



VLOGA PULMOLOGA PRI DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU PLJUČNEGA RAKA

Matevž Harlander

Univerzitetni klinični center Ljubljana

UVOD

Pljučni rak je pogosta bolezen, za katero v Sloveniji letno zbolijo okoli 14.000 ljudi. Bolezen je pri več kot polovici bolnikov (ki imajo pogosto več sočasnih bolezni) odkrita, ko je že razsejana, zato je preživetje slabo. Petletno preživetje bolnikov s pljučnim rakom, diagnosticiranih v obdobju med letoma 2011 in 2015, je bilo 14,6 odstotka pri moških in 20,8 odstotka pri ženskah. Pomembno je, da poskusimo odkriti nove bolnike čim prej, kar pa je brez dobrega primarnega zdravstva nemogoče. Bolnika s pljučnim rakom najpogosteje odkrije osebni zdravnik, bodisi ker posumi na to bolezen zaradi kliničnih znakov, bodisi je bolezen odkrita naključno ob slikanju pljuč zaradi drugih razlogov. Dostop do primarnega in specialističnega zdravstva je pomemben dejavnik zgodnjega odkritja pljučnega raka. To trditev ilustrirajo podatki iz registra raka, po katerem največ primerov omejene bolezni odkrijemo v osrednjeslovenski regiji (19,3 odstotka), najmanj pa v pomurski (samo 11 odstotkov), kar sovпада s številom zdravnikov na prebivalca. Dober dostop bolnika do zdravnika in njegova pozornost za bolnikove težave (še posebej, če pri bolniku prepozna dejavnike tveganja) imata lahko pomemben vpliv na izhod bolezni. Ob postavljenem sumu na pljučnega raka je torej indicirana napotitev k pulmologu – bolnike je treba usmerjati v centre, kjer sta na voljo ustrezno znanje in diagnostična oprema za celovito obravnavo.

DIAGNOSTIČNA OBRAVNAVA BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM

Diagnostično obravnavo novoodkritega bolnika s sumom na pljučnega raka vodi pulmolog. Obravnavo bolnika s pljučnim rakom mora biti čim hitrejša. Čeprav ni raziskav, ki bi opredelile idealno časovno okno, se pogosto pojavlja mnenje, naj čas od prve razpoznavne simptomov in znakov pa do zaključka izhodiščne diagnostične obravnave ne bi presegal šest tednov. Cilji začetne diagnostične obravnave so: opredeliti razširjenost bolezni, izbrati ustrezno mesto in način za histološko (ali, če to ni mogoče, citološko) opredelitev raka, oceniti sočasne bolezni, ki vplivajo na izbor načina zdravljenja, in informirati bolnika o bolezni ter možnosti zdravljenja. Hkrati z diagnostično obravnavo pogosto začnemo tudi že s simptomatičnim zdravljenjem (bolečina, oskrba plevralnega izliva ...). Ustrezen center za obravnavo pljučnega raka mora biti sposoben dosegati vse cilje oziroma mora imeti vzpostavljeno pot do dodatne obravnave v drugi ustanovi, če je to potrebno.

Prva ocena bolnikovega stanja je sestavljena iz anamneze, statusa, laboratorijskih preiskav, preiskave pljučne funkcije in rentgenograma pljuč v dveh projekcijah. Pozorni smo na simptome in znake, ki so bili lahko tudi vzrok za napotitev v obravnavo. Simptomi so lahko posledica lokalnega efekta tumorja, širjenja bolezni ali pa gre za paraneoplastični sindrom. Najpogostejši prvi simptomi so kašelj (55 odstotkov), zadihanost (45 odstotkov), bolečina (38 odstotkov) in hujšanje (36 odstotkov). Razpoznati moramo tudi sindrom zgornje votle vene in Pancoastov sindrom.

Kadar so rentgenske spremembe sumljive za pljučni tumor, je treba opraviti preiskavo CT prsnega koša s kontrastnim sredstvom, ki jo tipično razširimo še s CT-jem zgornjega trebuha in CT-jem glave, saj je pljučni rak vzrok kar za 50 odstotkov metastatskih lezij v možganih. Na tak način je obravnava učinkovitejša, bolniku pa se aplicira kontrastno sredstvo le enkrat. S CT preiskavami že dobro opredelimo razširjenost bolezni. Kadar ne gre za metastatsko bolezen, je treba opraviti tudi PET-CT, ki lahko dodatno vpliva na odločitev o mestih biopsij/punkcij in lahko tudi nadomesti nekatere druge zamejitvene preiskave (npr. CT trebuha). Idealno bi ga bilo zato opravljati že pred začetkom invazivnejših preiskav, toda pri nas to zaradi omejenega dostopa do preiskave še vedno ni mogoče. Občasno moramo za izključevanje zasevkov v oddaljenih organih uporabiti še druge slikovne metode (npr. MRI možganov).

Po opravljenih slikovnih preiskavah izberemo ustrezno metodo za histološko (citološko) opredelitev. Diagnozo največkrat postavimo z bronhoskopijo, s katero lahko pridobimo histološki material. Z bronhoskopom, opremljenim z ultrazvočno napravo (EBUS), lahko tudi opravimo punkcije hilarnih in mediastinalnih bezgavk, kar je del zamejitvenih preiskav pri bolnikih z nemetastatsko boleznijo. Če sprememba ni dosegljiva endoskopsko, se lahko opravi (navadno CT-vodena) pectorakalna punkcija spremembe. Diagnozo lahko postavimo tudi s punkcijo plevralnega izliva, povečane periferne bezgavke ali metastaze (npr. jetrne). Za postavitev diagnoze je redko potreben kirurški poseg.

Iz pridobljenih vzorcev je treba opredeliti tip karcinoma (izključiti, da ne gre za metastazo drugega malignoma) in določiti napovedne markerje. Zlasti slednje je v zadnjem obdobju postalo bistveno, saj so na voljo čedalje večje možnosti sistemskega zdravljenja.

Velja omeniti še, da če že prva ocena bolnika kaže, da ni primeren kandidat za radikalne vrste zdravljenja (slaba pljučna funkcija, napredovale srčno-žilne bolezni, slabo stanje zmogljivosti ...), široka in agresivna diagnostika ni primerna, saj za bolnika pomeni le tveganje, ne prinaša pa koristi.

Interventni in paliativni pulmološki posegi pri bolniku s pljučnim rakom

Pri poteku pljučnega raka se v prsnem košu lahko pojavi več zapletov. Težave najpogosteje povzročajo zajetje velikih dihalnih poti in zasevki na plevri s plevralnim izlivom.

Kadar tumorska rašča vdira v velike dihalne poti (v sapnik ali v glavna bronha), lahko pri nekaterih bolnikih dihalno pot sprostimo z endoskopskim posegom. Pogoj za uspešen poseg



sta viabilno bronhialno drevo in normalna pljuča za obstrukcijo. Pri tem lahko uporabimo mehansko odstranjevanje tumorja z rigidnim bronhoskopom, laser, argon plazma koagulator ali krioterapijo. V izbranih primerih lahko v sapnik oziroma bronh vstavimo tudi stent. Razbremenjevanje dihalnih poti je najbolj smiselno, kadar je del multimodalnega zdravljenja (navadno sledi kemo- in radioterapija).

Pomemben vzrok simptomatike pri bolnikih s pljučnim rakom je tudi plevralni izliv. Opravimo lahko razbremenilno plevralno punkcijo, ki pa ni trajna rešitev. Primerna je za bolnike s slabšim stanjem zmogljivosti, ki imajo kratko pričakovano preživetje. Običajno lahko odstranimo do 1,5-litra tekočine, če prej ne pride do simptomov (bolečina v prsnem košu, kašelj), ki kažejo na čezmeren padec intraplevralnega pritiska. Drugi možnosti sta plevrodeza s smukcem in vstavitev trajnega plevralnega katetra. Plevrodezo lahko opravimo pri bolnikih, pri katerih lahko z odstranitvijo plevralnega izliva dosežemo zadostno razpetje pljuč (ni ujetih pljuč). Slabost plevrodeze je, da gre za bolnišnični poseg in da v do 30 odstotkih ni uspešna. Alternativa je vstavitev trajnega plevralnega katetra, ki je ambulantni poseg in primeren tudi za bolnike z ujetimi pljuči. Slabost je stalna prisotnost katetra in s tem možnost okužbe (empiem) in potreba po rokovanju s sistemom v domačem okolju. Pri daljši uporabi trajnega plevralnega katetra pride do spontane plevrodeze pri tretjini do polovici primerov in lahko kateter odstranimo. Raziskave kažejo, da sta obe metodi zdravljenja pri lažšanju težav primerljivi.

ZAKLJUČEK

Pulmološka obravnava je začetek multidisciplinarne obravnave bolnika s pljučnim rakom. Njen bistveni del je oceniti sposobnost bolnika za zdravljenje, ugotoviti začetni stadij bolezni in zagotoviti natančno histološko ali citološko diagnozo. Pozneje se v obravnavo bolnika pulmolog vključuje z interventnimi posegi.

LITERATURA

1. Rak v Sloveniji 2015. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, 2018.
2. Triller N. Rak pljuč v Sloveniji in kakovost obravnave teh bolnikov. In: Triller N., ed. Zbornik sestanka: kardiovaskularne bolezni in rak pljuč. Zbornik srečanja Zveze pnevmologov Slovenije. 2010 december 10.–11.; Laško, Slovenija. Zveza pnevmologov Slovenije; 2010.
3. Ost DE, Yeung S-CJ, Tanoue LT, et al. Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May; 143(5 Suppl): e121S–41S.
4. Kocher F, Hilbe W, Seeber A, et al. Longitudinal analysis of 2293 NSCLC patients: a comprehensive study from the TYROL registry. Lung Cancer. 2015 Mar; 87(2): 193–200.
5. Midthun DE. Overview of the risk factors, pathology, and clinical manifestations of lung cancer. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on August 31, 2015).

6. Nichols EM, Patchell RA, Regine WF, et al. Palliation of Brain and Spinal Cord Metastases. In: Halperin EC, Wazer DE, Perez CA and Brady LW, ed. *Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2013. 1766–1778.
7. Guibert N, Mazieres J, Marquette C-H, et al. Integration of interventional bronchoscopy in the management of lung cancer. *Eur Respir Rev*. 2015 Sep; 24(137): 378–91.
8. Feller-Kopman D, Walkey A, Berkowitz D, et al. The Relationship of Pleural Pressure to Symptom Development During Therapeutic Thoracentesis. *Chest*. 2006 Jun; 129(6): 1556–60.
9. Thomas R, Fysh ETH, Smith NA, et al. Effect of an Indwelling Pleural Catheter vs Talc Pleurodesis on Hospitalization Days in Patients With Malignant Pleural Effusion: The AMPLE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. American Medical Association; 2017; 318(19): 1903–12.