

ZDRAVLJENJE INOPERABILNEGA PLJUČNEGA RAKA

Matjaž Zwitter

Povzetek

V prvem delu predstavljam smernice zdravljenja pljučnega raka, kot smo jih na Onkološkem inštitutu sprejeli v aprilu 1997 in nekaj več pozornosti namenjam novostim v obsevalnem in citostatskem zdravljenju. Drugi del prispevka namenjam odnosu med zdravnikom in bolnikom s pljučnim rakom. Na kratko spregovorim o bolniku kot osebnosti, poudarim, da bolnikova krivda pri nastanku bolezni ne daje podlage za diskriminacijo in predstavim glavna vodila za pogovor z bolnikom.

Uvod

O zdravljenju pljučnega raka pišejo mnogi po svetu in pri nas. O zdravljenju bolnikov s pljučnim rakom beremo le poredko.

Na kratko bomo predstavili novosti v zdravljenju same bolezni in se malo dlje zadržali pri odnosu do bolnikov s pljučnim rakom.

Smernice in novosti v ne-kirurškem zdravljenju pljučnega raka

Smernice zdravljenja pljučnega raka

Doslej smo pri obravnavi bolnikov s pljučnim rakom pretežno sledili smernicam, ki jih je v letu 1992 in brez bistvenih sprememb ponovno v letu 1997 objavil M. Debevec. Po nekajmesečni razpravi smo v aprilu 1997 na Onkološkem inštitutu sprejeli nove smernice za ne-kirurško zdravljenje bolnikov s pljučnim rakom. Predlog novih smernic je nastal zaradi novosti v zadnjih letih in zaradi potrebe po bolj selektivnem razlikovanju med bolniki z možnostmi za ozdravitev in bolniki, pri katerih je realen domet zdravljenja lahko le dobra paliacija.

Podroben zapis postopkov bi presegel namen tega zapisa. V tabelah 1 in 2 povzemam smernice za zdravljenje ne-drobnoceličnega in drobnoceličnega pljučnega raka.

Tabela 1: Zdravljenje ne-drobnoceličnega pljučnega raka. Onkološki inštitut, april 1997

NE-DROBNOCELIČNI PLJUČNI RAK	
OPERABILEN tehnična izvedljivost pljučna funkcija splošna kondicija pristanek bolnika	kirurgija, nato: → R 1, T 3b: pooperativno obsevanje → N2: pooperativno obsevanje ali <i>klinična študija</i> - adjuvantna kemoterapija
TEHNIČNO MEJNO OPERABILEN isti ostali pogoji	<i>klinična študija</i> - preoperativna kemoterapija, nato kirurgija ali radikalna radioterapija
INOPERABILEN TUMOR M 0, brez malignega plevralnega ali perikardialnega izliva, brez prizadetosti supraklavikularnih bezgavk, dobra kondicija, pristanek bolnika	<i>klinična študija</i> - radikalna radioterapija
RAZŠIRJENA BOLEZEN izbrani motivirani bolniki v dobri splošni kondiciji, merljiva in relativno majhna tumorska masa, pristanek bolnika	<i>klinična študija</i> - sistemska terapija: I. gemcitabin in vinkristin II. cisplatin in vepesid
OSTALI BOLNIKI	paliativna radioterapija in podporno zdravljenje

Tabela 2: Zdravljenje drobnoceličnega pljučnega raka. Onkološki inštitut, tim za pljučne tumorje, april 1997

DROBNOCELIČNI PLJUČNI RAK	OMEJENA BOLEZEN kemoterapija + radioterapija	RAZŠIRJENA BOLEZEN kemoterapija,
zadovoljiva splošna kondicija, motivirani bolniki	ali (v redkih primerih) kirurško zdravljenje primarnega tumorja	(radioterapija)
slaba splošna kondicija	paliativna radioterapija in/ali kemoterapija	podporno zdravljenje, (paliativna kemoterapija)

Novosti v ne-kirurškem zdravljenju pljučnega raka

Radioterapiji so v preteklosti pri zdravljenju pljučnega raka pripisovali le obrobni pomen v lajšanju simptomov bolezni. V zadnjih letih pa prodira spoznanje, da je dobro načrtovano obsevanje ključni del zdravljenja, ki nekaterim bolnikom lahko zagotovi dolgotrajno remisijo bolezni. Pomembni elementi dobrega načrtovanja radioterapije so:

- *Natančna določitev obsevalnega volumna.* Pri tem je nujno potrebna CT preiskava, ki naj bi jo bolnik opravil dvakrat: prvič v sklopu diagnostike (torej

še pred bronhoskopijo) in ponovno ob planiranju obsevanja na simulatorju. Sodobni podatki iz literature in naše izkušnje kažejo, da je toleranca hrbtenjače za obsevanje večja, kot smo v preteklosti domnevali, kar je pomembno pri bolnikih z zajetjem mediastinalnih organov.

- *Frakcionacija obsevanja, skupna doza in trajanje obsevanja.* Pri izbranih bolnikih v dobri splošni kondiciji, z relativno majhnim in na področje prsnega koša omejenim tumorjem kažejo izkušnje na uspešnejše zdravljenje z obsevanjem večkrat na dan. Pri taki frakcionaciji bolnika obsevamo z majhnimi enkratnimi odmerki do sorazmerno visoke skupne doze v kratkem celokupnem času. Pri tem so sicer akutni sopojavi obsevanja izrazitejši, več pa je tudi dolgotrajnih remisij bolezni.
- *Časovna uskladitev kemoterapije in obsevanja pri drobnoceličnem pljučnem raku.* Pri omejeni razširitvi drobnoceličnega raka je za uspeh zdravljenja pomembno čim prej kemoterapiji priključiti obsevanje. Ta strategija pa narekuje spremembo sheme primarne kemoterapije. Zaradi akutnih sopojavov zdravljenja, predvsem zaradi vnetja sluznice požiralnika namreč obsevanje težko kombiniramo s ciklofosfamidom, doksorubicinom in vinkristinom, ki je bilo doslej standardno začetno zdravljenje drobnoceličnega raka. Načrtujemo, da bomo pri bolnikih z omejeno boleznijo sledili izkušnjam kanadske študije in obsevanje kombinirali s cisplatinom in vepesidom.

Tudi pri kemoterapiji pljučnega raka je nekaj novosti:

- Zbirne študije so potrdile, da pri bolnikih z operabilnim pljučnim rakom in z zajetimi mediastinalnimi bezgavkami dodatna (adjuvantna) kemoterapija izboljša preživetje.
- Bolnikom z razširjeno obliko ne-drobnoceličnega pljučnega raka, ki smo jim doslej namenjali le podporno zdravljenje, citostatsko zdravljenje podaljša preživetje za nekaj mesecev. To je potrdilo več zbirnih študij. Osnovni citostatik je cisplatin, ki ga kombiniramo z vepesidom, ifosfamidom, mitomicinom ali drugimi citostatiki.
- Gemcitabin je nov citostatik, ki ima pri ne-drobnoceličnem pljučnem raku zelo ugodno razmerje med učinkovitostjo in nezaželenimi sopojavi. Naše izkušnje z gemcitabinom v kombinaciji z vinkristinom so ugodne: med doslej zdravljenimi bolniki smo pri polovici videli remisijo z objektivnim zmanjšanjem metastatske bolezni. Zdravljenje poteka ambulantno in ne povzroča alopecije, bruhanja, izrazitejše zavore hematopoeze ali drugih sopojavov.

Zaključimo lahko, da se pri zdravljenju pljučnega raka vendarle odpira nekaj novih, obetavnih možnosti. Vprašanje pa je, ali bomo zaradi kadrovskih, prostorskih in finančnih omejitev lahko te novosti vpeljali v prakso. Zdravniki, ki delamo z bolniki s pljučnim rakom, ne moremo mimo občutka, da so zaradi notorično slabe prognoze in ker jim pripisujemo krivdo za nastanek bolezni, ti bolniki odrinjeni ob rob. Tako je na primer rentgensko slikanje prsnega koša z računalniško tomografijo v svetu rutinski postopek, ki je indiciran pred bronhoskopijo in ki je osnova tudi za kvalitetno planiranje obsevanja, ne le za odločitev o kirurškem posegu. Dopolnilna kemoterapija, ki izboljša prognozo

bolnikov z operabilnim pljučnim rakom, je v vsakodnevni praksi težko izvedljiva, saj nimamo zadostnega števila bolniških postelj, zdravstvenega kadra in finančnega pokritja za to zdravljenje. Podobno je z učinkovitim, a žal dragim zdravljenjem z gemcitabinom: program tega zdravljenja še čaka na odobritev zavarovalnice.

Odnos do bolnikov s pljučnim rakom²

Res je, da je bolnikov s pljučnim rakom mnogo, da so si povečini sami krivi za bolezen in da je napoved izhoda bolezni le redko ugodna. Vse to pa nas ne bi smelo napeljati k neosebni ali podcenjujočemu odnosu.

Na kratko bomo spregovorili o bolniku kot osebnosti, poudarili bomo, da bolnikova krivda pri nastanku bolezni ne daje podlage za diskriminacijo in predstavili bomo glavna vodila za pogovor z bolnikom. Zgolj zaradi tekočega stavka (in ne morda zaradi diskriminacije) govorim o zdravniku in bolniku, misel pa seveda velja tudi za zdravnico in bolnico.

Bolnik kot osebnost

Vsak pogovor je najprej pogovor dveh ljudi, šele nato pogovor med zdravnikom in bolnikom. Vsakdo si v letih izoblikuje svoj način pogovora. Sam najraje pogovor pričnem pri vprašanih, ki za suho medicinsko odločanje niso pomembna. Kaj je po poklicu, od kod prihaja, kako in s kom živi - odgovori na ta vprašanja mi pomagajo k vtisu o bolnikovi osebnosti. Ko z bolnikom najdeva skupne znance, znane kraje ali podobne interese, nama to v veliki meri pomaga k zaupanju in ublaži napetost ob kasnejšem pogovoru o zdravljenju.

Da naj bo bolnik ob pogovoru oblečen, najbrž ne bi bilo treba posebej poudarjati. Praksa marsikje, tudi v ambulantah Onkološkega inštituta je bila dolga leta drugačna: da bi prihranili kakšno minuto, so mnogi zdravniki prvo besedo z bolnikom spregovorili, ko je bil ta že slečen do pasu.

Pljučni rak, kajenje in krivda

Za devet od desetih bolnikov s pljučnim rakom velja, da so si bolezen prislužili sami. To dejstvo pa ne sme vplivati na naš odnos do teh bolnikov: kajenje pač ni zločin in če odmislimo naše neodobravanje kajenja, so kadiłci povsem prijetni, prijazni ljudje. Tudi stroške zdravljenja so si kadiłci z davki na tobak že vnaprej plačali. Nobene osnove torej ni za diskriminacijo kadiłcev pri zdravljenju in kruto bi bilo pretirano poudarjanje krivde bolnika pri nastanku bolezni.

Povsem drugačen položaj nastopi, ko se zdravnik pogovarja s svojci bolnika s pljučnim rakom, še posebej z mladimi. Tu ima zdravnik lepo priložnost, da jim jasno pokaže, kakšne tragedije prinaša kadiłska zasvojenost, kajti osebna izkušnja je mnogo učinkovitejša od časopisnih prepičevanj.

² Drugi del tega zapisa sledi članku: M. Zwitter: Seznanjenost bolnika z diagnozo in zdravljenjem. V: Izobraževalni dnevi iz onkologije za medicinske sestre (22; 1998; Brdo pri Kranju). Pljučni rak: zbornik. Uredile M. Velepčič, B. Skela-Savič, O. Korbar. Ljubljana, Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1998: 14-16

Diagnoza bolezni, pogovor o možnostih zdravljenja in prognoza

Najpomembnejši del pogovora je, razumljivo, namenjen medicinskemu problemu. Pri tem moramo vedeti, da so redki bolniki, ki ne bi že po svojih težavah in po medicinskih postopkih vsaj slutili, za kakšno bolezen gre. Prikrievanje diagnoze v prizadevanju, da bi bolnika obvarovali pred spoznanjem o rakavi bolezni lahko zato v praksi izpeljemo le tako, da se z bolnikom sploh ne pogovarjamo. Dilema torej ni, ali naj bolniku povemo, da ima raka, pač pa, ali naj se z njim pogovarjamo.

Celotne informacije o bolezni ne moremo podati naenkrat. Postopno, kot bomo s preiskavami razkrivali naravo bolezni, bomo bolnika seznanjali z ugotovitki. Ko smo diagnostični postopek pripeljali do točke, ko se že lahko odločamo o zdravljenju, pa je potreben daljši in poglobljen pogovor. Bolniku tedaj predstavimo možnosti zdravljenja in mu v razumljivem jeziku pojasnimo uspešnost, pa tudi nezaželene sopojave posameznih načinov zdravljenja.

Pogovor naj se ravna po naslednjih vodilih:

- Dober in sočustvujoč zdravnik je bolniku dostopen in si zanj vzame čas.
- Pogovor z bolnikom je proces in ne dogodek.
- Pogovor naj ne bo monolog, pač pa dvosmeren pretok informacij, misli in vprašanj. Pozornost moramo torej nameniti tudi poslušanju, ne le svojemu sporočilu.
- Jasno zastavljeno vprašanje terja jasen in iskren odgovor. Lagati se ni le nepošteno, ampak tudi kratkovidno. Bolnik bo namreč pravo informacijo lahko dobil drugod, predvsem pa mu bo resnico razkril kasnejši razvoj bolezni. Če resnica včasih boli, pa laž rani huje. Laž prizadene dostojanstvo bolnika in močno omaja zaupanje, ki naj bi bilo temelj odnosa med zdravnikom in bolnikom.
- Šala je prijetna popestritev pogovora, ni pa pravi odgovor na resna vprašanja.
- Z informacijo o bolezni bolnika ne smemo posiljevati. Res je, da zdravljenja ne moremo dobro izpeljati, če bolnik ni vsaj v osnovi poučen o priporočenih postopkih in njihovih ugodnih in neprijetnih ali nevarnih posledicah. Res pa je tudi, da se nekateri bolniki predajo v zaupanje zdravniku in se ogradijo s ščitom zanikanja bolezni. Pretirano vsiljevanje informacij bi ti bolniki upravičeno doživeli kot neprijetno in ogrožujoče.
- Bolniku skušamo predstaviti realne cilje zdravljenja. Kadar ozdravitev ni verjetna, bomo pozornost usmerili na lajšanje in preprečevanje težav, ki jih bolezen prinaša, torej na kvaliteto življenja. V vsakem obdobju bolezni je prostor za sočutno besedo in za upanje.

Napoved bolezni je vedno negotova. Izkušen zdravnik se zato v pogovoru z bolnikom in s svojci ogiba pretirano točnih napovedi; zaveda se, da statističnih podatkov o preživetju ne moremo kar prenašati na raven posameznika. Ni torej napak, če zdravnik prizna, da prihodnosti ne zna napovedovati. Hkrati naj bolniku pove, da je izhod bolezni v nemajhni meri odvisen tudi od njega samega. Primerna telesna aktivnost, opustitev kajenja, dobra telesna higiena, primerna

prehrana, pa tudi dobro lajšanje bolečin in drugih tegob bolezni - vse to v veliki meri vpliva tako na dolžino kot tudi na kvaliteto bolnikovega življenja.