



PODALJŠANA DIAGNOSTIČNA OBRAVNAVA BOLNICE Z RAKOM PLJUČ - KLINIČNI PRIMER

Dominik Časar, Eva Pribožič

POVZETEK

V prispevku poročamo o kliničnem primeru bolnice s slučajno odkrito sumljivo lezijo v pljučih, pri kateri je prišlo do pomembno podaljšane diagnostične obravnave in odloženega pričetka zdravljenja zaradi sočasne obravnave poškodbe hrbtenice in okužbe s COVID.

UVOD

Pljučni rak je najpogostejši rak na svetu in najpogostejši vzrok smrti za rakom pri moških. Kot pri vseh rakih tudi pri pljučnem velja, da je preživetje odvisno od razširjenosti bolezni ob diagnozi. Skupina bolnikov z omejeno boleznijo dosega skoraj 60-odstotno petletno preživetje, medtem ko je pri bolnikih, odkritih z razširjeno ali razsejano boleznijo, čisto petletno preživetje še vedno v povprečju manjše od 20 %.

Diagnostična obravnava bolnikov s pljučnim rakom mora biti hitra, učinkovita in varna. Kadar pri bolniku anamnestično ali v kliničnem statusu posumimo na pljučnega raka, je potrebno čimprej, v roku 5 dni, narediti RTG posnetek prsnega koša. Ob kliničnem ali radiološkem sumu je potrebno bolnika čimprej napotiti k pulmologu v usposobljen diagnostični center. Čas do postavitve diagnoze in ocene razširjenosti bolezni pomembno zmanjšamo z napotitvijo v terciarni diagnostični center, kjer izvajajo slikovno in invazivno pljučno diagnostiko.

KLINIČNI PRIMER

71-letna gospa, dolgoletna kadilka z znano arterijsko hipertenzijo, celiakijo in hipotirozo, je bila februarja 2022 obravnavna pri pulmologu zaradi pljučnice. 25. 2. je bila na RTG naključno odkrita 25 mm velika tumorska sprememba v desnem spodnjem pljučnem režnju. Svetovana je bila kontrolna preiskava.

V marcu je gospa med aktivnostjo v gozdu padla in se poškodovala. Zaradi bolečin v desni nogi je po nekaj dneh poiskala pomoč na urgenci, kjer na RTG kolkov in medenice jasnih znakov za poškodbo niso ugotavljali. Družinska zdravnica jo je zaradi vztrajajočih bolečin napotila na MR lumbo-sakralne hrbtenice, ki je pokazal edematozne korpuse L1, L2 in L4 – najverjetneje po poškodbi. Pri travmatologu je bila tako obravnavana 20. 5. Svetovana je bila konservativna terapija in kontrola čez 3 tedne. Na ponovnem pregledu pri travmatologu so ugotavljali vztrajajoče bolečine, zaradi česar so indicirali vertebroplastiko L1 in L4.

Pred operativnim posegom je bolnica ponovno opravila RTG kontrolo, kjer so opisali povečanje sumljive lezije v pljučih na 37 mm. Bolnica je bila napotena na CT prsnih organov, ki ga je opravila 24. 7. Preiskava je pokazala lobuliran solidni tumor v šestem desnem pljučnem segmentu velikosti 44 x 41 x 41 mm in patološko bezgavko v regiji 10R premera 11 mm. Izražen je bil zmeren centrilobularni emfizem. Sledila je napotitev k pulmologu pod njuno, kjer je prvi pregled opravila 2. 8. Sledila je bronhoskopija in histopatološka potrditev raka pljuč. Izvid je govoril za epidermoidni karcinom, PD-L1 40 %. Od suma na pljučni tumor do prvega pregleda pri specialistu pulmologu je tako minilo 158 dni, do potrditve diagnoze pa 166 dni.

Sledile so zamejitvene preiskave z MR glave in PET CT, kjer razsoja niso beležili in potrdili stadij T2b N1 M0. Bolničina dokumentacija je bila po opravljenih diagnostičnih preiskavah obravnavana na multidisciplinarnem konziliju, ki je predlagal zdravljenje z radio-kemoterapijo. Operativni poseg ni bil indiciran zaradi nezadovoljivega rezultata obremenitvenega testiranja. V začetku oktobra je bolnica kljub pozivu v radioterapevtsko ambulanto pričela z rehabilitacijo v termah po vertebroplastiki. Med rehabilitacijo je prišlo do okužbe s COVID, zaradi česar je bil pregled na Onkološkem inštitutu ponovno odložen.

Prvi pregled pri specialistu radioterapevtu je tako opravila 12. 10. Z radikalnim zdravljenjem z radio-kemoterapijo je pričela 2. 11. Od suma na malignom pljuč do zdravljenja je minilo 244 dni. Bolnica je bila uspešno zdravljena z radikalno radio-kemoterapijo s TD 60 Gy v 30 frakcijah in 2 ciklusoma sočasne kemoterapije: prvi ciklus po shemi etopozid/cisplatin, drugi ciklus pa zaradi poslabšanja ledvične funkcije po shemi etopozid/karboplatin. Na kontrolnem CT prsnih organov smo beležili zmanjšanje tumorja, bolnica je zdravljenje nadaljevala z dopolnilno imunoterapijo z durvalumabom. Bolnica je trenutno v remisiji, dopolnilno zdravljenje prenaša brez težav.

DISKUSIJA

V zadnjih letih so bile opravljene številne študije, ki so poskušale odkriti najpomembnejše vzroke zamud v diagnostični obravnavi bolnikov s pljučnim rakom ter vpliv na njihovo prognozo. Primerjava je težavna zaradi razlik v zdravstvenih sistemih, v priporočilih ter njihovi adherenci ter različnem beleženju in interpretaciji časovnega okvira zdravstvenih obravnav. Dejavnike, ki vplivajo na zamude v obravnavi bolnikov s pljučnim rakom, lahko v grobem razdelimo na tiste, ki so odvisni od bolnika in tiste, ki so posledica zdravstvenega sistema in koordinacije posameznih nivojev. Bolnikovi dejavniki, ki najpogosteje vplivajo na zamude, so odsotnost simptomov, slabo sodelovanje in nerazumevanje ter pridružene bolezni. K dejavnikom zdravstvenega sistema štejemo nizek indeks suma in slabo poznavanje znakov alarma, pomanjkljivo predajo relevantnih informacij, sočasne zdravstvene obravnave, čakalne dobe za diagnostiko in zdravljenje, neuspešne diagnostične postopke in druge.

V avstralski metaanalizi iz leta 2018 kot najpogostejša razloga za zamude pri obravnavi bolnikov s pljučnim rakom navajajo bolnikove dejavnike ter slabo koordinacijo posameznih



zdravstvenih storitev. Po podatkih iz 33-ih študij je bil mediani čas od prve obravnave pri družinskem zdravniku do obravnave pri zdravniku specialistu 7 dni (0–33 dni), mediani čas od diagnoze do zdravljenja na podlagi 52 študij pa 27 dni (6–80 dni).

V prikazanem kliničnem primeru bolnice s pljučnim rakom je prišlo do zamud v obravnavi na več nivojih zdravstvenega sistema oziroma klinične poti. Čas od postavitve suma na RTG do diagnoze raka pljuč je tako znašal 166 dni, do zdravljenja pa 244 dni. Čas od prvega pregleda pri specialistu pulmologu do zdravljenja je znašal 84 dni. V Sloveniji je ob sumu na pljučnega raka priporočen čas za obravnavo pri specialistu pulmologu 14 dni – stopnja nujnosti 'zelo hitro'. Podobna priporočila za prvo obravnavo pri specialistu (7–14 dni) veljajo v večini razvitih zahodnih držav.

Na zamude v obravnavi v predstavljenem kliničnem primeru so pomembno vplivali slabše sodelovanje bolnice, nizek indeks suma pri začetni obravnavi, sočasna zdravstvena obravnava zaradi poškodbe hrbtenice, čakalne dobe diagnostičnih preiskav, najizraziteje 18F-FDG PET CT ter okužba s COVID. Šlo je torej za kombinacijo bolnikovih dejavnikov in dejavnikov zdravstvenega sistema. Na bolnikove dejavnike lahko vplivamo predvsem preko primarne in sekundarne preventive z ustreznim izobraževanjem in presejalnimi programi. Na dejavnike zdravstvenega sistema lahko vplivamo predvsem z optimizacijo klinične poti, jasnimi priporočili in njihovo adherenco ter zagotavljanjem kadra za izvajanje zdravstvenih storitev glede na potrebe prebivalstva.

ZAKLJUČEK

Hitra, učinkovita in varna diagnostična obravnava je za bolnike s pljučnim rakom izjemnega pomena. Zamude v obravnavi lahko zaradi zapoznelega zdravljenja vodijo v progres bolezni in s tem omejene možnosti zdravljenja ter slabšo prognozo. Dodatno se povečujejo stiske bolnikov in obremenitev zdravstvenega sistema.

LITERATURA

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71: 209–249.
2. Zadnik V, Žagar T, Lokar K, et al. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1997–2016 v Sloveniji. Ljubljana: Register raka, 2021.
3. Vrankar M, Boc N, Kern I, et al. Priporočila za obravnavo bolnikov s pljučnim rakom [Internet]. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2022 [citirano 2023 mar 15]. Dostopno: <https://www.onko-i.si/priporocila>
4. Malalasekera A, Nahm S, Blinman PL, et al. How long is too long? A scoping review of health system delays in lung cancer. *Eur Respir Rev.* 2018;27(149):180045.

5. BTS recommendations to respiratory physicians for organising the care of patients with lung cancer. The Lung Cancer Working Party of the British Thoracic Society Standards of Care Committee. *Thorax* 1998; 53: Suppl. 1, S1–S8.
6. The NHS Cancer Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform. London, Department of Health, 2000.
7. Transforming Health Care Scheduling and Access: Getting to Now. Washington, DC, Institute of Medicine (IOM), 2015.
8. Optimal Care Pathway for People with Lung Cancer. Australia: Cancer Council Australia and Cancer Australia (Australian Government), 2016.