

Listopad - miesiącem profilaktyki raka płuc

Listopad to miesiąc świadomości raka płuca i idealna okazja by zachęcać do badań profilaktycznych. Polacy badajcie się - apelują eksperci w ramach kolejnej odsłony kampanii „Hamuj raka! Daj szansę płucom!” i zwracają uwagę na obszary wymagające pilnych zmian systemowych.

Wczesna profilaktyka, wprowadzenie ujednoczonych standardów diagnostycznych, większa dostępność do badań molekularnych, zmiany organizacyjne i wdrożenie Lung Cancer Unit'ów oraz przyspieszenie dostępu do innowacyjnych terapii wydłużających życie to zdaniem ekspertów klucz do zmniejszenia śmiertelności z powodu raka płuca. - *Rak płuca może być chorobą przewlekłą, a nawet taką, którą możemy wyleczyć. By tak się stało niezbędna jest wczesna diagnostyka oraz wdrożenie najlepszej dostępnej terapii już od początku leczenia. O to wspólnie z najwybitniejszymi ekspertami zajmującymi się w Polsce leczeniem i diagnostyką raka płuca postulujemy* - zwraca uwagę Elżbieta Kozik Prezes Polskich Amazonek Ruch Społeczny jedna z inicjatorek kampanii „Hamuj raka! Daj szansę płucom!”.

W ramach rozpoczynającej się kolejnej edycji kampanii „Hamuj raka! Daj szansę płucom!” grono ekspertów przeanalizowało dotychczasowe działania oraz opracowało postulaty dalszych zmian w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca w Polsce w oparciu o dwa nadrzędne cele jakimi są: zmniejszenie liczby zachorowań oraz dwukrotne zwiększenie wskaźnika przeżyć 5- letnich.

Zaproponowane przez ekspertów zmiany koncentrują się między innymi na profilaktyce pierwotnej skierowanej do społeczeństwa, w tym na potrzebie realizacji szeroko zakrojonych kampanii antynikotynowych, profilaktyce wtórnej zachęcającej do badań przesiewowych w kierunku raka płuca jeszcze zanim wystąpią objawy tej choroby oraz zmianach organizacyjnych, których wdrożenie zdaniem ekspertów jest kluczowe dla poprawy rokowania chorych.

Rak płuca jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów w Polsce i główną przyczyną zgonów wśród kobiet i mężczyzn. Rocznie wykrywanych jest ok. 22 000 nowych przypadków zachorowania. Niestety większość pacjentów diagnozowana jest w zaawansowanym stadium tego nowotworu.

- *Tak duża liczba pacjentów diagnozowanych w zaawansowanym stadium wynika z faktu, że rak płuca w początkowym etapie nie daje praktycznie żadnych objawów. Skoro nic nam nie dolega to nie mamy zwyczaju by się badać profilaktycznie a to bardzo duży błąd. Dziś im wcześniej wykryjemy nowotwór tym większą szansę mamy na jego wyleczenie. Tak też jest w przypadku raka płuca. Wczesne wykrycie choroby, wdrożenie najlepszej dostępnej terapii już od początku leczenia to szansa na skuteczne leczenie z intencją całkowitego wyleczenia. Dzięki nowoczesnym lekom coś co jeszcze do niedawna nie było możliwe powoli staje się realne. Warunkiem jednak jest profilaktyka wtórna, czyli wczesne wykrycie choroby, z czym w Polsce - jak pokazują statystyki mamy problem* - zwraca uwagę **Elżbieta Kozik**.

Wśród postulatów dotyczących profilaktyki wtórnej eksperci wskazują między innymi na potrzebę większej promocji **Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej**. Brak wiedzy na temat tego programu wśród lekarzy POZ i osób z grup ryzyka powoduje, że zgłaszalność do niego jest na bardzo niskim poziomie - to zdaniem ekspertów trzeba niezwłocznie zmienić.

- *W ubiegłym roku do programu zgłosiło się jedynie 2000 pacjentów. To bardzo mało zważywszy, że rocznie mamy zachorowania na poziomie ok. 22 000 osób. Wiele osób po prostu o nim nie wie, bo nie jest odpowiednio nagłościany, a i lekarze pierwszego kontaktu o nim nie informują. W ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca można wykonać niskodawkową tomografię komputerową aż w 31 ośrodkach w Polsce. Nie potrzebne jest skierowanie. Wystarczy spełnić kryteria odnośnie wieku - 55 lat i liczby wypalonych papierosów (20 paczolat) oraz zarejestrować się w jednym z ośrodków realizujących program* - **wylicza Elżbieta Kozik Prezes Polskich Amazonek Ruch Społeczny**. Lista ośrodków dostępna jest na stronie pacjent.gov.pl w zakładce profilaktyka - **odaje**.

Kolejnym ważnym aspektem opieki nad pacjentem z rakiem płuca, który znalazł się na liście postulatów jest zapewnienie każdemu pacjentowi z niedrobnokomórkowym rakiem płuca bez względu na stopień zaawansowania choroby **kompletnej, szybkiej i skutecznej diagnostyki, obejmującej swoim zakresem również diagnostykę molekularną**. Około 85 proc. przypadków raka płuca stanowi niedrobnokomórkowy rak płuca, który dzieli się na co najmniej kilkanaście podtypów tego nowotworu, różniących się między sobą na poziomie molekularnym.

- *W chorobach nowotworowych świadomy wybór formy leczenia możliwy jest dopiero po przeprowadzeniu kompletnej diagnostyki w tym diagnostyki molekularnej. Tylko mając pełny obraz choroby możemy ją skutecznie leczyć, a to ważne*

zwłaszcza teraz gdy pojawiają się terapie, które nie tylko znacznie przedłużają życie chorego, ale **dają mu szansę na wyleczenie**. Diagnostyka powinna być zarówno kompletna i szybka, tak aby pacjent już na początku swojej drogi miał jasno określoną ścieżkę postępowania – **zwraca uwagę Elżbieta Kozik**.

- Trzeba pamiętać o tym, że diagnostyka ma na celu następujące elementy: po pierwsze musimy rozpoznać, że jest nowotwór, po drugie musimy rozpoznać jaki to jest nowotwór, po trzecie określić jego charakterystykę – a wszystko to powinno być podporządkowane celowi nadrzędnemu, jakim jest wybranie właściwej, optymalnej metody leczenia – **podkreśla Profesor Maciej Krzakowski** Krajowy Konsultant ds. Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

- Każdy pacjent, u którego potwierdzamy rozpoznanie niedrobnokomórkowego raka płuca, powinien mieć wykonaną pełną diagnostykę obejmującą rozpoznanie patomorfologiczne, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz ocenę ewentualnych chorób współistniejących i optymalizację ich leczenia, ponieważ wpływa to na ogólny stan i sprawność chorego. Kompleksowa diagnostyka obejmuje badania molekularne, których zakres w dużym stopniu uzależniony jest od rozpoznania patomorfologicznego – **mówi Profesor Joanna Chorostowska-Wynimko** Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. – Na poziomie molekularnym niedrobnokomórkowy rak płuca jest niezwykle różnorodny, dlatego diagnostyka molekularna jest tak istotna. Coraz dokładniej poznajemy różne podtypy raka płuca, które charakteryzują się obecnością specyficznych mutacji wiodących – zaburzeń molekularnych, które są odpowiedzialne za rozwój nowotworu i jego progresję. Jeśli taka cecha zostanie powiązana z odpowiednim leczeniem to mamy istotną szansę, aby skutecznie zahamować rozwój choroby. Dzięki takim praktykom obserwujemy u części chorych wieloletnie przeżycia, mimo zaawansowanego procesu chorobowego i obecności przerzutów odległych – dodaje Pani Profesor.

Terapie celowane to od niedawna, nie tylko terapie dedykowane leczeniu zaawansowanej postaci choroby. Jak pokazują dane medyczne, możliwość zastosowania leków celowanych na wczesnym etapie zaawansowania choroby, to realna szansa na zmianę oblicza raka płuca z choroby charakteryzującej się jednym z najwyższych odsetków śmiertelności na chorobę, którą można nawet wyleczyć. Jedną z takich terapii stosowanych z intencją wyleczenia jest leczenie inhibitorem kinazy EGFR stosowane we wczesnym stopniu zaawansowania choroby, jako uzupełnienie zabiegu chirurgicznego.

- Jeśli chory ma stwierdzoną mutację w genie EGFR, to zastosowanie w ramach pooperacyjnego leczenia uzupełniającego ozymertynibu (inhibitora trzeciej generacji) zmniejsza ryzyko nawrotu i przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego oraz znacznie zwiększa szansę przeżycia pięcioletniego. Badania wykazały ogromną korzyść ze stosowania takiego leczenia, rzadko kiedy spotykaną w onkologii – **podkreśla Profesor Krzakowski**.

Choć nowe terapie zmieniają oblicze leczenia raka płuca to, aby lepiej je wykorzystywać i tym samym poprawić przeżywalności chorych z rakiem płuca, niezbędne są zdaniem ekspertów **zmiany organizacyjne i stworzenie Lung Cancer Unit'ów, dzięki którym poprawie ulec może zarówno postępowanie diagnostyczne, jak i terapeutyczne**.

- Abyśmy mogli powiedzieć, że w Polsce raka płuca leczymy w sposób optymalny przede wszystkim nasze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne powinno być zgodne z obecnym stanem wiedzy medycznej i z zaleceniami polskimi oraz międzynarodowymi. Zgodność i prawidłowość postępowania powinna być monitorowana, tak byśmy mieli szansę na wprowadzenie ewentualnych korekt działania czyli punktem pierwszym jest zapewnienie jakości postępowania. Punkt drugi to zapewnienie w każdym trybie i w każdym zakresie tego postępowania specjalistyczności, co zapewnia kompleksowość postępowania. Oczywiście nadzorem nad zapewnieniem kompleksowości powinien zajmować się wyznaczony ośrodek, który będzie spełniał rolę właśnie monitorującą, ale oczywiście to wszystko musi się dokonywać w ramach współpracy wielu ośrodków. Czyli kolejnym warunkiem jest współpraca ośrodków. I punkt trzeci to zapewnienie chorym dobrej dostępności do wszystkich metod, zarówno postępowania diagnostycznego, jaki i do postępowania terapeutycznego. Najlepiej oczywiście gdyby te wszystkie metody były dostępne w jednym ośrodku, co przynajmniej obecnie nie jest możliwe. Rozwiązaniem byłoby stworzenie takiego modelu współpracy wielu ośrodków, aby ten warunek trzeci spełnić – **zaznacza Profesor Krzakowski** - U chorych diagnozowanych i leczonych w ośrodkach zapewniających kompleksowość postępowania, nie tylko większy odsetek jest kwalifikowany do optymalnego postępowania, ale również wyniki tego leczenia są lepsze - puentuje.

„Hamuj raka! Daj szansę płucom!” to kampania edukacyjna, której celem jest podjęcie dyskusji dotyczącej kluczowych i koniecznych zmian w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca w oparciu o dwa nadrzędne cele jakimi są: zmniejszenie liczby zachorowań oraz dwukrotne zwiększenie wskaźnika przeżyć 5-letnich.

Eksperci kampanii to: wśród których znaleźli się: **Prof. dr hab. n med. Maciej Krzakowski** Krajowy Konsultant ds. Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, **Prof. dr hab. n med. Dariusz Kowalski** Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca Kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego

Instytutu Badawczego im. M. Skłodowskiej Curie w Warszawie, **Prof. dr hab. n med. Joanna Chorostowska-Wynimko** Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie oraz **Prof. dr. hab. n. med. Tadeusz Orłowski** Kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie,

Postulaty ekspertów kampanii Hamuj Raka Daj szansę płucom 2022/2023

Aby zmniejszyć negatywny trend zachorowalności i umieralności na raka płuca w Polsce przygotowano następujące postulaty:

1. CEL: ZMNIJSZENIE LICZBY ZACHOROWAŃ

Postulat w zakresie profilaktyki pierwotnej

1. **Realizacja długofalowych kampanii antynikotynowych skierowanych do wielu grup docelowych, w tym w szczególności do kobiet oraz młodzieży.**
 - o Przeprowadzenie głębokiej analizy postaw społecznych w tym zakresie, szczególnie dot. kobiet i młodzieży (nacisk na e-papierosy).
 - o Uzupełnienie podręczników szkół podstawowych (klasy 5-8) oraz średnich, informacjami na temat szkodliwego wpływ papierosów, nikotyny oraz nowych urządzeń zastępujących papierosy na stan zdrowia.

Realizacja działań na rzecz radykalnej poprawy dostępności do poradni antynikotynowych w ośrodkach pulmonologicznych.

1. CEL: DWUKROTNE ZWIEKSZENIE WSKAŹNIKA PRZEŻYĆ 5 - LETNICH

Postulat w zakresie profilaktyki wtórnej

3. **Promocja Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) wśród lekarzy POZ i osób z grup ryzyka.**
4. Zwrócenie uwagi NFZ na konieczność wsparcia i promocję badań przesiewowych wśród lekarzy POZ (mailingi edukacyjne do lekarzy POZ, informacje na temat screeningu w Systemie Informacji Medycznej)
5. Promocja WWRP wśród lekarzy POZ za pośrednictwem Polskiego Towarzystwa Lekarzy Medycyny Rodzinnej
6. Promocja WWRP wśród specjalistów w dziedzinach onkologicznych oraz chorób płuc
7. Promocja WWRP wśród pacjentów z grup wysokiego ryzyka za pośrednictwem IKP
8. Promocja WWRP za pośrednictwem kampanii edukacyjnych np. kampanii Ministerstwa Zdrowia Planuję Długie Życie

Postulat w zakresie diagnostyki

4. **Zapewnienie każdemu pacjentowi z niedrobnokomórkowym rakiem płuca kompletnej oraz szybko przeprowadzonej diagnostyki obejmującej ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu i pełnego rozpoznania patomorfologicznego wraz z oznaczeniem biomarkerów predykcyjnych:**
 - w stopniu zaawansowania IB-IIIa po radykalnym leczeniu chirurgicznym oznaczenie mutacji w genie *EGFR* z materiału pooperacyjnego;
 - w miejscowo zaawansowanym (stopień III) lub uogólnionym NDRP (stopień IV) oznaczenie mutacji *EGFR*, *ALK*, *ROS1* i innych zaburzeń genetycznych w miarę wprowadzania nowych leków ukierunkowanych molekularnie oraz ekspresji PD-L1 w związku z możliwościami stosowania immunoterapii.
5. **Zagwarantowanie standardu pobrania materiału biologicznego w jakości umożliwiającej kompleksową charakterystykę profilu molekularnego nowotworu.**
 1. Wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia premii finansowej za wysoki odsetek procedur biopsyjnych z pobraniem materiału w jakości umożliwiającej przeprowadzenie pełnej oceny profilu molekularnego nowotworu.
6. **Wprowadzenie zasad kontroli jakości konsyliów lekarskich, dzięki wdrożeniu wykazu obowiązkowych aktywności zakładających obowiązek uczestnictwa w konsylium przynajmniej specjalistów w zakresie**

onkologii klinicznej, chirurgii klatki piersiowej i radioterapii onkologicznej oraz specjalisty chorób płuc, a także konieczność przeprowadzenia oceny patomorfologicznej wraz z oznaczeniem kompletu markerów genetycznych

1. Weryfikacja przez AOTMiT i formalne zatwierdzenie przez Ministerstwo Zdrowia optymalnej ścieżek diagnostycznych (w tym - wytycznych w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium), które zostały zdefiniowane przez klinicystów (Dolnośląskie Centrum Onkologii) i zapisana w standardach oraz stosowana w ramach pilotażu sieci onkologicznej.
7. **Dodanie do funkcjonalności internetowego konta pacjenta (IKP) zakładki z wynikami oceny patomorfologicznej i molekularnej nowotworu, a następnie umożliwienie lekarzom dostępu do tych danych i rozpropagowanie samego narzędzia.**

Postulat w zakresie leczenia

8. **Zastosowanie najlepszej dostępnej terapii już od początku leczenia poprzez promowanie obowiązujących standardów diagnostyczno-terapeutycznych:**
 1. Wprowadzenie lepszej wyceny świadczeń gwarantowanych dotyczących stosowania leków w programie lekowym w porównaniu do mniej skutecznej chemioterapii. (Zwiększenie wyceny świadczeń związanych z realizacją programu lekowego - procedury wokół podania leku tak by opłacało się leczyć pacjenta nowoczesnymi terapiami)
 2. Umocnienie roli diagnostyki molekularnej poprzez dodanie w katalogu chemioterapii warunku nakładającego na świadczeniodawcę obowiązek potwierdzenia przeprowadzenia oceny obecności odpowiednich czynników molekularnych oraz immunohistochemicznych przed rozpoczęciem chemioterapii.
9. **Wdrożenie leczenia celowanego inhibitorem kinazy *EGFR* jako uzupełnienia terapii radykalnej (leczenie adjuwantowe).**
10. **Ujednolicenie kryteriów włączenia i wyłączenia programu lekowego oraz wprowadzenie zmian organizacyjnych w zakresie monitorowania leczenia poprzez ograniczenie częstości wykonywania tomografii komputerowej.**
11. **Upowszechnienie radiochemioterapii (zwłaszcza jednoczasowej) i zwiększenie liczby pacjentów poddawanych tej procedurze.**
12. **Umożliwienie prowadzenia jednoczasowej RT-CHT i rozliczenia podwyższonej stawki za jednoczasową RT-CHT zarówno przy leczeniu w jednej lokalizacji, jak też przy jednoczasowym leczeniu w dwóch ośrodkach (np. pulmonologii i radioterapii), w których jeden spełnia rolę ośrodka referencyjnego koordynującego ścieżkę pacjenta.**
13. **Ośrodki koordynujące leczenie pacjenta za pomocą jednoczasowej RCT powinny otrzymywać dodatkowe finansowanie, aby pokryć koszt koordynacji.**
14. **Leczenie chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium miejscowego zaawansowania i nieoperacyjności powinno być prowadzone wyłącznie w Lung Cancer Units.**

Utworzenie Ośrodków Kompleksowej Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca (Lung Cancer Unit) jako ośrodków zwalidowanych, certyfikowanych i poddawanych okresowej kontroli.