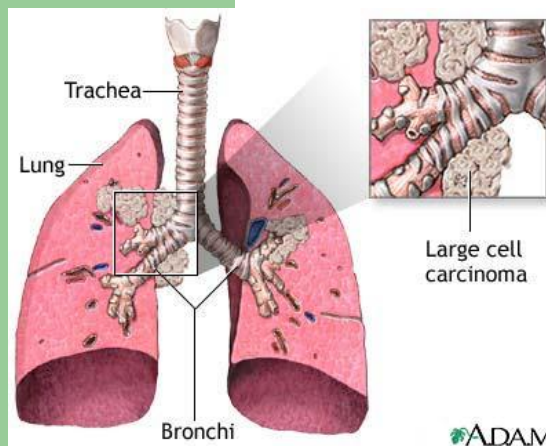


# Úloha praktického lekára v diagnostike karcinómu pľúc

**MUDr. Jana Bendová, VLD**



# Pacient č. 1

- 55 – ročný muž
- fajčí 28 rokov 20-30 cigariet/deň
- nemá subjektívne ťažkosti, ale má obavy, či nemôže mať rakovinu pľúc
  
- *Čo mu poviete o jeho riziku ochorieť na rakovinu pľúc?*
  
- *Aké vyšetrenia budete zvažovať na včasnú detekciu karcinómu pľúc?*



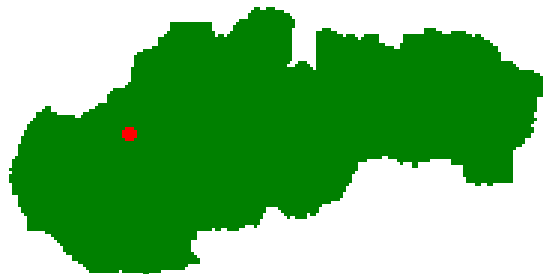
## Pacient č. 2

- 53 – ročná žena
- Nikdy nefajčila, ale pracuje v pohostinstve
- Pred rokom jej diagnostikovali CHOCHP
- *Čo jej poviete o jej riziku ochorieť na rakovinu pľúc?*
- *Budete zvažovať vyšetrenia na včasnú detekciu karcinómu pľúc?*



# Epidemiológia KP

- celosvetovo hlavná príčina smrti na nádorové ochorenia
- na Slovensku je na **3. mieste**, čo sa incidencie týka
- ale na **1. mieste** v úmrtnosti
- Na Slovensku klesá podiel pacientov diagnostikovaných vo včasných štádiách (menej ako **1/3** pacientov)



# Klasifikácia

## 2 skupiny

### A) nemalobunkové karcinómy

- tvoria 85% karcinómov pľúc
- zahŕňa: adenokarcinóm  
epidermoidný karcinóm  
veľkobunkový karcinóm

### B) malobunkové karcinómy



# Rizikové faktory

**Najvýznamnejším rizikovým faktorom je fajčenie cigariet.**

Približne **90%** KP vzniká dôsledkom fajčenia.

Riziko vzniku KP u dlhoročného silného fajčiara je až **25 x vyššie** ako u nefajčiara.

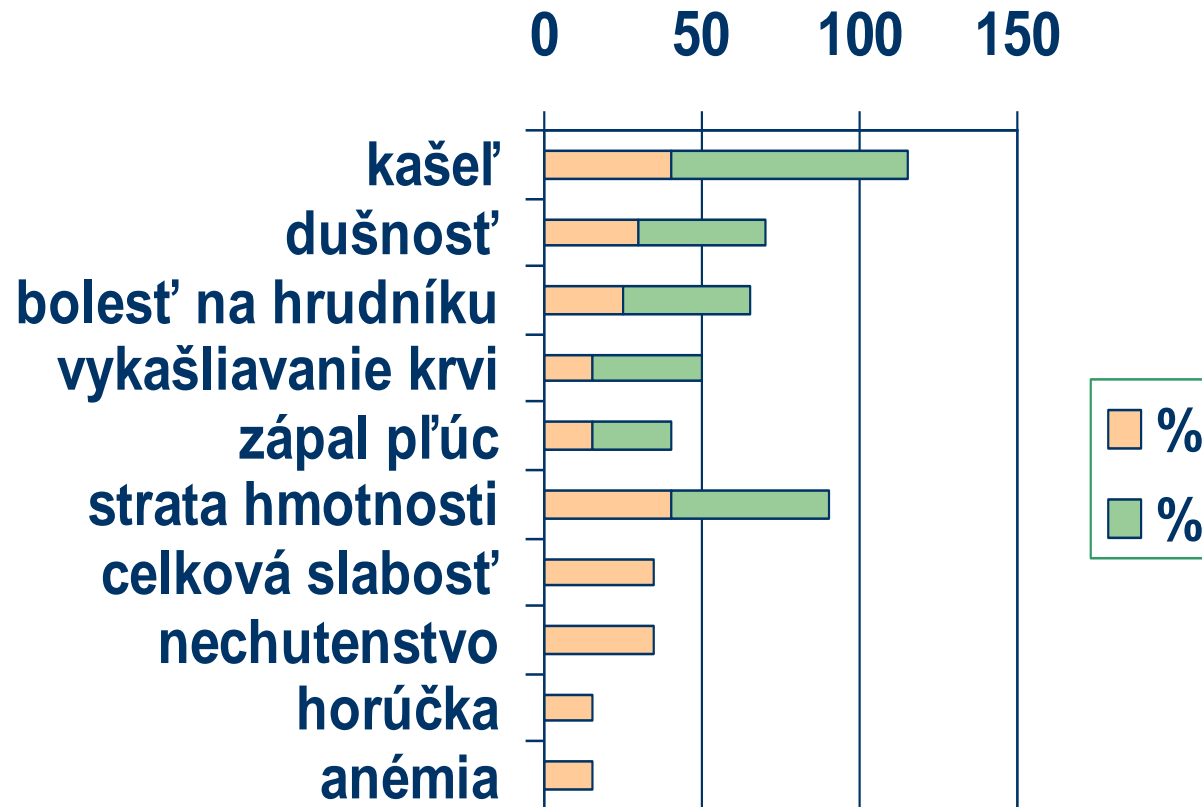


# Rizikové faktory

- pasívne fajčenie (zodpovedné za 20-25% KP u nefajčiarov)
- pracovná expozícia karcinogénom
- výskyt KP stúpa s vekom a väčšina prípadov je diagnostikovaná v populácii vo veku **60 rokov a viac.**
- riziko KP sa však dotýka aj mladých ľudí a medzi nimi aj nikdy nefajčiacich mladých žien.



# Najčastejšie príznaky a symptómy pri diagnostike KP





# Príznaky

- sú nešpecifické
- majú nízku prediktívnu hodnotu
- pľúca „nebolia“
- veľká kompenzačná schopnosť pľúc
- neexistencia včasných špecifických varovných signálov



**80% pacientov** má pri stanovení diagnózy **3 a viac príznakov**,  
avšak aj pri pokročilom ochorení je asi

**8% pacientov** úplne asymptomatická, alebo má najviac **1 príznak**

# Rovnováha...

- Bežný VLD na Slovensku vidí novozistený KP zvyčajne 1x za rok
- Najčastejšie príznaky KP (kašeľ a dušnosť) sú ale v našej každodennej praxi veľmi časté
- To zvyšuje riziko prehliadnutia diagnózy alebo riziko omeškania diagnózy
- „Prehliadnutie diagnózy“ však môže mať následky nielen pre pacienta ale aj pre jeho lekára...
- **Potrebná je včasná diagnostika, ale v rovnováhe so snahou vyhnúť sa nadbytočným diagnostickým procedúram** vystavujúc tak pacienta riziku falošnej pozitivity, následných intervencií a riziku negatívneho ovplyvnenia kvality jeho života následkom nepotrebných obáv a trápenia...

# Skríning ?

- Bol a stále je predmetom mnohých štúdií a analýz
- V súčasnosti neexistujú dôkazy, ktoré by podporovali efektivitu skríningu KP, či už pomocou RTG, CT, cytologického vyšetrenia spúta, alebo iných vyšetrovacích metód
- V tejto oblasti je potrebný ďalší výskum...
- Klinická intuícia...?!



# Včasná diagnostika

Úlohou všeobecného lekára je preto  
čo najvčasnejšia diagnostika  
ochorenia !!!



# Včasná diagnostika - POSTUP

Národné smernice pre optimálnu diagnostiku a terapiu bronchogénneho karcinómu:

(3. verzia, 2009)

Pacientov možno rozdeliť podľa *rizika* na:

- pacientov s vysokým rizikom
- pacientov so stredným rizikom
- pacientov so štandardným rizikom

# Pacienti s **vysokým** rizikom

- fajčiari fajčiari viac ako 20 cigariet denne viac ako 20 rokov
- exfajčiari nefajčiari menej ako 10 rokov
- pacienti po vyliečení pľúcneho karcinómu bez časového obmedzenia

# Pacienti so stredným rizikom

- ostatní fajčiari nespĺňajúci kritériá vysokého rizika
- pasívni fajčiari
- pacienti s fibróznymi léziami na pľúcach a chronickými zápalovými ochoreniami (napr. CHOCHP)
- pacienti profesionálne exponovaní známymi karcinogénmi,

## Pacienti so štandardným rizikom

populácia nespĺňajúca uvedené kritériá,  
ktorá je však tiež zaťažená definovaným  
percentom vzniku ochorenia pri absencii  
uvedených rizík





# POSTUP podľa Národných smerníc – ak sú prítomné klinické ťažkosti

Prístup VLD musí byť diferencovaný.

1. Pacienta s vysokým rizikom musí **ihneď** odoslať na odborné pneumolog. vyšetrenie.
2. Pacienta so stredným rizikom môže liečiť maximálne 2 týždne (liečba ATB + iná) a v prípade neúspechu tejto liečby má pacienta odoslať na odborné pneumolog. vyšetrenie.

# POSTUP podľa Britských odporúčaní

(NICE: Referral guidelines for suspected cancer, jún 2005)

Pacient by mal mať urobené RTG hrudníka vždy vtedy ak sú prítomné **hemoptýzy** alebo niektorý z nasledujúcich nevysvetlených perzistujúcich ( $\geq 3$  týždne trvajúcich) príznakov:

- kašeľ
- bolesť na hrudníku
- bolesť ramena
- dušnosť
- strata hmotnosti
- zachrípnutie
- paličkovité prsty
- krčná alebo supraklavikulárna lymfadenopatia
- klinické známky naznačujúce možné metastázy KP (do mozgu, pečene, kostí...)



# Dôležitá úloha VLD

Vysvetľovať škodlivosť fajčenia a vhodnosť zanechania fajčenia každému fajčiarovi. Je dokázaná **efektivita** krátkeho (2-5 min) rozhovoru lekára s pacientom (2 - 5%). To znamená, že vedie k zanechaniu fajčenia na minimálne 1 rok u 2-5 % „ovplyvňovaných“ fajčiarov, a to bez akýchkoľvek ďalších (medikamentózných, psychologických) intervencií.



# Zvýšit' efektivitu je možné

- pomocou liekov určených na odvykanie od fajčenia
- zlepšením komunikačných zručností lekára,
- štúdiom problematiky
- absolvovaním tréningu.

*Odporúčaný diagnostický a liečebný postup pre všeobecných praktických lekárov – Intervencia tabakovej závislosti (2007)*



## Na záver...

- **Nefajčenie je pre prevenciu KP najdôležitejšie !**
- Nástup nových technológií znamená novú nádej pre včasnú diagnostiku KP a efektívny skríning (low-dose špirálové CT?)
- Cielená biologická liečba
- Nové cytostatiká vo vývoji
- **Prečítajte si znova prvý bod !**



Ďakujem za pozornosť



*Respirologická skupina*

*SSVPL SLS*

<http://www.vpl.sk/sk/respirologia/>

[jana\\_bendova@hotmail.com](mailto:jana_bendova@hotmail.com)