

5. [Hirokawa Y, Wadasaki K, Kashiwado K, Kagemoto M, Katsuta S, Honke Y, et al. A multiinstitutional prospective randomized study of radiation therapy of bone metastases.] [Japanese]. Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi 1988; 48: 1425-31.
6. Okawa T, Kita M, Goto M, Nishijima H, Miyaji N. Randomized prospective clinical study of small, large and twice-a-day fraction radiotherapy for painful bone metastases. Radiother Oncol 1988; 13: 99-104.
7. Cole D. A randomized trial of a single treatment versus conventional fractionation in the palliative radiotherapy of painful bone metastases. Clin Oncol 1989; 1: 59-62.
8. Roos D, Turner S, O'Brien P, Smith JG, Spry NA, Burmeister BH, et al. Randomized trial of 8Gy in 1 versus 20 Gy in 5 fractions of radiotherapy for neuropathic pain due to bone metastases (Trans-Tasman Radiation Oncology Group, TROG 96.05). Radiother Oncol 2005; 75: 54-63.
9. Rades D, Lange M, Veninga T, Rudat V, Bajrovic A, Stalpers LJ, et al. Preliminary results of spinal cord compression recurrence evaluation (score-1) study comparing short-course versus long-course radiotherapy for local control of malignant epidural spinal cord compression. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009; 73: 228-34.
10. Rajer M, Kovač V. Malignant spinal cord compression. Radiol Oncol 2008; 42: 23-31.
11. Gaspar LE, Scott C, Rotman M, Asbell S, Phillips T, Wasserman T, et al. Recursive partitioning analysis (RPA) of prognostic factors in three Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) brain metastases trials. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997; 37: 745-51.
12. Gaspar L, Scott C, Murray K, Curran W. Validation of the RTOG recursive partitioning analysis (RPA) classification for brain metastases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 47: 1001-6.
13. Andrews DW, Scott CB, Sperduto PW, Flanders AE, Gaspar LE, Schell MC et al. Whole brain radiation therapy with and without stereotactic radiosurgery boost for patients with one to three brain metastases: Phase III results of the RTOG 9508 randomised trial. Lancet 2004; 363: 1665-72.
14. Bhatnagar AK, Flickinger JC, Kondziolka D, Lunsford LD. Stereotactic radiosurgery for four or more intracranial metastases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 64: 898-903.
15. Kondziolka D, Patel A, Lunsford LD, Kassam A, Flickinger JC. Stereotactic radiosurgery plus whole brain radiotherapy versus radiotherapy alone for patients with multiple brain metastases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 45: 427-34.
16. Horton J, Baxter DH, Olson KB. The management of metastases to the brain by irradiation and corticosteroids. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1971; 111: 334-336.
17. Bezjak A, Dixon P, Brundage M, Tu D, Palmer MJ, Blood P, et al; Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada. Randomized phase III trial of single versus fractionated thoracic radiation in the palliation of patients with lung cancer (NCIC CTG SC.15). Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002; 54: 719-28.
18. Erridge SC, Gaze MN, Price A, Kelly CG, Kerr GR, Cull A, et al. Symptom control and quality of life in people with lung cancer: a randomised trial of two palliative radiotherapy fractionation schedules. Clin Oncol 2005; 17: 61-7.
19. Fairchild A, Harris K, Barnes E, Wong R, Lutz S, Bezjak A, et al. Palliative thoracic radiotherapy for lung cancer: a systematic review. J Clin Oncol 2008; 26: 4001-11.
20. Kepka L, Olszyna-Serementa M. Palliative thoracic radiotherapy for lung cancer. Expert Rev Anticancer Ther 2010; 10: 559-69.

PODPORNA IN PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM

Maja Ebert Moltara

Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča. Pljučni rak spada med najpogostejše in hkrati tiste rake z najkrajšimi 5-letnimi preživetji. V Sloveniji je rak pljuč odkrit v omejeni obliki le v 14 %, ostali pa so že z oddaljenimi ali lokalnimi zasevki. Večina med njimi potrebuje dobro podporno in paliativno oskrbo. Bolnik z napredovalim, neozdravljivim rakom pljuč se lahko srečuje s številnimi simptomi: dražeč kašelj, hemoptize (izkašljevanje krvi), težko dihanje (hitra zadihanost), izguba apetita, utrujenost, pogoste okužbe. Oddaljeni zasevki lahko povzročajo bolečino, otekline zgornjega dela telesa (sindrom zgornje vene kave), glavobol, vrtoglavico, zlatenico,...

Zaključki. Medtem ko je glavni cilj specifičnega onkološkega zdravljenja podaljševanje življenja, se podporno in paliativno zdravljenje usmerjata na kvaliteto življenja. Le sočasno izvajanje postopkov specifičnega in podpornega/paliativnega zdravljenja lahko doseže želene učinke, to je čim daljše in hkrati kvalitetno preživetje.

UVOD

V Sloveniji sodi pljučni rak med pogoste rake, saj vsako leto odkrijemo več kot 1200 novih primerov. Od tega je v dobri polovici rak odkrit že v fazi z oddaljenimi zasevki, v tretjini primerov pa v lokalno napredovali obliki. Večina teh bolnikov je deležna specifične onkološke terapije in zato tudi potrebuje ustrezno podporno terapijo. Smrtnost je prav tako visoka, saj povprečno letno zaradi raka pljuč umre preko 1100 bolnikov, kar predstavlja letno skoraj 20% vseh smrti zaradi raka.¹ Bolniki z rakom pljuč potrebujejo dobro in pravočasno podporno in paliativno oskrbo.

DEFINICIJE

Med specifična onkološka zdravljenja štejemo vsa sistemska zdravljenja (kemoterapija, tarčna zdravljenja), s katerimi želimo upočasniti rast in razmnoževanje rakavih

celic. Kadar uporabljamo sistemsko zdravljenje pri neozdravljivi bolezni, le to lahko poimenujemo paliativna sistemska terapija. Tudi zdravljenja, kot so radioterapija in kirurški posegi, so lahko specifični in usmerjeni k upočasnjevanju napredovanja, vendar so pri neozdravljivi bolezni vedno izvajani v podpornem/paliativnem smislu.

Paliativna oskrba je celostna oskrba bolnika z neozdravljivo boleznijo. Glavni cilj paliativne oskrbe je zagotavljanje čim večje kvalitete življenja (2).²

Pri bolniku z neozdravljivo boleznijo sta izraza paliativna in podporna terapija sinonima. Pri bolnikih z ozdravljivo obliko bolezni pa uporabljamo zgolj izraz podporna terapija in obravnava simptomov zaradi zdravljenja bolezni. Ponekod v svetu so zaradi strahu in napačnega razumevanja izraza paliativna oskrba, oddelke za paliativno oskrbo preimenovali v oddelke za podporno zdravljenje. Vsebina dela na teh oddelkih se ob tem ni spremenila.

PODPORNA IN PALIATIVNA OSKRBA

Podporna in paliativna oskrba sta pri oskrbi bolnika z rakom nepogrešljivi. Vsi zdravniki, ki obravnavajo bolnike z neozdravljivo boleznijo, morajo imeti osnovno znanje podporne in paliativne oskrbe. V primerih kompleksnejših simptomov in zapletov pa je potrebno sodelovanje strokovnjakov, ki imajo dodatna ali specialna znanja iz podporne in paliativne oskrbe.

10 TEMELJNIH NAČEL PALIATIVNE OSKRBE

Paliativna oskrba³

- skrbi za večplastno oskrbo bolnikov z neozdravljivo boleznijo in hkrati nudi podporo svojcem obolelih,
- je primerna v vseh fazah neozdravljive bolezni,
- njeno zgodnje vključevanje v celostno obravnavo je danes standardna oskrba bolnikov z neozdravljivo obliko raka,
- je primerna tudi pri oskrbi bolnikov z neoplazmičnimi kroničnimi obolenji,
- zdravi bolečino in ostale simptome celostno – npr. *“total pain”*,
- obravnava klastre simptomov, saj se simptomi ne pojavljajo posamezno, temveč v skupkih, medsebojno tesno povezani (npr. težko dihanje – strah – bolečina, bruhanje - neješčnost – izguba teže,...),
- nudi bolnikom in svojcem tudi čustveno oporo,
- strokovno pomaga in svetuje pri kompleksnih situacijah in težavah v komunikaciji znotraj in izven družine,
- se sooča s številnimi strahovi, miti, barierami, npr. UPANJE...,
- je tudi stroškovno smiselna.

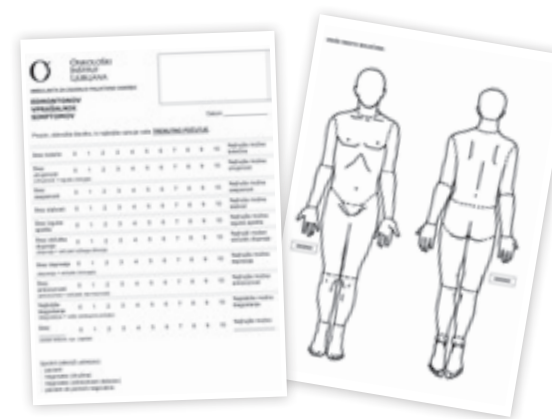
Danes imamo več trdnih dokazov, da je zgodnja paliativna oskrba ustrezna in primerena.⁴ Zato naj bi tudi predstavljala standardno obravnavo vseh obolelih s pljučnim rakom. Osnovno paliativno oskrbo naj nudi izbrani družinski zdravnik in lečeči specialist. Kot smo zapisali, le kadar pride do zapletenih, kompleksnih situacij svetujemo vključevanje strokovnjakov z dodatnimi znanji iz podporne in paliativne oskrbe.

OBRAVNAVA SIMPTOMOV

V podporni in paliativni oskrbi zdravimo simptome. Da bi jih lahko zdravili, moramo simptome ustrezno

- prepoznati,
- oceniti njihovo izraženost,
- prepoznati pod- ali precenjenost,
- ločiti reverzibilne in ireverzibilne simptome.

Prepoznavanje simptomov je lahko enostavno, vendar včasih dolgotrajno. Nekateri bolniki določenih simptomov na preprosto vprašanje kot je: »Kako ste?«, ne bodo nikoli navedli. Ker jih ne ocenjujejo za pomembne, ker ne verjamejo, da je stanje mogoče izboljšati, ker jih je sram ali ker se jih niti ne zavedajo. Pomagajo lahko standardni vprašalniki, ki jih bolniki izpolnijo že pred pregledom pri zdravniku. V teh vprašalnikih ocenijo tudi izraženost simptoma. Primer takega vprašalnika je Edmontonov vprašalnik simptomov (*Edmonton Assessment Scale of Symptoms*, ESAS) na Sliki 1. Vprašalnik lahko izpolni bolnik sam, svojci ali bolnik s pomočjo zdravstvenega osebja. Študije, in tudi praksa, kažejo, da zaposleni v zdravstvu pogosto podcenjujejo simptome, med tem ko jih svojci precenjujejo. Nikoli ne smemo pozabiti, da je izraženost simptoma vedno subjektivna ocena bolnika samega.



Slika 1. Edmontonov vprašalnik simptomov – slovenski prevod.

Ločevanje med reverzibilnimi in ireverzibilnimi simptomi je v paliativni oskrbi kritična točka obravnave vsakega simptoma. Reverzibilni simptomi morajo biti vzročno

obravnavani. Od tega odstopamo zgolj, kadar bi ukrepi, ki bi jih za to potrebovali, bolnika nepotrebno obremenjevali.

Primer reverzibilnega simptoma: težko dihanje zaradi plevralnega izliva. Kadar bolniku vožnja v zdravstveno ustanovo, kjer lahko varno izvedejo izpraznilo plevralno punkcijo, ne predstavlja prevelikega napora, je poseg smiseln in lahko olajša težko dihanje, kadar pa imamo aktivno umirajočega, kjer mu prevoz predstavlja preveliko breme ali celo škodo (možnost dodatnih zapletov med transportom), pa je napotitev na tak poseg neustrezna in obremenjujoča za bolnika.

Primer ireverzibilnega simptoma: težko dihanje zaradi napredujočih pljučnih metastaz. Za lajšanje uporabimo splošne in medicinske ukrepe. Med splošne spadajo: ustrezno vlažen, hladen zrak, odprt, svetel prostor, uporaba ročnih ventilatorčkov, odprtje okna,... Medicinski ukrepi so: ustrezno titrirana zdravila kot so preparati morfija, anksiolitiki,...

CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA

Bolnika z neozdravljivo boleznijo je potrebno obravnavati celostno. Obravnava zgolj fizičnih simptomov (bolečina, slabost, bruhanje,...) je za bolnika sicer zelo pomembna, vendar je bolnik ustrezno oskrbljen le, kadar so vključeni tudi elementi psihološke, duhovne in tudi socialne podpore. V ta namen je potrebno imeti na voljo skupino strokovnjakov (psihologi, socialni delavci, duhovni svetovalci, prostovoljci), ki se po potrebi dodatno vključujejo v obravnavo bolnika.

ZAKLJUČKI

Bolniki s pljučnim rakom se med in tudi po zaključku specifičnega zdravljenja srečujejo s številnimi simptomi. Simptome lahko ustrezno obravnavamo, če jih prepoznamo in ocenimo. Paliativna oskrba je obravnava neozdravljivo bolnega in ima več obdobji. V zgodnjem obdobju predstavlja pomembno podporo bolniku med specifičnim zdravljenjem, v zadnjem obdobju življenja pa skrbi za udobje in ustrezno podporo tako bolniku kot svojcem.

LITERATURA

1. Rak v Sloveniji 2011. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2015.
2. Srdjan Novaković, Barbara Jezeršek Novaković, Primož Strojman, Janez Žgajnar. Onkologija. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba; 2009.
3. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. Mayo Clin Proc 2013; 88: 859-65.
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733-42.

ZDRAVLJENJE PLJUČNEGA RAKA - PERSPEKTIVA DVEH DESETLETIJ

Matjaž Zwitter,¹ Tina Žagar²

¹ Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, ² Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

Izhodišča. Natančnejša diagnostika in usmerjeno zdravljenje sta privedli do zmernega izboljšanja napovedi poteka bolezni.

Zaključki. Primarna preventiva, zgodnje odkrivanje, razumen pristop pri zdravljenju z upoštevanjem značilnosti vsakega posamičnega bolnika ter dobra podporno in paliativno zdravljenje ostajajo temelj obravnave pljučnega raka tudi v prihodnjem desetletju.

UVOD

Pogled nazaj nam pomaga pri razumevanju sedanosti in pri predvidevanju prihodnosti. Na kratko bomo torej pregledali novosti pri obravnavi pljučnega raka v zadnjih dvajsetih letih in poskusili napovedati razvoj v bodoče.

DVAJSET LET NAPREDKA PRI DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU

Dolga desetletja je pri obravnavi pljučnega raka prevladoval pesimizem. Če izvzamemo redke bolnike z zgodnjimi stadiji, ki jih je kirurško zdravljenje lahko rešilo, je bilo vse ostalo zdravljenje omejeno na paliacijo težav. Slabi napovedi bolezni se je pridružila še krivda samopovzročene bolezni. Tako ni nepričakovano, da so bili pred 20 leti v Sloveniji le štirje zdravniki, ki so se posvečali nekirurškemu zdravljenju pljučnega raka.

Od sredine devetdesetih let pa so se pričele vrstiti novosti v diagnostiki in zdravljenju, ki so korenito spremenile naš pogled na biologijo in zdravljenje pljučnega raka (*Slika 1*).

Sodobna diagnostika nam daje dober temelj za odločitve o lokalnem in sistemskem zdravljenju. Endoskopska diagnostika z možnosti ultrazvočno vodene biopsije sumljivih bezgavk ter pozitronska emisijska tomografija v kombinaciji z računalniško