

Barbara Rybacka-Chabros

Katedra i Klinika Pneumonologii Alergologii i Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Diagnostyka raka płuca u chorych w podeszłym wieku jako problem interdyscyplinarny

Diagnosis of the lung carcinoma in elderly as the multidisciplinary problem

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Barbara Rybacka-Chabros
Katedra i Klinika Pneumonologii
Alergologii i Onkologii
ul. Jaczewskiego 8, 20-090 Lublin
Tel.: +48 (81) 724 44 31
Faks: +48 (81) 724 48 23
e-mail: pulm.dept@umlub.pl

STRESZCZENIE

Rak płuca jest główną przyczyną zgonów chorych na nowotwory. Ponad połowa przypadków raka płuca jest diagnozowana u chorych po 65. roku życia. Trudności diagnostyczne raka płuca u osób w podeszłym wieku wynikają ze współistnienia schorzeń wieku podeszłego. Dlatego w większości przypadków raka płuca zdiagnozuje się już w stadium zaawansowanym. Kluczową rolę w procesie diagnostycznym odgrywa współpraca rodziny chorego z lekarzem pierwszego kontaktu i lekarzami innych specjalności. Trudno opracować schemat postępowania diagnostycznego dla chorego w podeszłym wieku z podejrzeniem raka płuca. Zbyt mała liczba osób po 65. roku życia uczestniczy w randomizowanych badaniach klinicznych. Konieczne jest tworzenie zespołów diagnostyczno-terapeutycznych złożonych z lekarzy różnych specjalności w celu poprawy wczesnej diagnostyki raka płuca u chorych w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: rak płuca u ludzi starych, choroby wieku podeszłego, trudności diagnostyczne

ABSTRACT

Lung cancer is the leading cause of cancer-related death. More than half of lung cancer cases is diagnosed in persons age 65 years of life or older. Diagnostic difficulties in elderly are connected with elderly-related concomitant diseases. For that reason, in majority cases, lung cancer is diagnosed in advanced stage. The key role in diagnostic procedures plays the cooperation between patient's family with GP doctor and other specialists. It is difficult to investigate the diagnostic principles that can be applied to the care of older patient with lung cancer. Only small number persons aged over 65 years are enrolled into the randomized trials. It is necessary to construct professional staffs consisted with different specialists to improve early diagnosis of lung cancer in the elderly.

Key words: lung cancer in the elderly, elderly-related diseases, diagnostic difficulties

Onkologia w Praktyce Klinicznej
2014, tom 10, supl. G, G25–G28
Copyright © 2014 Via Medica
ISSN 1734–3542
www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. G, G25–G28

Wstęp

Rak płuca jest przyczyną zgonów największej liczby chorych na nowotwory, zarówno w Polsce jak też na świecie [1, 2]. Około 75–80% wszystkich raków płuca stanowi rak niedrobnokomórkowy (NDRP), przy czym obecnie najczęściej występującym w tej grupie jest rak gruczolowy [3]. Blisko połowa przypadków NDRP diagnozuje się u chorych po 65. roku życia, a około 1/3 przypadków u chorych po 70. roku życia [4]. Trudności diagnostyczne

raka płuca u osób w podeszłym wieku wynikają nie tylko z bardzo skąpych i niecharakterystycznych objawów klinicznych we wczesnych stadiach rozwoju nowotworu. W szerokim ujęciu można je podzielić na kilka kategorii [5–11].

Pierwszą grupę stanowią czynniki zależne od pacjenta, takie jak:

— współistnienie chorób wieku podeszłego, które są źródłem wielu różnorodnych dolegliwości, maskujących objawy raka płuca;

- związane z wiekiem obniżenie sprawności intelektualnej chorego, co jest powodem gorszej komunikacji z rodziną i lekarzem w zakresie sygnalizowania objawów chorobowych;
- mniejsza mobilność starszych chorych, zależność od rodziny i otoczenia, co utrudnia dotarcie do lekarza, a tym samym opóźnia diagnozę.

Drugą grupę stanowią czynniki zależne od otoczenia (rodziny) chorego, które wynikają na ogół z niewystarczającej opieki nad chorym w starszym wieku, braku czasu i troski ze strony rodziny chorego.

Trzecią grupę stanowią czynniki zależne od lekarza, a więc :

- bagatelizowanie dolegliwości u chorego po 65. roku życia i traktowanie ich jako przynależnych wiekowi;
- ocena stanu klinicznego chorego głównie przez pryzmat własnej specjalności;
- zbyt późno wykonywane badania diagnostyczne;
- brak kontaktu lub niewystarczający kontakt z lekarzami innych specjalności, do których zgłasza się chory;
- niewystarczająca czujność onkologiczna lekarzy niebędących onkologami.

Opis przypadku

Kobieta w wieku 79 lat, niepaląca, emerytowana nauczycielka, zgłosiła się do poradni lekarza rodzinnego w dniu 20 marca 2013 roku z powodu suchego kaszlu i stanów podgorączkowych. Objawy te występowały ze zmiennym nasileniem od kilku tygodni, Pacjentka stosowała doraźnie syrop przeciwkaszlowy, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NSAID, *non-steroidal anti-inflammatory drug*) i witaminy, uzyskując przejściowe złagodzenie dolegliwości. Lekarz rodzinny rozpoznał zapalenie oskrzeli i zalecił antybiotyki o szerokim spektrum działania w postaci doustnej oraz leki mukolityczne. Po około 2 tygodniach leczenia objawy utrzymywały się nadal, pojawiły się też bóle w klatce piersiowej, nasilające się przy głębokim oddychaniu. Należy dodać, że od kilkunastu lat chora leczyla się z powodu nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej, i zażywała leki hipotensyjne z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI, *angiotensin-converting enzyme inhibitor*). Z uwagi na podejrzenie ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego pacjentkę skierowano na konsultację kardiologiczną. Wyniki badania elektrokardiograficznego (EKG) i badań dodatkowych (enzymy sercowe, badanie EKG) nie potwierdziły jednak tego podejrzenia. Pacjentkę ponownie skierowano do poradni lekarza rodzinnego. Kardiolog uznał suchy kaszel za efekt uboczny stosowania ACEI i zalecił korektę leczenia choroby nadciśnieniowej. Chora czuła się jednak coraz gorzej, pojawiły się bóle prawego barku i ograniczenie ruchomości w prawym stawie barkowym. Pacjentkę skierowano na konsultację ortopedyczną,

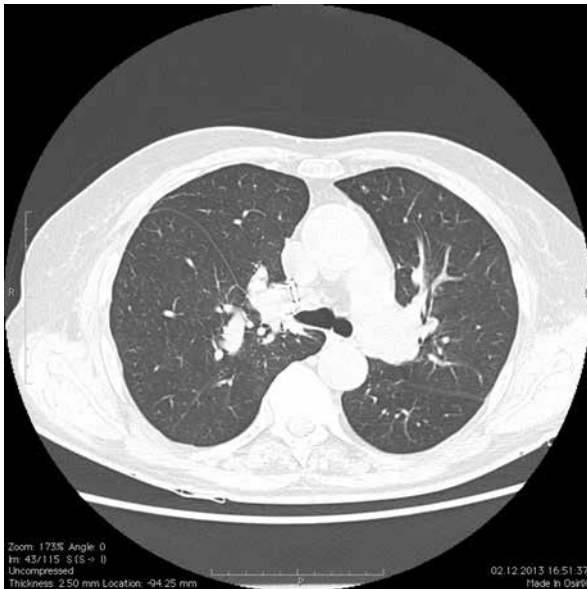


Rycina 1. Rak płuca, przypadek diagnostyczny — radiogram klatki piersiowej przed ustaleniem rozpoznania u 79-letniej kobiety



Rycina 2. Rak płuca, przypadek diagnostyczny — radiogram klatki piersiowej w momencie ustalenia rozpoznania u 79-letniej kobiety

zalecono zabiegi fizjoterapeutyczne usprawniające staw barkowy. Tymczasem w badaniach dodatkowych pojawiła się niedokrwistość (Hb 11,0 g%), spadek masy ciała, pogorszenie apetytu, duszność spoczynkowa i ogólne osłabienie. Dopiero wówczas, w dniu 26 czerwca 2013 roku lekarz rodzinny zalecił wykonanie radiogramu klatki piersiowej, który wykazał obecność guzowatego nacieku w polu górnym płuca prawego (ryc. 1, 2). Pacjentkę skierowano na konsultację pulmonologiczną. W dniu 30 czerwca 2013 roku wykonano tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i głowy, ponieważ chora zgłaszała zawroty i bóle głowy. Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykazała obecność patologicznej masy tkankowej o wymiarach 43 × 57 mm, zlokalizowanej w płacie górnym płuca prawego, z obecnością pakietów węzłowych we wnętrzu prawej, okolicy rozdzielenia tchawicy i śródpiersia (ryc. 3).



Rycina 3. Rak płuca, przypadek diagnostyczny — tomografia komputerowa klatki piersiowej w momencie ustalenia rozpoznania u 79-letniej kobiety

Nie stwierdzono obecności przerzutów w obrębie narządów jamy brzusznej i centralnego układu nerwowego. Chorą skierowano do szpitala, gdzie w dniu 2 lipca 2013 roku techniką bronchoskopii połączonej z ultrasonografią i biopsją węzła chłonnego przez ścianę oskrzela (EBUS, *endobronchial ultrasonography*) pobrano materiał do badania histopatologicznego. W dniu 15 lipca 2013 roku rozpoznano: *Adenocarcinoma metastaticum*. Badanie genetyczne materiału pobranego w czasie bronchoskopii wykazało obecność aktywującej mutacji w eksonie 19. genu *EGFR* (delecja w eksonie 19.). Stan sprawności chorej w momencie ustalenia rozpoznania: ECOG 1. Po konsultacji onkologicznej pacjentkę zakwalifikowano do terapii celowanej inhibitorem kinazy tyrozynowej (TKI, *tyrosine kinase inhibitor*) — erlotynibem — w pierwszej linii leczenia.

Omówienie

W opisywanym przypadku od pojawienia się pierwszych objawów choroby, czyli przełomu lutego i marca 2013, do ustalenia rozpoznania raka płuca w dniu 15 lipca 2013 roku upłynęło około 6 miesięcy. Nasuwa się pytanie, jakie były przyczyny tak znacznego opóźnienia rozpoznania raka płuca.

Wymienione we wstępie czynniki zależne od pacjenta nie znajdują tutaj potwierdzenia. Mimo podeszłego wieku pacjentka zachowała sprawność intelektualną, sygnalizowała rodzinie i lekarzowi swoje dolegliwości i potrafiła określić ich nasilenie. Rodzina chorej wyka-

zała troskę, postępowała zgodnie z zaleceniami lekarzy i należycie opiekowała się chorą. Z przykrością trzeba stwierdzić, że w opisywanym przypadku zbyt późno postawione rozpoznanie wynikało z niedostatecznej współpracy między lekarzami różnych specjalności opiekującymi się chorą. Niewątpliwie dolegliwości bólowe prawego barku były spowodowane związanymi z wiekiem zmianami zwyrodnieniowymi zniekształcającymi w obrębie układu kostno-stawowego. Dlatego zarówno lekarz pierwszego kontaktu, jak też ortopeda zalecił postępowanie objawowe w postaci leków przeciwbólowych i rehabilitacji. Brak reakcji na leczenie przeciwzapalne i przedłużający się suchy kaszel powinien skłonić lekarza pierwszego kontaktu do wykonania zdjęcia klatki piersiowej. Tak się jednak nie stało. Zanim chora trafiła do pulmonologa, była oceniana przez lekarza pierwszego kontaktu, kardiologa i ortopedę. Jednak żaden z nich nie przeprowadził dokładniejszej analizy klinicznej, gdyż oceniał chorą przede wszystkim przez pryzmat swojej specjalności. Ostateczne ustalenie właściwego rozpoznania zależało w tym przypadku od lekarza pierwszego kontaktu, który nie bagatelizował dolegliwości zgłaszanych przez chorą i starał się ustalić ich przyczynę. Trudno jest opracować jednolite zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla starszych chorych na raka płuca. Zbyt mała liczba chorych w starszym wieku uczestniczy w randomizowanych badaniach klinicznych [12]. Wynika to w znacznym stopniu ze współistnienia wielu chorób wieku podeszłego, konieczności zażywania wielu leków i na ogół trudniejszej współpracy ze starszym chorym. Na podstawie opisanego przypadku i analizy doniesień z literatury można się pokusić o sformułowanie kilku wniosków dotyczących trudności diagnostycznych dotyczących raka płuca u chorych po 65. roku życia.

Wnioski

1. Schorzenia współistniejące, powszechne u chorych w podeszłym wieku, opóźniają diagnostykę raka płuca.
2. Istnieje konieczność tworzenia zespołów terapeutycznych złożonych z lekarzy różnych specjalności w celu skrócenia procesu diagnostycznego i poprawy wskaźników wczesnej wykrywalności raka płuca.
3. Troska i zaangażowanie rodziny chorego w starszym wieku jest istotnym elementem w procesie diagnostycznym.

Piśmiennictwo

1. Parkin D.M., Bray F.I., Devesa S.S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur. J. Cancer* 2001; 37: 4–66.
2. Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol.* 2001; 2: 533–543.

3. Wojciechowska U., Ditkowska J., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 2012.
4. Krzakowski M., Kawecki A. (red.). Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Tom 1. Czelej, Lublin 2012.
5. Highton A.M., Monach J., Congleron J. Investigation and management of lung cancer in older adults. *Lung Cancer* 2010; 69: 209–212.
6. White H.K., Harvey J. Cohen. The older cancer patient. *Med. Clin. N. Am.* 2006; 90: 967–982.
7. Gridelli C., Langer C., Malone P., Rossi A., Seliid S.E. Lung cancer in the elderly. *J. Clin. Oncol.* 2007; 10: 1898–1907.
8. Cohen H.J. Oncology and aging: general principles of cancer in the elderly. W: Hazzard W.R., Blass J.P., Halter J.B. i wsp. (red.). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. Wydanie 5. McGraw-Hill, New York 2003; 673–675.
9. Balducci L., Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist* 2000; 5: 224–237.
10. Extermann M., Aapro M., Bernabei R. i wsp. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology. *Crit. Rev. Oncol. Hem.* 2005; 55: 241–252.
11. Hurria A., Gupta S., Zauderer M. i wsp. Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer* 2005; 104: 1998–2005.
12. Lewis J.H., Kilgore M.L., Goldman D.P. i wsp. Participation of patients 65 year of age or older in cancer clinical trials. *J. Clin. Oncol.* 2003; 21: 1383–1389.

Komentarz

Rodryg Ramlau

Niestety opisane opóźnienia związane z diagnostyką raka płuca nie dotyczą wyłącznie chorych w podeszłym wieku. Spotykamy się niemal każdego dnia z niewytłumaczalnymi przypadkami kierowania chorych do wysokospecjalistycznych ośrodków po wielomiesięcznym niejasnym postępowaniu medycznej opieki podstawo-

wej. Lekarz rodzinny powinien częściej korzystać z możliwości konsultowania chorych również w podeszłym wieku zarówno w poradniach pulmonologicznych, jak i onkologicznych.

Leczenie onkologiczne chorych w podeszłym wieku należy prowadzić zgodnie ze standardami obowiązującymi w onkologii, a wiek nie powinien być najistotniejszym kryterium kwalifikacyjnym. Stan sprawności, choroby współistniejące to najważniejsze elementy wpływające na całkowitą ocenę geriatryczną.