Tadeusz Orłowski

Klinika Torakochirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tadeusz M. Orłowski

Wczesne wykrywanie raka płuca — rola badań przesiewowych

Early lung cancer — the role of screening programs

Praca nie była finansowana

Pneumon ol. Alergol. Pol. 2014; 81: 1–2

Rak płuca stanowi pierwszą przyczynę zgonów nowotworowych wśród kobiet i mężczyzn. Pomimo wysokiej zachorowalności, a także wysokiej umieralności w tej chorobie przez wiele lat nie prowadzono populacyjnych badań przesiewowych, ponieważ nie było metody, która spełniałaby wymogi takiego badania. Badanie takie powinno spełniać następujące warunki:

- 1) wskaźniki umieralności w danej chorobie powinny ulec zmniejszeniu,
- 2) badanie powinno mieć odpowiedni poziom czułości i swoistości,
- 3) powinno być powtarzalne oraz efektywne kosztowo.

Od 40 lat podejmowano próby prowadzenia badań przesiewowych przy użyciu licznych metod, jednak większość z nich zakończyła się negatywnym wynikiem. Dopiero wyniki Narodowego Programu Badań Przesiewowych w Raku Płuca (NLST, *National Lung Screening Trial*) [1] wykazały zmniejszenie względnego ryzyka zgonu o 20% w grupie badanej przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej wobec tradycyjnej radiofotografii. Badanie to również wykazało redukcję umieralności o 7%. Podobne wyniki odnotowano także w randomizowanym badaniu przesiewowym prowadzonym na terenie Holandii i Belgii (badanie o akronimie NELSON) [2–5]. Na podstawie tych wyników Amerykańskie Towarzystwo Lekarzy Chorób Płuc (ACCP,

American College of Chest Physicians), Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej (ASCO, *American Society of Clinical Oncology*) oraz Amerykańskie Stowarzyszenie Chorób Klatki Piersiowej (ATS, *American Thoracic Society*) wydały rekomendacje do prowadzenia badań przesiewowych. Uznano że badania te mogą być prowadzone wśród długoletnich palaczy (30 paczolat), w wieku od 55–75 lat oraz wśród osób, które paliły z podobną intensywnością, a rzuciły palenie w okresie ostatnich 15 lat.

Ważnym czynnikiem jest również stopień sprawności osób, wśród których badania tego typu są prowadzone. Należy pamiętać, że celem badań przesiewowych jest nie tylko wykrycie zmiany nowotworowej, ale i leczenie — badania te powinny być prowadzone zatem jedynie wśród osób, które mogłyby być poddane odpowiedniej terapii. Osoby z grupy wysokiego ryzyka często obciążone są licznymi dodatkowymi schorzeniami takimi, jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) [6] czy uogólniona miażdżycy, co w wielu przypadkach w znacznej mierze może ograniczać podjęcie odpowiedniego leczenia. W Polsce z inicjatywy ośrodków torakochirurgicznych wdrożono programy przesiewowe raka płuca w województwie zachodnio-pomorskim oraz pomorskim. Wyniki tych programów były porównywalne z wynikami osiągniętymi w podobnych programach realizowanych w Europie i Stanach

Zjednoczonych. Należy również podkreślić, że współczynniki operacyjności na tych obszarach należą do najwyższych w kraju.

Współczynnik operacyjności określany jest nie tylko w odniesieniu do poszczególnych województw, ale także w każdym z powiatów. Ponieważ około 80% pacjentów operowanych jest w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania choroby, można powiedzieć, że wartość współczynnika operacyjności jest miarą efektywności wykrywania wczesnych postaci raka płuca. Ponieważ współczynnik ten w wielu powiatach równy był 0! (co oznacza, że ze względu na stadium zaawansowania żaden z nowo wykrytych pacjentów nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego), zainicjowano interwencyjny program wczesnego wykrywania raka płuca, finansowany ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Program ten prowadzono w województwach: mazowieckim, warmińsko-mazurskim, małopolskim oraz śląskim i opolskim.

Dzięki temu programowi zwiększyła się efektywność leczenia operacyjnego — operowanych jest więcej chorych we wczesnych stadiach choroby, z równoczesnym zmniejszeniem odsetka operowanych pacjentów w wyższych stadiach zaawansowania, przy niezmienionej, a nawet nieco większej, z roku na rok, liczbie operowanych pacjentów. Dzięki mobilizacji lokalnych społeczności udało się również zmniejszyć odsetek późnych wykryć. Dodatkowym korzystnym aspektem prowadzonych programów było zwiększenie świadomości osób palących o szkodliwości palenia, jako że programowi temu towarzyszyła zawsze akcja edukacyjna o szkodliwości nikotynizmu.

Każdy program badań przesiewowych jest znacznym wysiłkiem organizacyjnym i finansowym, wydaje się jednak, że nadszedł czas aby tego typu badania były podejmowane w celu zwiększenia odsetka skutecznie leczonych pacjentów z rakiem płuca.

W prowadzonych populacyjnych badaniach przesiewowych bardzo ważna jest zgłaszalność osób z tak zwanej grupy ryzyka. Problemem jest zatem odpowiednie rozpowszechnienie informacji o prowadzonych badaniach przesiewowych

oraz zachęcenie osób z grupy ryzyka do wzięcia w nich udziału. Sposób dotarcia do osób, które powinny wziąć udział w badaniu może różnić się w zależności od miejsca zamieszkania (miasto, wieś), wykształcenia, statusu społecznego itp. Sprawdzonym sposobem popularyzacji tego typu badań jest udział w nim osób, cieszących się autorytetem oraz osób powszechnie znanych. W pracy Zakrzewskiej i wsp. [7] opublikowanej w aktualnym numerze „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” poruszono problem oddziaływania na różne środowiska i przeanalizowano skuteczność różnych form propagowania badań przesiewowych.

O ile w populacyjnych badaniach przesiewowych rola pracowników ochrony zdrowia wydaje się być bardzo ograniczona, o tyle w programach interwencyjnych ich rola jest kluczowa.

Analiza czynników wpływających na zgłaszalność się do programów przesiewowych może mieć decydujący wpływ na powodzenie tego typu badań.

Konflikt interesów

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Aberle D.R., Thun M.J., Ries L.A. i wsp. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use and tobacco control. *J. Natl. Cancer Inst.* 2008; 100: 1672–1694.
2. Ru Zhao Y., Xie X., de Koning H.J. i wsp. NELSON lung cancer screening study. *Cancer Imaging* 2011; 11: S79–84.
3. Xu D.M., Gietema H., de Koning H. i wsp. Nodule management protocol of the NELSON, randomised lung cancer screening trial. *Lung Cancer* 2006; 54: 177–184.
4. Nair A., Hansell D.M. European and North American lung cancer screening experience and implications for pulmonary nodule management. *Eur. Radiol.* 2011; 21: 2445–2454.
5. Van Lersel C.A., de Koning H.J., Draisma G. i wsp. Risk-based selection from the general population in a screening trial: selection criteria, recruitment and power for the Dutch Belgian randomized lung cancer multi-slice CT screening trial (NELSON). *Int. J. Cancer* 2007; 120: 868–874.
6. Mayne ST., Buenconsejo J., Janerich D.T. Previous Lung disease and risk of lung cancer among men and women non smokers. *Am. J. Epidemiol.* 1999; 149: 13–20.
7. A. Zakrzewska, M. Szczepanowska, J. Książek, I. i wsp. Analiza czynników wpływających na zgłaszanie się osób zagrożonych zachorowaniem na raka płuca do programu wczesnego wykrywania. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2014; 82: 25–31.