

Szybka diagnostyka raka płuc to szansa dla pacjentów

Rola lekarza rodzinnego

prof. nadzw. dr hab. n. med.
Dariusz M. Kowalski

Klinika Nowotworów Płuca
i Klatki Piersiowej, COI

PDF TEXT www.gabinetprywatny.pl



Lekarze rodzinni odgrywają bardzo istotną rolę w procesie diagnozy i skutecznego leczenia wielu poważnych chorób. Od ich staranności i uważności zależy to, na jakim etapie zaawansowania zostanie wykryta choroba, a więc często także i to, czy pacjent ma szansę na wyleczenie.

Jeśli chodzi o raka płuca, to myślę, że przede wszystkim ważne jest, żeby trochę odmitologizować tę chorobę. Przez bardzo wiele lat była ona uważana za chorobę zawsze śmiertelną i to prawie niezależnie od stadium jej zaawansowania w momencie diagnozy. Wiedzieliśmy tylko, że jest szansa wyleczenia, jeśli był niski stopień zaawansowania i zastosowaliśmy leczenie chirurgiczne. A poza tym to praktycznie nic więcej. Teraz jednak mamy XXI w. i to się bardzo zmieniło. Dziś, oprócz leczenia chirurgicznego, istnieją inne metody leczenia radykalnego, takie chociażby jak wysokodawkowa radioterapia zlokalizowana punktowo w określonych miejscach lub radiochemioterapia. Również chorzy w wyższych stopniach zaawansowania choroby, czyli w stadium rozsiewu, nie są leczeni zawsze klasyczną chemioterapią, ale otrzymują leczenie personalizowane, leczenie ukierunkowane molekularnie. Dziś dla danego typu molekularnego nowotworu dobiera się odpowiednie leczenie, a wówczas wyniki są spektakularne. Wte-

dy odsetki przeżyć pięcioletnich w stadium rozsiewu sięgają nawet 50-60%, a mediany tych przeżyć nawet od 3 do 6 lat. Pojawiła się wreszcie nowa metoda leczenia, immunoterapia, która jest rewolucyjna wobec raka płuca, szczególnie raka niedrobnokomórkowego. Na przykład chorzy będący w stadium zaawansowania miejscowego mogą być leczeni metodą jednoczesowej radiochemioterapii, wspartej właśnie konsolidującą immunoterapią.

■ Wczesna diagnostyka

Tak więc bardzo ważne jest, żeby lekarze rodzinni zdali sobie sprawę, że naprawdę warto diagnozować, bo są skuteczne sposoby walki z tą chorobą. I że warto przyczynić się do tego, by chorzy trafiali do onkologa klinicznego, szczególnie do dobrych centrów, gdzie możemy choremu zaproponować leczenie kompleksowe, zapewniając nie tylko diagnostykę, ale także leczenie torakochirurgiczne, radioterapię, leczenie systemowe, np. metodą radiochemioterapii, czy też innowacyjne leki.

Co więc jest ważne, jeśli chodzi o rolę lekarza rodzinnego? Przede wszystkim to, że u niego i dzięki jego staraniom można wykryć chorobę w niskich stadiach zaawansowania, którą można leczyć najbardziej optymalnie, czyli chirurgicznie. A co należy zrobić, żeby takich chorych skutecznie wychwytywać? Przede wszystkim zwracać uwagę na objawy. Jeżeli chory przychodzi do lekarza i mówi, że jest wieloletnim nałogowym palaczem papierosów, a to jedynie znany czynnik sprawczy – w 90-95% rozpoznają to są byli albo aktualni palacze tytoniu – wobec takiego pacjenta należy już zachować pewną czujność. Jeżeli u takiego chorego występuje kaszel, który wcześniej nie występował – wdrożyć diagnostykę! Jeżeli występuje duszność, której wcześniej nie było – wdrożyć diagnostykę! Jeżeli pojawiła się chrypka albo krwioplucie – bezwzględnie wdrożyć diagnostykę! Jeśli taki chory ma infekcję płucną to, oczywiście, należy zlecić kurację an-

tybiotykową, ale gdy pacjent wróci po 2-3 tygodniach i ma nawrót drugiego czy trzeciego zapalenia płuc lub oskrzeli, to nie dawać mu drugiego, trzeciego czy czwartego antybiotyku, bo to odwleka rozpoznanie, tylko wdrożyć diagnostykę! Takim podstawowym badaniem jest oczywiście wykonanie konwencjonalnego radiogramu klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej i bocznej, ale i tak do rozpoznania, do ustalenia stopnia zaawansowania nowotworu potrzebne będzie wykonanie jeszcze co najmniej tomografii komputerowej klatki piersiowej.

■ Kompleksowe leczenie

Od kilku lat mamy tzw. kartę DiLO, czyli kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, którą może założyć już lekarz rodzinny. I, tak jak my onkolodzy zawsze mówimy, lepiej jest założyć 10 niepotrzebnych kart, z których nic nie wyniknie, niż nie rozpoznać jednego przypadku nowotworu z powodu niezłożenia takiej karty. Chorego, u którego lekarz rodzinny podejrzewa nowotwór, może on zawsze skierować na badanie, czyli co najmniej na radiogram klatki piersiowej. Jeżeli wychodzi tam zmiana podejrzana guzowata, natychmiast należy kierować pacjenta do pulmonologa albo do onkologa. Nawet do onkologa klinicznego – jest szybciej i łatwiej, dlatego, że do nas dostęp jest możliwy bez żadnego skierowania i na pewno kolejki są mniejsze, natomiast do pulmonologów dłuższe.

Specjalista, onkolog kliniczny albo pulmonolog, skieruje chorego szybko na diagnostykę inwazyjną albo mało inwazyjną. Tam, metodą bronchofiberoskopii lub za pomocą ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej, zostaną pobrane komórki nowotworowe, żeby je dokładnie zbadać i uzyskać odpowiednie rozpoznanie. Wówczas będzie wiadomo, czy: jest to nowotwór, czy jest złośliwy i jaki to typ nowotworu złośliwego. Wtedy można dalej wykonać odpowiednie badania biomolekularne, których wyniki mogą kwalifikować chorego do odpowiedniego leczenia personalizowanego.

Jest XXI w., nie może być tak, że „każdy sobie rzepkę skrobie”, że onkolog kliniczny najpierw powie, że chemioterapia, a potem zobaczymy. Pacjent powinien mieć wdrożoną procedurę MDT, czyli zespołu wielodyscyplinarnego i potem zaplanowane postępowanie. Tylko wtedy ma szansę. A badania mówią, że jeżeli w ten sposób postępujemy, to zwiększamy szansę wydłużenia przeżycia o ok. 20-30%.

Lekarz rodzinny jak najbardziej może skierować pacjenta bezpośrednio do wysokospecjalistycznego ośrodka. A poza tym to jest także wybór pacjenta. Lekarz rodzinny jest gotowy na dialog z chorym, na jego uczestnictwo w podejmowaniu decyzji co do dalszego postępowania. Chory może chcieć leczyć się we Wrocławiu, w Krakowie, w Warszawie – wszędzie tam, gdzie uzna, że są dobre wyniki leczenia. Na naszej stronie internetowej, w Centrum Onkologii, mamy numer infolinii dla pacjentów – tam zawsze można zadzwonić i poprosić o ustalenie terminu konsultacji. Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej, w której pracuję, jest dedykowana takim chorym i zapewnia kompleksowe leczenie. Mamy tu część torakochirurgiczną i część zachowawczą z zespołem onkologów klinicznych, radioterapeutów i biologów molekularnych – potrafimy więc taką kompleksową wizytę zapewnić. A dla chorych kierowanych pierwszy raz do rozpoznania albo do rozpoczęcia leczenia są nawet przewidziane odpowiednie wolne terminy konsultacji. Jeśli więc chory dzwoni i powie, że jest chorym pierwszorazowym, to termin wizyty jest bardzo szybki.

My, onkolodzy chcielibyśmy spotykać na swojej drodze dużo więcej, niż obecnie, chorych w co najwyżej I czy II stadium zaawansowania raka płuca, bo tacy pacjenci rokują najlepiej. A lekarze rodzinni, dzięki swojej uważności i czujności, jeśli chodzi o objawy, z jakimi pacjenci przychodzą, mogą się do tego z pewnością walczyć przy czynić. ■