

SPREMLJANJE BOLNIKOV Z RAKOM PO ZAKLJUČENEM ZDRAVLJENJU

SPREMLJANJE BOLNIKOV Z RAKOM PO ZAKLJUČENEM ZDRAVLJENJU – ZAKAJ, KAJ IN KDAJ

Marko Hočevar

Sektor operativnih dejavnosti, Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

V razvitem zahodnem svetu s staranjem populacije strmo narašča breme raka. Prevalenca raka je v zadnjih 50 letih naraščala praktično eksponentno. Bolniki po končanem primarnem zdravljenju s kurativnim namenom so bili tradicionalno spremljani v ustanovah, kjer so bili zdravljeni, in sicer pet let ali več, glavni namen spremljanja pa je bil zgodnje odkrivanje morebitne ponovitve bolezni. Po tem obdobju so bolnike prevzeli v oskrbo družinski zdravniki. Takšen tradicionalen način spremljanja bolnikov po končanem zdravljenju (angl. follow-up) zanemari vse ostale težave in potrebe preživelih z rakom. V zadnjem obdobju se zato pojavlja nov, širši pojem spremljanja bolnikov v onkologiji (angl. survivorship), ki naslavlja različne fizične, psihosocialne, materialne in informacijske težave in potrebe, ki jih imajo ti bolniki. Idealno je, da dobi vsak bolnik z rakom ob koncu zdravljenja t. i. načrt oskrbe preživelih, ki jasno povzame opravljeno zdravljenje in hkrati natančno opiše načrt spremljanja. Težave in potrebe preživelih se močno razlikujejo med različnimi vrstami raka in med različnimi načini zdravljenja, prav tako pa po posamičnih obdobjih preživetja. V prispevku so opisani različni modeli, ki so nam na voljo pri organizaciji spremljanja bolnikov v onkologiji in predlagan način stratificiranja bolnikov v različne skupine glede na verjetnost pojava poznih posledic zdravljenja in ponovitve bolezni. Najprimernejši modeli za posamezne vrste raka bodo opisani v posebnih prispevkih in bodo upoštevali specifiko posameznih rakov (npr. ginekologi na primarnem nivoju pri ginekoloških rakih). V prispevku bo dodatno poudarjen pomen umestitve poglavja o spremljanju bolnikov v onkologiji v priporočila in klinične poti za posamične vrste raka ter njihovo sprotno posodabljanje ob novih spoznanjih.

Velikost problema

S staranjem populacije v zadnjih desetletjih strmo narašča breme raka. Po zadnjih podatkih GLOBOCANA iz leta 2020 znaša kumulativno življenjsko tveganje raka v Sloveniji že 44,48 %, kar pomeni, da bo pri enem od dveh Slovencev v času življenja diagnosticiran rak. Poleg porasta incidence zaradi čedalje daljše pričakovane življenjske dobe smo pričča tudi večji osveščenosti prebivalstva in zato postavitvi diagnoze raka v lokaliziranem ali napredovalem stadiju bolezni pri 75 % bolnikov. Pri teh bolnikih ima prvo zdravljenje kurativen namen. Dodatno je v zadnjih desetletjih prišlo tudi do izrednega napredka zlasti sistemskega zdravljenja raka. Vse skupaj se kaže v še višjem porastu prevalence raka, ki je v zadnjih desetletjih naraščala praktično eksponentno. Po podatkih Registra raka RS je bila prevalenca raka v Sloveniji konec leta 1961 6.768, konec leta 2020 pa že 124.830. Najvišjo prevalenco pri ženskah konec leta 2020 ima rak dojk z 19.872 primeri, pri moških pa rak prostate s 16.663 primeri.

Definicija spremljanja bolnikov z rakom po zaključenem zdravljenju

Vse bolnike po končanem primarnem zdravljenju s kurativnim namenom tradicionalno spremljamo pet ali več let. Priporočila za spremljanje se razlikujejo med različnimi vrstami raka, vendar je večini skupno, da potekajo v rednih časovnih intervalih v ustanovi, kjer je bil bolnik tudi zdravljen, in da vključujejo poleg kliničnega pregleda tudi različne slikovne preiskave in merjenje tumorskih označevalcev. Glavni namen takšnega tradicionalnega načina spremljanja bolnikov (angl. follow-up) je zgodnje odkrivanje morebitne ponovitve bolezni, saj naj bi to povečalo možnosti ozdravitve. Žal so praktično vse randomizirane študije in meta analize pokazale, da to ne drži in da pogosto in intenzivno spremljanje, ki vključuje različne slikovne preiskave in merjenje tumorskih označevalcev, ne vpliva niti na skupno preživetje niti na čisto preživetje. Samo pri bolnikih z rakom debelega črevesa in danke, ki jih intenzivno spremljamo, je nekaj več lokalnega zdravljenja z namenom ponovnega poskusa kurativnega zdravljenja, vendar tudi tu to žal ne vpliva na preživetje.

V resnici imajo preživeli po končanem kurativnem zdravljenju raka različne fizične, psihosocialne, materialne in informacijske težave in potrebe, ki jih je treba obravnavati. To je naloga dobrega spremljanja (angl. survivorship) v onkologiji.

Namen spremljanja preživelih po končanem kurativnem zdravljenju raka je:

1. preprečevanje ponovitve bolezni, novih primarnih rakov in poznih posledic,
2. promocija zdravega načina življenja,
3. zgodnje odkrivanje ponovitve bolezni in/ali novih primarnih rakov,
4. obravnava poznih posledic (fizičnih in psihosocialnih):
 - limfedem,
 - bolečina,
 - utrujenost,
 - spolna disfunkcija,
 - psihološka in eksistenčna (finančna) stiska,
5. koordinacija med specialisti in družinskim zdravnikom.

Modeli spremljanja bolnikov po zaključenem zdravljenju v onkologiji

Obdobja preživetja v onkologiji lahko shematsko delimo v:

- akutno preživetje – neposredno po diagnozi,
- podaljšano preživetje – po končanem zdravljenju,
- trajno preživetje – zelo majhna verjetnost ponovitve bolezni, ob tem pa prisotne pozne posledice zdravljenja.

Težave in potrebe preživelih se močno razlikujejo med različnimi vrstami raka in med različnimi načini zdravljenja, prav tako pa po posamičnih obdobjih preživetja. Zato ni enotnega modela spremljanja v onkologiji, ampak imamo na voljo različne modele, ki imajo vsi svoje prednosti in slabosti. Kateri model bo v posamičnem primeru najbolj ustrezen, je odvisno od vrste raka, vrste zdravljenja, okolja in virov (nematerialnih in materialnih), ki jih imamo na voljo.

Najpogostejši modeli, ki jih imamo na voljo za spremljanje bolnikov po zaključenem zdravljenju v onkologiji, so:

- Multidisciplinarni model (različni profili strokovnjakov obravnavajo preživelega hkrati – vse v enem dnevu), ki ni vezan na specifično vrsto raka in je zahteven glede na potrebne vire. Tak model se uporablja zlasti v pediatriji, lahko pa tudi pri odraslih.
- Specialne klinike za specifične rake – različne klinike za spremljanje samo posamičnih vrst raka.

- Specialistična oskrba, kjer različni specialisti obravnavajo samo specifične težave s svojega specialističnega področja, ne glede na vrsto raka ali zdravljenja, ki so te težave povzročile.
- Integriran model spremljanja v ustanovah, kjer je bilo tudi primarno zdravljenje. Zdravniški asistenti in diplomirane medicinske sestre vodijo spremljanje.
- Model kronične oskrbe, podobno kot pri drugih kroničnih boleznih (diabetes, astma, depresija, kronično srčno popuščanje...), kjer motiviran in informiran bolnik aktivno sodeluje z izkušenim strokovnjakom za spremljanje v onkologiji.
- Kombiniran model glede na stratifikacijo ogroženosti (nizka, srednja in visoka ogroženost za razvoj poznih posledic zdravljenja in ponovitve bolezni). Koordinacija med onkologom in družinskim zdravnikom in prenos na primarno zdravstveno raven.

Po končanem kurativnem zdravljenju bi morali vsi preživeli dobiti dokument, ki jasno povzame opravljeno zdravljenje in hkrati natančno opiše načrt spremljanja – t. i. **načrt oskrbe preživelih**.

Glede na verjetnost pojava poznih posledic zdravljenja in ponovitve bolezni delimo bolnike v tri skupine:

Nizka ogroženost:

- bolniki, zdravljeni samo kirurško,
- kemoterapija brez alkilirajočih snovi,
- brez obsevanja,
- nizka verjetnost ponovitve bolezni,
- blaga ali nepersistenta toksičnost zdravljenja.

Srednja ogroženost:

- kemoterapija z nizkimi ali srednjimi dozami alkilirajočih snovi,
- obsevanje z nizkimi ali srednjimi dozami,
- avtologna transplantacija matičnih celic,
- srednja verjetnost ponovitve bolezni,
- srednja toksičnost zdravljenja.

Visoka ogroženost:

- kemoterapija z visokimi dozami alkilirajočih snovi,
- obsevanje z visokimi dozami,

- alogenska transplantacija matičnih celic,
- visoka verjetnost ponovitve bolezni,
- multiorganska persistentna toksičnost zdravljenja.

Največkrat uporabljan model je kombinirani model, pri katerem preživelega spremljata onkolog in družinski zdravnik. Britanski model predvideva kombinacijo modela kronične oskrbe z visoko motiviranim bolnikom z ustrezno informacijsko in edukacijsko podporo za preživele z nizko ogroženostjo in kombiniranega modela za bolnike s srednjo ogroženostjo. Pri bolnikih z visoko ogroženostjo je v vsakem primeru oskrba kompleksna in vključuje še različne ostale specialiste glede na prevladujoče težave.

Vloga družinskega zdravnika

Družinski zdravnik ima pri spremljanju bolnikov z rakom po zaključenem zdravljenju v večini uporabljenih modelov zelo pomembno vlogo. Prvih pet let po zaključenem zdravljenju skupaj z lečečim onkologom, nato pa ima večinoma osrednjo vlogo. Pri tem naletimo na težavo premalo poudarjenega izobraževanja na temo onkologije in še zlasti spremljanja po zaključenem zdravljenju v onkologiji tako pri dodiplomskem izobraževanju kakor tudi pri podiplomskem. Onkologija je v študiju medicine premalo zastopana in običajno razmetana med različne klinične predmete. Žal je podobno tudi pri različnih kliničnih specializacijah, pri katerih se specialisti med svojim delom srečujejo tudi z bolniki z rakom. Vse to se morda še najbolj boleče izkaže ravno pri družinskih zdravnikih, saj je glede na opisane številke prevalence raka bolnik z rakom v ambulanti družinskega zdravnika vsakodnevni pojav.

Poleg različnih dodatnih organiziranih izobraževanj s področja onkologije za družinske zdravnike je verjetno čas tudi za razmislek o posebni subspecializaciji družinske medicine, kjer bi bil poudarek na onkologiji, še zlasti na spremljanju. Takšni "onko-družinski zdravniki" lahko prevzamejo glavno breme onkologije primarnega nivoja. V nekaterih modelih so takšni profili subspecialistov uspešno uporabljeni tako v specialnih klinikah za spremljanje bolnikov z rakom kakor tudi pri integriranem modelu in modelu kronične oskrbe. Predstavljajo lahko tudi vez ostalih družinskih zdravnikov z onkologi in zlasti vodijo izobraževanje družinskih zdravnikov s področja onkologije.

Klinične poti za spremljanje bolnikov v onkologiji

Podobno kot ostala področja onkologije mora biti tudi spremljanje po končanem kurativnem zdravljenju sestavni del kliničnih poti, v katerih so definirani tako različni postopki, časovni intervali in vloga posameznih specialistov. Ob tem se moramo zavedati, da se ob novih spoznanjih stalno spreminjajo tudi klinične poti. Tako priporočila ASCO kot tudi NCCN že vključujejo tudi področje spremljanja po končanem kurativnem zdravljenju.

O tem, da je načrt spremljanja po končanem kurativnem zdravljenju v onkologiji obvezen sestavni del obravnave bolnikov z rakom, priča tudi podatek, da je to tudi eden od pogojev za akreditacijo onkoloških centrov (Cancer Comprehensive Centre). Rezultate dela je potrebno tudi na področju spremljanja v onkologiji stalno spremljati, saj je to edini način, ki bo omogočil primerjanje različnih modelov in načinov dela med seboj. S tem bomo v prihodnosti lahko dobili na način z dokazi podprte medicine najoptimalnejše načine spremljanja bolnikov v onkologiji, ki bodo poleg rezultatov lahko upoštevali tudi vire, ki so nam sploh na voljo.

Literatura

1. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249.
2. <http://www.slora.si/stevilo-zivih-bolnikov>
3. Follow-up strategy and survival for five common cancers: A meta-analysis. Boris Galjart, Diederik J. Höppener, Christiaan H. Bangma, Cornelis Verhoef, Dirk J. Grünhagen. *European Journal of Cancer.* 2022 Oct; 185-199.
4. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. Deborah K Mayer, Shelly Fuld Nasso, Jo Anne Earp. *Lancet Oncol.* 2017 Jan; 18(1); e11-e18.
5. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. Jacobs LA, Shulman LN. *Lancet Oncol.* 2017 Jan;18(1):e19-e29.
6. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. Larissa Nekhlyudov, Denalee M O'malley, Shawna V Hudson. *Lancet Oncol.* Jan; 18(1); e30-e38.