvrženi dodatni diagnostiki ali celo zdravljenju z vsemi neželenimi učinki in zapleti. Pri presejanju za pljučnega raka vemo, da bomo odkrivali več manjših lezij kot jih sedaj, ki pa vse ne bodo napredovale v raka, zato je za uravnovešanje koristi in škode presejanja izjemno pomembno imeti in v praksi tudi upoštevati najsodobnejše strokovne smernice za obravnavo teh lezij. Z nepotrebno dodatno diagnostiko in zdravljenjem ter zapleti po nepotrebem obremenjujemo tako udeležence v presejanju kot zdravstveni sistem in zdravstveno blagajno.



Ob vsem tem ljudje doživljamo seveda tudi čustvene stiske, ki niso zanemarljive in lahko vodijo do izogibanja udeležbe v naslednjih presejalnih ciklih. Pri presejanju za pljučnega raka nekaj škode povzroči tudi sama presejalna preiskava. Ocenjuje se, da je tveganje zaradi nizkodoznega CT, ki bi ga uporabljali kot presejalni test, enako kot ga pridobimo v 6-ih mesecih življenja na Zemlji zaradi naravnega sevanja ozadja. Uvedba presejanj, ki vključujejo ionizirajoče sevanje, mora biti v celoti skladna z določbami Direktive Sveta 2013/59/Euratom o določitvi temeljnih varnostnih standardov za varstvo pred nevarnostmi zaradi ionizirajočega sevanja in s slovensko zakonodajo.

Izzivi pri implementaciji presejanja za pljučnega raka

Poseben izziv bo pridobiti podatek o kajenju, ki ga potrebujemo za vabljenje ciljne skupine na presejalni pregled ter zagotoviti dovolj visoko udeležbo ciljne populacije v programu za presejanje za pljučnega raka. Prav tako bo potrebno doseči, da ne bodo kadilci imeli dodatnega izgovora za nadaljevanje kajenja, ker bi namesto truda, ki ga do sedaj vlagajo v prenehanje, raje počakali na presejalni pregled, kjer bi morebitnega pljučnega raka še vedno dovolj zgodaj odkrili, da bi ga lahko pozdravili. Poleg teh izzivov bo seveda pred implementacijo novega programa potrebno zagotoviti še vse potrebne vire na način, da bo obravnava vsakega povabljenega posameznika hitra in strokovna, kar bo v Sloveniji glede na trenutne stiske v zdravstvenem sistemu poseben izziv. V nekaterih državah se zaradi nezmožnosti dovolj hitre zagotovitve potrebnih virov odločajo, da presejanje uvajajo fazno, pri čemer najprej vključijo tisto ciljno populacijo, za katero se ocenjuje, da bi od presejanja imela največ koristi, sčasoma, ko so viri zagotovljeni, pa ciljno populacijo postopoma širijo.

Izvajanje presejanja je vedno multidisciplinarno in izjemno pomembno je, da vse sodelujoče stroke in izvajalci v presejanje verjamejo in najdejo skupni jezik, kako koncept presejanja prenesti iz nadzorovanega okolja raziskav v kompleksen zdravstveni sistem na način, da bodo čim bolj optimalno in vzdržno delovali prav vsi elementi novega presejalnega programa. Kajti le tako bo presejalni program tudi v praksi dajal rezultate, na katere računamo in le tako bodo tudi tisti, ki jim je presejanje namenjeno, le temu zaupali in se ga udeleževali.

LITERATURA

1. Wilson J, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968.
2. Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, et al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ*. 2018; 190:E422–E429.
3. Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December on Cancer Screening. *Off J Eur Union* 2003; 878:34–8.
4. European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, Group of Chief Scientific Advisors, Cancer screening in the European Union, Publications Office of the European

- Union, 2022. Dostopno 27.3.2023 na <https://data.europa.eu/doi/10.2777/867180>
5. Council of the European Union. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC. Dostopno 27.3.2023 na <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14770-2022-INIT/en/pdf>
 6. Državna komisija za presejalne programe. Spletna stran dostopna 27. 3. 2023 na <https://www.dpor.si/za-strokovno-javnost/drzavna-komisija-za-presejalne-programe/>