

BOLNIK Z LOKOREGIONALNO PONOVI TVIJO BOLEZNI

Nika Dobnikar, Magdalena Sojar

POVZETEK

V prispevku poročamo o kliničnem primeru bolnika z lokoregionalno ponovitvijo nedrobnoceličnega karcinoma pljuč, pri katerem je prišlo pred in med radikalno zastavljenim zdravljenjem z obsevanjem do številnih zapletov ter hitrega progressa bolezni.

KLINIČNI PRIMER

64-letni gospod, po poklicu športni trener, bivši kadilec, s sladkorno boleznijo tipa 2, po CVI leta 2016, talasemijo beta minor, PAOB, arterijsko hipertenzijo, OSAS na CPAP, GERB, po resekciji tankega črevesja zaradi GIST in hiperplazijo prostate, je junija 2025 prišel na prvi pregled k radioterapevtu glede dogovora o zdravljenju lokoregionalnega recidiva ploščatoceličnega karcinoma pljuč.

Pri gospodu je bila leta 2024 opravljena rokavasta lobektomija zaradi ploščatoceličnega karcinoma desnega spodnjega pljučnega režnja. Patološki stadij bolezni je bil ocenjen na T2N1, opravljena R0 resekcija, šlo je za PD-L1 10 % pozitiven karcinom. Adjuvantnega zdravljenja zaradi številnih pridruženih bolezni ni prejel. Obravnava se je nadaljevala s sledenjem.

Od marca 2024 dalje je gospod opazal težko dihanje, maja 2025 pa je bil zaradi hemoptiz obravnavan pri pulmologu. Na CT preiskavi ugotovljen recidiv bolezni desno na krnu bronha in ob kirurških sponkah, velikosti 4,3 x 3,6 cm, tumor je vraščal v lumen intermediarnega in glavnega bronha. Dodatno opisan tudi 8 mm velik zasevek v desnem zgornjem pljučnem režnju. Na CT glave in CT trebuha brez znakov za razsoj bolezni. Junija 2025 je opravil PET-CT, ki je potrdil recidiv s hipermetabolno zgostitvijo v desnem srednjem pljučnem režnju, desno hilarno in zasevek v desnem zgornjem pljučnem režnju. Patohistološka diagnostika ni bila opravljena.

Gospodova dokumentacija je bila predstavljena na kirurško-onkološko-pulmološkem konziliju, ki je predlagal zdravljenje recidiva z obsevanjem in eventualnim dodatkom kemoterapije.

Ob pregledu v radioterapevtski ambulanti je gospod navajal predvsem težave s težkim dihanjem in utrujenostjo, hemoptize so izzvenele, na novo pa se je pojavil kašelj. Splošno stanje zmogljivosti je bilo ocenjeno po WHO 1, v statusu pa brez pomembnejših odstopanj od



normale. Bolniku je bilo ob primernih laboratorijskih izvidih predlagano zdravljenje s sočasno radiokemoterapijo ter SBRT zasevka v desnem zgornjem pljučnem režnju. S predlaganim zdravljenjem se je strinjal, vseeno pa je želel ponovno presojo o možnosti operativnega zdravljenja. Zaradi tega je bila njegova dokumentacija ponovno predstavljena na konziliju, kjer je bilo ponovno sklenjeno, da gospod z ozirom na obseg bolezni ter pridružena obolenja ni kandidat za operativno zdravljenje. Gospod je nato opravil CT pripravo za potrebe obsevanja, izdelali smo obsevalni načrt.

Še pred pričetkom radikalnega zdravljenja je prišlo do zapleta s pljučnico, ki ni odgovorila na antibiotično zdravljenje s širokospektralnimi antibiotiki in antimikotiki. Ponovili smo CT prsnih organov, kjer je bil opisan izrazit progres tumorja s popolno atelektazo desnega srednjega pljučnega režnja in možno nekrozo tkiva. Ob tem smo zaradi slabosti in dvojnih slik s CT glave in nato še z MR glave izključili akutno ishemično dogajanje oziroma razsoj v CŽS. Po dveh tednih smo iz sputuma izolirali *S. maltophilus* in glede na antibiogram uvedli terapijo z levofloksacinom. Ob tem je prišlo do postopnega upada vnetnih parametrov in kliničnega izboljšanja stanja. Zaradi spremenjene anatomije obsevanje po prvotnem načrtu ni bilo možno, zato je bil ustvarjen nov obsevalni načrt. Tako je gospod v sredini julija pričel z obsevanjem, s katerim je po tednu dni nadaljeval ambulantno. Ob pričetku obsevanja se za dodatek kemoterapije ob slabšem stanju zmogljivosti in okužbi nismo odločili. Konec julija je bil zaradi ponovne spremembe anatomije (tokrat zmanjšanje atelektaze) ustvarjen nov obsevalni načrt.

Avgusta 2025 je bil ob redni kontroli tekom obsevanja ugotovljen progres bolezni z zasevkom na licu. Gospodova dokumentacija je bila obravnavana na konziliju, kjer smo sklenili, da z ozirom na oligometastatsko bolezen bolnik nadaljuje z že zastavljenim radikalnim zdravljenjem, kateremu se doda še obsevanje zasevka na licu. Tako je gospod na mesto recidiva prejel dozo 60 Gy v 30 frakcijah, na področje zasevka na licu pa 32 Gy v 8 frakcijah (predvidena doza 40 Gy, vendar je bilo obsevanje zaradi bolečin ob izdrtju zoba predčasno prekinjeno).

Septembra 2025 je bil ob CT pripravi za potrebe izvedbe SBRT zasevka v DZPR ugotovljen še nadaljnji razsoj bolezni po pljučih. Gospodova dokumentacija je bila ponovno predstavljena na konziliju, kjer smo sklenili, da SBRT ni več indiciran, ampak je na mestu presoja o sistemskem zdravljenju, prejel je datum pregleda v ambulantni internisti onkologa.

DISKUSIJA

Po operativnem zdravljenju nedrobnoceličnega raka pljuč stadija I-III se ponovitev bolezni pojavi v 10–60 %. Največ ponovitev bolezni je v obliki oddaljenih zasevkov z ali brez lokoregionalnega recidiva. Izolirana lokoregionalna ponovitev bolezni pa je redkejša in se pojavlja v 8–37 %. Lokoregionalni recidiv je definiran kot ponovitev rakave bolezni po kurativnem zdravljenju na mestu predhodne bolezni ali v sosednjih tkivih oziroma

kot ponovitev v prsni steni/plevralno, v parenhimu, na krnu, v regionalnih bezgavkah ali kombinacija kateregakoli od naštetih.

Najoptimalnejšega načina zdravljenja lokoregionalnega recidiva še ne poznamo. NCCN smernice v primeru resektabilne ponovitve priporočajo operacijo, ki pogosto ni možna bodisi zaradi mesta ponovitve bodisi zaradi bolnikovih pridruženih obolenj. V kolikor je sprememba neresektabilna prihaja v poštev zdravljenje z obsevanjem in dodatkom kemoterapije, podobno kot pri zdravljenju neresektabilnega nedrobnoceličnega raka pljuč stadija III. Multimodalno zdravljenje omogoča srednje preživetje 16–70 mesecev ter srednje preživetje brez ponovitve bolezni 5–19 mesecev. Dodatek kemoterapije k obsevanju pomembno izboljša preživetje brez ponovitve bolezni in celokupno preživetje. Ker je večina podatkov pridobljenih iz retrospektivnih študij z nizkim številom vključenih bolnikov, so podatki heterogeni in najoptimalnejše zdravljenje še ni znano.

LITERATURA

1. Rajaram R, Huang Q, Li RZ, Chandran U, Zhang Y, Amos TB, Wright GWJ, Ferko NC, Kalsekar I. Recurrence-Free Survival in Patients With Surgically Resected Non-Small Cell Lung Cancer: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Chest*. 2024 May;165(5):1260–1270. doi: 10.1016/j.chest.2023.11.042. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38065405
2. Nakamichi, Shinji et al. Comparison of Radiotherapy and Chemoradiotherapy for Locoregional Recurrence of Non-small-cell Lung Cancer Developing After Surgery. *Clinical Lung Cancer*, Volume 18, Issue 6, e441 – e448
3. Wu AJ, Garay E, Foster A, Hsu M, Zhang Z, Chaft JE, Huang J, Rosenzweig KE, Rimmer A. Definitive Radiotherapy for Local Recurrence of NSCLC After Surgery. *Clin Lung Cancer*. 2017 May;18(3):e161–e168. doi: 10.1016/j.clcc.2017.01.014. Epub 2017 Feb 21. PMID: 28302437; PMCID: PMC5413410.
4. Borghetti, P., Imbrescia, J., Volpi, G. et al. Chemo-radiotherapy plus durvalumab for loco-regional relapse of resected NSCLC. *Radiat Oncol* 17, 124 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13014-022-02084-5>
5. National Comprehensive Cancer Network. NSCLC. Version 8.2025 – August 15, 2025. Dosegljivo na: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf