

Cancerul pulmonar

Ghidul pacientului

Roche



Ce este acest material și cum te poate ajuta

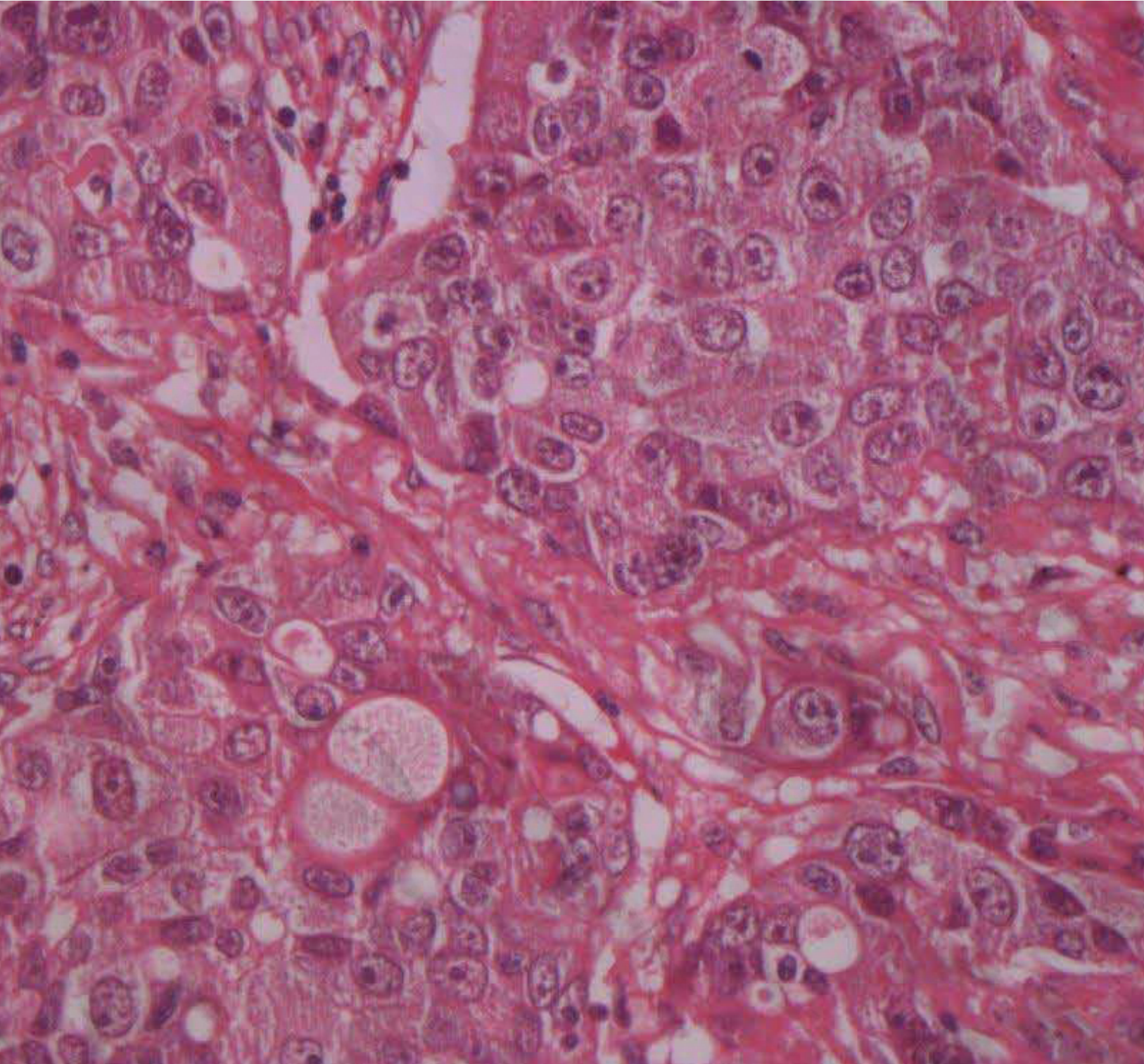
Dacă ești pacient diagnosticat cu cancer pulmonar sau dacă ai în îngrijire un astfel de pacient, acest ghid îți se adresează. De la momentul diagnosticului până la inițierea tratamentului și monitorizarea acestuia, ai de parcurs niște pași, ai de parcurs un drum. Doriința noastră este să mergi pe un drum cunoscut, să știi ce anume trebuie să faci, când anume și la ce trebuie să te aștepti. Noi credem că un pacient informat este un pacient puternic, un pacient care alege, împreună cu medicul său și cu familia sa, cea mai bună soluție pentru el.

Nu toți pacienții parcurg toate etapele prezentate în acest ghid și nu toate tipurile de tratament sunt potrivite pentru toți pacienții.

În funcție de stadiul în care te afli, de particularitățile cazului tău și împreună cu medicul curant, vei decide care este alegerea optimă pentru tine.

Informația prezentată în acest ghid nu se substituie sub nicio formă recomandărilor medicului specialist!

Acest material se referă la cancerul pulmonar non-microcelular (fără celule mici).



Câteva cuvinte despre plămâni și cancerul pulmonar

Plămâni sunt organe situate în cutia toracică, care asigură schimbul de gaze (iau oxigen și elimină dioxid de carbon) între organismul uman și mediu. Plămânilor drept este format din trei lobi iar plămânilor stâng este format doar din doi lobi, pentru că în partea stângă se găsește și inima. Când inspirăm, aerul intră prin nas sau/și gură, prin trahee. Traheea se divide în bronhii iar acestea se divid în continuare până la nivelul bronhiolelor care se termină cu alveolele pulmonare – structuri microscopice în formă de saci care au o vascularizație foarte bogată. Alveolele absorb oxigenul din aerul inhalat în sânge și elimină dioxidul de carbon, prin expirație, astfel realizându-se schimbul de care vorbeam.

Cancerul (neoplasm, tumoră malignă) este un nume generic dat unei categorii largi de boli caracterizate prin dezvoltarea anormală a celulelor, care se transformă în celule canceroase. Acestea ajung să invadeze țesuturile normale ale organismului și uneori migrează la distanță producând metastaze. Metastaza înseamnă prezența celulei canceroase în alt țesut sau organ decât cel în care s-a dezvoltat inițial tumora.

În condiții normale, în interiorul fiecărei celule, există niște instrucțiuni codate pentru modul în care celulele se vor divide și se vor comporta. Aceste instrucțiuni codate poartă numele de gene. La un moment dat, din diferite cauze, genele pot suferi modificări anormale (mutații), care pot transforma o celulă normală într-una malignă (canceroasă).

Astfel, într-un ciclu obișnuit și conform cu instrucțiunile genetice, celulele normale ale corpului se dezvoltă într-o anumită perioadă de timp predefinită după care, îmbătrânesc și mor fiind înlocuite de alte celule tinere, noi. În cazul celulelor canceroase, această dezvoltare inițială nu este urmată de moartea celulelor, ci de o înmulțire permanentă, necontrolată, a celulelor bolnave cu dezvoltarea unei mase tumorale cu un volum din ce în ce mai mare. Aceasta este tumora primară.

Când tumora primară se dezvoltă la nivel pulmonar, vorbim de cancer pulmonar. Există două grupuri mari de cancere pulmonare în funcție de tipul de celulă evidențiată microscopic: cancere pulmonare cu celule mici (SCLC) și cancere pulmonare fără celule mici (NSCLC). Acestea din urmă sunt cele mai frecvente (85- 90% din cazuri) de aceea ghidul de față le are în vedere.



Cateva date despre boală, incidență, screening și prevenție, factori de risc

În 2018, numărul de cazuri noi de cancer de plămân diagnosticate în România a fost estimat la 11.340 de cazuri iar mortalitatea în același an s-a ridicat la 10.277 pacienți, reprezentând prima cauză de deces din cancer în România.

În țara noastră, cancerul de plămân este cel mai întâlnit tip de cancer în rândul bărbaților și al patrulea cel mai întâlnit în cazul femeilor (după cancerul de sân, cel colorectal și cel de col uterin). Anumiți factori de risc sunt asociați cu dezvoltarea bolii.

Fumatul – fumatul este cauza pentru aproape 9 din 10 cancere pulmonare. Comparativ cu nefumătorii, fumătorii au un risc de 25 de ori mai multe de a dezvolta cancer pulmonar. Riscul de a dezvolta cancer pulmonar este strâns legat de vârsta la care o persoană începe să fumeze, de cât timp fumează și de numărul de țigări pe care le fumează pe zi. Fumatul pasiv poate, de asemenea, influența riscul de dezvoltare a cancerului pulmonar. Persoanele care nu au fumat, dar care au fost frecvent expuse la fum de țigară sunt cu 20-30% mai predispuse riscului de a dezvolta cancer pulmonar decât nefumătorii care nu au fost expuși. Persoanele care nu au fumat niciodată și nu au fost expuse frecvent la fum de țigară au un risc de aproximativ 0,5% de a dezvolta cancer pulmonar.

Expunerea la azbest sau la alte substanțe chimice – persoanele care sunt expuse la azbest au un risc mai mare de a dezvolta cancer, în special mezoteliom pleural. Fumătorii care au fost expuși la azbest prezintă un risc mai mare de cancer pulmonar.

Istoricul familial de cancer pulmonar – riscul unei persoane de a dezvolta cancer pulmonar crește dacă aceasta are în familie un membru care are sau a avut cancer pulmonar.

Istoricul personal de boli pulmonare – riscul de apariție a cancerului pulmonar este crescut dacă ați fost diagnosticat anterior cu o altă boală pulmonară, cum ar fi fibroză pulmonară, bronșită cronică, emfizem sau tuberculoză pulmonară.

Deși cauzele apariției cancerului pulmonar nu sunt pe deplin cunoscute, există posibilitatea reducerii factorilor de risc care măresc predispoziția pentru acest tip de cancer prin: evitarea consumului de tutun, evitarea expunerii la azbest sau la alte substanțe chimice, adoptarea unui stil de viață sănătos (cu o dietă sănătoasă, evitarea consumului de alcool și practicarea sportului).

1.
Semne și
simptome



2.
Investigații
(medic de familie,
medic pneumolog)



3.
Diagnostic și stadializare
cancer pulmonar
(medic oncolog, medic anatomopatolog)



CANCER OPERABIL

CANCER INOPERABIL

Chirurgie



4.
Tratament sistemic
(terapie țintită, imunoterapie,
chimioterapie ± radioterapie)



**Chimiotera/Terapie
biologică cu anticorpi
monoclonali**



Radioterapie



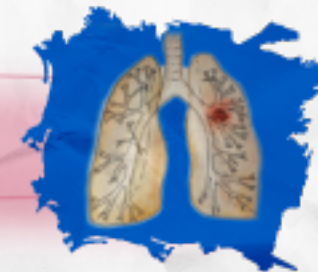
**Chimioterape +
Radioterapie**



5.
Monitorizare



6.
Îngrijire
paliativă



Această schemă este orientativă și nu reprezintă un ghid medical.

1 Semne și simptome

Suspiciunea de cancer pulmonar poate fi ridicată de unul sau mai multe dintre aceste semne și simptome:

- Hemoptizie*
- Modificări radiologice pulmonare
- Tuse persistentă
- Infecții pulmonare recurente (care revin, se repetă)
- Oboseală marcată
- Durere persistentă în piept care se agravează la inspir/expir profund, râs, strănut
- Dificultăți în respirație
- Scădere marcată în greutate
- Pierderea apetitului
- Disfonie (modificarea vocii)
- Disfagie (greutate la înghițit)
- Dureri osoase, articulare

*Hemoptizia se definește ca fiind eliminarea de sânge din căile aeriene, în urma unui efort de tuse, prin expectorație



Investigații 2

- Examenul clinic presupune inspectarea toracelui, palparea, percuția și auscultația (ascultare cu urechea sau stetoscopul). Examinarea clinică trebuie să includă și palparea fizică a grupurilor de ganglioni limfatici superficiali ai gâtului, precum și a celor localizați chiar deasupra claviculelor (supraclaviculari).



- Analizele de sânge

- *Hemoleucograma completă* – măsoară numărul celulelor albe (leucocite), a celulelor roșii (eritrocite/hematii) și a trombocitelor din sânge. Furnizează informații de bază privind sănătatea generală înainte de începerea oricărui tratament.

- Hemoleucograma poate fi însoțită de alte teste din sânge care dau informații valoroase despre funcționarea inimii, a ficatului (transaminaze – TGO, TGP; fosfatază alcalină; GGT) sau rinichiului (uree, creatinină), teste de coagulare (INR, timp Quick, timp Howell).

- *EKG-ul* reprezintă înregistrarea activității electrice a mușchiului inimii.

- *Spirometria* măsoară capacitatea pulmonară, adică volumul aerului expirat și inspirat, folosind un aparat care se numește spirometru. Este un test de simplu, de scurtă durată și nedureros.

- Examenе imagistice

- Radiografia toracică este prima investigație imagistică care se face când există suspiciunea; poate arăta medicului o imagine pulmonară modificată.

- Tomografia computerizată (**CT**) a toracelui și abdomenului superior: este o examinare imagistică bazată pe raze X; dă informații despre localizarea exactă a tumorii, extensia tumorii primare la nivelul plămânului, evidențiază prezența/absența ganglionilor limfatici regionali măriți, precum și prezența/absența altor noduli pulmonari și/sau a metastazelor în abdomen (de exemplu, în ficat). Este o procedură neinvazivă, nedureroasă, care durează între 10-30 minute.

- RMN-ul cerebral permite confirmarea/ infirmarea răspândirii cancerului la nivel cerebral. Pentru această procedură, s-ar putea să fie necesară injectarea intravenoasă a unei substanțe de contrast. Este o investigație nedureroasă dar s-ar putea să fie însoțită de un ușor disconfort pentru că va trebui să stai nemișcat în tubul de scanare pentru aproximativ 30 minute.

- PET-CT-ul este combinația a două modalități de investigație imagistică, tomografia cu emisie de pozitroni (**PET**) și tomografia computerizată (**CT**), obținându-se astfel informații mai detaliate și are indicații speciale.

- Scintigrafie osoasă poate fi recomandată atunci când există suspiciuni de metastaze osoase.



3 Diagnostic și stadializare



- Examenul histopatologic presupune examinarea microscopică a celulelor tumorale, respectiv extragerea prin biopsie a unui eșantion de țesut tumoral. Acest examen este foarte important pentru că va da detalii despre tipul histologic de cancer care ulterior orientează către tratament. Există mai multe metode prin care se face biopsia: bronhoscopia, biopsia pulmonară cu ac ghidată prin CT, biopsia endobronșică ghidată ecografic (EBUS), biopsia esofagiană ghidată de ultrasunete, mediastinoscopia, biopsia prin intervenție chirurgicală deschisă sau videoasistată (VATS).

- Există două tipuri de cancer pulmonar:

- Cancer pulmonar cu cele mici (microcelular- SCLC) care reprezintă aproximativ 20% din cazuri.
- Cancerul pulmonar fără celule mici (nonmicrocelular- NSCLC), cel mai des întâlnit, 80% din cazuri.

Cancerul pulmonar non-microcelular poate fi la rândul său carcinom cu celule scuamoase (sau epidermoid) și respectiv carcinom cu celule nescuamoase. Din carcinoamele nescuamoase, cel mai des întâlnite sunt adenocarcinomul și carcinomul cu celule mari.

- Examinarea citologică reprezintă analiza în laborator a celulelor canceroase detașate spontan din tumoră. Citologia poate avea unele limitări în ceea ce privește distincția dintre cancerul scuamos și cel nescuamos, din cauza insuficienței materialului recoltat.

- Profilul biomolecular

Testarea celulelor tumorale din punct de vedere al profilului genetic (molecular) a devenit în prezent o practică curentă. Diagnosticul molecular furnizează medicului informații extrem de valoroase pentru orientarea tratamentului, respectiv identifică acei pacienți cu probabilitatea cea mai mare de a răspunde la un anumit tratament.

- *Testare pentru prezența mutațiilor specifice ale genei EGFR* (factorul epidermal de creștere). EGFR este o proteină care se găsește pe suprafața anumitor celule și de care se leagă factorul de creștere epidermal, făcând celulele să se dividă. Se găsește într-o

cantitate anormal de mare pe suprafața multor tipuri de celule canceroase, așa că acestea se pot diviza excesiv în prezența factorului de creștere epidermal. Mutațiile specifice genei EGFR sunt rare (apar la aproximativ 10% din populația caucasiană, sunt mai des întâlnite la persoanele care nu au fumat niciodată, la persoanele cu tumori de tip adenocarcinom și la femei), detectarea unei astfel de mutații are implicații importante în ceea ce privește prognosticul și tratamentul pacienților cu NSCLC. Testarea EGFR nu este recomandată pacienților diagnosticați cu carcinom cu celule scuamoase, cu excepția celor care nu au fumat niciodată sau care au fumat foarte puțin (mai puțin de 15 pachete pe an). Tumorile cu mutație pozitivă pentru EGFR răspund la medicamente specifice de tipul: osimertinib, gefitinib, erlotinib sau afatinib.

- *Testarea pentru rearanjarea genei ALK* este acum un standard de îngrijire și trebuie efectuată, în măsura posibilului, în paralel cu analiza pentru mutația EGFR. Rearanjarea ALK este mai frecventă la persoanele care nu au fumat niciodată, la pacienții cu subtipul de adenocarcinom (5%) și la pacienții mai tineri și are implicații terapeutice importante pentru că pacienții cu tumori pozitive pentru ALK pot fi tratați cu o terapie țintită: alectinib, crizotinib, ceritinib.

- *Mutațiile specifice genei ROS1* sunt prezente în 1-2% dintre adenocarcinoame care răspund la anumite terapii (terapii țintite).

- *Mutațiile genei KRAS* apar în mai multe tipuri de cancer, inclusiv în 30% dintre cancerule pulmonare și dau informații importante pentru terapie.

- *Mutația T790M* dă informații relevante despre progresia bolii sau despre rezistența la anumite terapii. Aceasta mutație beneficiază de tratament cu osimertinib.

- *Testarea PD-L1* determină dacă tumora respectivă răspunde la un tratament numit imunoterapie, despre care poți citi mai multe în secțiunea "Tratament".



Diagnostic și stadializare

Cancerle pulmonare sunt deseori descrise în funcție de stadiu. Stadializarea TNM descrie tumora în funcție de dimensiune și răspândire folosind trei unități de măsură:

T dimensiunea tumorii; **N** gradul de afectare a ganglionilor limfatici; **M** prezența sau absența metastazelor la distanță.

Combinarea acestor trei factori este cea care determină cursul tratamentului și stadiul bolii. Opțiunile de tratament vor varia în funcție de stadiul tumorii, de aceea ar trebui să îl rogi pe medic să îți comunice această informație înainte de a lua orice altă decizie. Cu cât stadiul bolii este mai mare (stadiul III, IV) boala este mai avansată și prognosticul este mai prost.

Stadiul IA (T1-N0-M0)	Tumora nu depășește 3 cm, este limitată la plămân și nu s-a răspândit la niciunul dintre ganglionii limfatici din vecinătate	NSCLC în stadiu incipient
Stadiul IB (T2a-N0-M0)	Tumora are o dimensiune de 3–4 cm, este limitată la plămân și nu s-a răspândit la niciunul dintre ganglionii limfatici din vecinătate	
Stadiul IIA (T2b-N0-M0)	Tumora are o dimensiune de 4–5 cm, este limitată la plămân și nu s-a răspândit la niciunul dintre ganglionii limfatici din vecinătate	
Stadiul IIB (T1/2-N1-M0 sau T3-N0-M0)	Tumora nu depășește 5 cm, s-a răspândit la ganglionii limfatici din vecinătate, însă nu a ajuns în altă regiune din corp; sau Tumora are o dimensiune de 5–7 cm sau există mai mult de o tumoră la nivelul aceluiași lob; nu s-a răspândit la ganglionii limfatici din vecinătate, însă ar putea invada alte regiuni ale plămânului, căile aeriene sau regiunile aflate imediat în vecinătatea plămânului, cum ar fi diafragma	
Stadiul IIIA (T1/2-N2-M0 sau T3-N1-M0 sau	Tumora nu depășește 5 cm, s-a răspândit la alți ganglioni limfatici, însă nu a ajuns în altă regiune din corp; sau Tumora are o dimensiune de 5–7 cm sau există mai mult de o singură tumoră la nivelul aceluiași lob; s-a răspândit la ganglionii limfatici din vecinătate și ar putea invada alte componente ale plămânului, căile aeriene sau regiunile învecinate aflate imediat în afara plămânului, cum ar fi diafragma; sau	NSCLC avansat local



T4-N0/1-M0)	Tumora are o dimensiune de peste 7 cm și invadează țesuturile și structurile aflate la distanță de plămân, cum ar fi inima, traheea sau esofagul, însă nu s-a răspândit în alte regiuni din organism sau există mai mult de o tumoră în lobi diferiți din același plămân. Este posibil ca boala să se fi răspândit sau nu la ganglionii limfatici din vecinătate	NSCLC avansat local
Stadiul IIIB (T1/2-N3-M0 sau T3-N2-M0 sau T4-N2-M0)	Tumora nu depășește 5 cm, s-a răspândit în ganglionii limfatici aflați la distanță, însă nu a ajuns în altă regiune din corp; sau Tumora are o dimensiune de 5–7 cm sau există mai mult de o singură tumoră la nivelul aceluiași lob; s-a răspândit la alți ganglioni limfatici și ar putea invada alte regiuni din plămân, căile aeriene sau regiunile învecinate aflate imediat în afara plămânului, cum ar fi diafragma; sau Tumora are o dimensiune de peste 7 cm și invadează țesuturi și structuri aflate la distanță de plămân, cum ar fi inima, traheea sau esofagul, însă nu s-a răspândit în alte regiuni din corp sau există mai mult de o tumoră în lobi diferiți din același plămân Cancerul s-a răspândit la alți ganglioni limfatici.	
Stadiul IV	Tumora este de orice dimensiune și este posibil să se fi răspândit sau nu la ganglionii limfatici. Cancerul este prezent în ambii plămâni, s-a răspândit în altă regiune din corp (cum ar fi ficatul, glandele suprarenale, creierul sau oasele) sau a provocat acumularea de lichid în jurul plămânului sau inimii, lichid care conține celule afectate de cancer	

4 Tratament

Tipul de tratament depinde de condiția clinică și de opțiunile pacientului, de stadiul cancerului și de caracteristicile tumorii.

În general, tratamentul va combina terapii:

- Care acționează la nivel local, precum intervenția chirurgicală sau radioterapia.

- Care acționează prin terapie sistemică, în tot corpul, precum chimioterapia, terapia biologică sau imunoterapia.

Pentru unii pacienți sunt disponibile mai multe posibilități, iar alegerea trebuie discutată după punerea în balanță a beneficiilor și riscurilor asociate fiecărei opțiuni terapeutice în funcție de stadiul bolii, indicele de performanță, precum și de bolile asociate.

Chimioterapie adjuvantă

NSCLC stadiile I și II

Stadiile I–II sunt localizate în interiorul plămânului și, prin urmare, pot fi supuse intervenției chirurgicale radicale, constând în îndepărtarea lobului pulmonar afectat (lobectomie) sau rezecția unui segment din plămân plus excizia ganglionilor limfatici din torace - forma standard de îngrijire pentru pacienții aflați în această situație. În aceste stadii, doar factori precum vârsta înaintată și prezența altor afecțiuni severe pot reprezenta o contraindicație pentru operația chirurgicală.

Radioterapia reprezintă o opțiune pentru pacienții care nu sunt candidați la intervenția chirurgicală, din cauza afecțiunilor medicale care o contraindică sau pentru cei care refuză operația.

Chimioterapia adjuvantă (după intervenția chirurgicală) intravenoasă reprezintă o opțiune după intervenția chirurgicală pentru NSCLC în stadiul II, mai ales dacă sunt afectați ganglionii limfatici. Chimioterapia constă de obicei în administrarea a 4 cicluri de tratament (pe o durată de aproximativ 3 luni), dintr-o combinație de 2 medicamente (care include un agent de platină). În practica clinică, candidații pentru chimioterapie adjuvantă sunt pacienții cu stare bună, fără alte afecțiuni concomitente semnificative și care s-au refăcut rapid după operație.

Chirurgie



Chimioterapie

NSCLC stadiul III

NSCLC stadiul III reprezintă o condiție heterogenă, în care este imposibil de a recomanda o strategie unică, potrivită pentru toți pacienții, deoarece modalitățile terapeutice pot varia de la caz la caz.

Rezultatul pe termen lung al intervenției chirurgicale pentru NSCLC în stadiul III depinde strict de gradul de extindere a tumorii, respectiv de afectarea ganglionilor limfatici din mediastin, care pot separa NSCLC în stadiul III în forme rezecabile (operabile – la majoritatea pacienților cu boală în stadiul IIIA) și forme nerezecabile (neoperabile – la toți pacienții cu boală în stadiul IIIB).

Radioterapia este utilizată cu intenția de a preveni extinderea loco-regională a tumorii. Poate fi administrată fie postoperator, fie înlocuind operația pentru NSCLC în stadiul III nerezecabil. În ultimul caz, se administrează adesea concomitent cu chimioterapia.

Chimioterapia intravenoasă cu o combinație de două medicamente, incluzând un agent de platină, poate fi administrată în stadiul III fie ca terapie neoadjuvantă (înainte de intervenția chirurgicală), fie ca terapie adjuvantă (după intervenție).

Pacienții cu NSCLC în stadiul III neoperabil sunt tratați cu chimioterapie administrată concomitent cu radioterapia sau înaintea acesteia. La pacienții tineri și cu un status de performanță bun, se poate opta pentru chimio-radioterapie concomitentă datorită eficacității sale superioare. Totuși, chimio-radioterapie concomitentă este de obicei mai toxică comparativ cu abordarea secvențială, constând în chimioterapie urmată de radioterapie.

Radioterapie



Tratament

NSCLC stadiul IV

NSCLC stadiul IV s-a extins în afara plămânului și de aceea se consideră a fi inoperabil. Intervenția chirurgicală este indicată totuși la pacienții cu metastază unică sau în scop paliativ- pentru ameliorarea simptomelor la nivelul toracelui, oaselor, creierului etc.

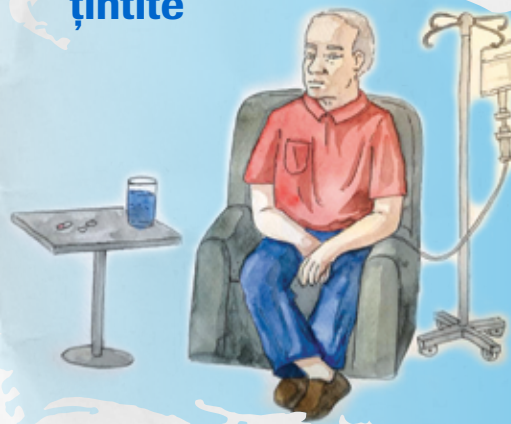
Radioterapia în acest stadiu este de asemenea realizată în scop paliativ.

Terapia sistemică este principala metodă de tratament pentru stadiul IV al NSCLC. Obiectivele principale ale terapiei sistemice sunt ameliorarea calității vieții și prelungirea supraviețuirii. Deciziile legate de terapia sistemică trebuie luate ținând cont de histologia tumorii, vârstă și statusul de performanță al pacientului, prezența altor afecțiuni, particularitățile biologice ale tumorii- precum prezența mutațiilor genetice. Tratamentul se realizează în linii de tratament cu durate diferite.

La pacienții cu tumori care prezintă mutații ale EGFR sau BRAF, sau rearanjări la nivelul ALK sau ROS1, cea mai adecvată opțiune de tratament este reprezentată de terapiile țintite. Gefitinib, afatinib, osimertinib sau erlotinib în combinație cu bevacizumab sunt alternative în tratamentul pacienților cu tumori cu mutații ale EGFR. Dabrafenib în combinație cu trametinib este recomandat la pacienții cu tumori cu mutație BRAF V600E. Crizotinib, ceritinib sau alectinib sunt oferite pacienților cu rearanjare a ALK, iar crizotinib este recomandat la pacienții cu o rearanjare la nivelul ROS1.

Bevacizumab este un anticorp monoclonal care se leagă de factorul de creștere endotelial vascular (VEGF), o proteină care circulă în sânge și determină dezvoltarea vaselor sanguine. Bevacizumab inhibă creșterea vaselor sanguine din interiorul tumorii. Bevacizumab administrat intravenos poate fi adăugat la regimul carboplatin-paclitaxel doar la pacienții cu tumori cu aspect histologic nescuamos și status de performanță bun (0 sau 1).

Terapii țintite



Imunoterapie



Imunoterapia a devenit parte integrantă din terapia sistemică. Imunoterapia activează sistemul imunitar al pacientului, făcându-l capabil să recunoască celulele tumorale și să le distrugă. Există mai multe tipuri de imunoterapie. Medicamentele din categoria imunoterapiei utilizate în cancerul pulmonar se numesc inhibitori ai punctelor de control ale sistemului imunitar. Nu toate cancerurile pulmonare pot fi tratate cu inhibitori ai punctelor de control ale sistemului imunitar. Dacă ai un cancer cu mutație EGFR pozitivă, cel mai probabil imunoterapia nu îți va fi indicată. De asemenea, nu poți beneficia de imunoterapie dacă ai o boală autoimună de tipul boala Crohn, colită ulcerativă sau lupus.

Exemple de imunoterapie folosită în cancerul pulmonar sunt pembrolizumab, nivolumab sau atezolizumab.

Pentru pacienții care prezintă mutații ale genei EGFR, tratamentul de primă linie constă în administrarea osimertinib, gefitinib, erlotinib sau afatinib. Pacienții la care s-a pus în evidență o rearanjare a genei ALK vor primi tratament cu alectinib, crizotinib, ceritinib.

Tratamentul de a doua și a treia linie poate fi administrat în cazul progresiei tumorii după terapia de prima linie, la pacienții cu stare clinică bună, care pot beneficia încă de tratament (status de performanță de la 0 la 2).

Tratament

Pacienților cu NSCLC în stadiul IV le sunt adesea propuse studii clinice care evaluează medicamente noi. Studiile clinice dau posibilitatea pacienților de a avea acces la medicamente care altfel nu ar fi disponibile de aceea ele trebuie privite cu deschidere.

Terapii paliative: am amintit deja că intervențiile chirurgicale și radioterapia pot avea scop paliativ. Și alte terapii sunt utile în diferite stadii ale tratamentului NSCLC: endoscopia, pentru eliminarea obstrucției căilor respiratorii; agenții cu acțiune asupra osului (cum ar fi acidul zoledronic) ajută la tratarea metastazelor osoase, chirurgia unei metastaze etc. În general, sunt recomandate îngrijirile paliative instituite timpuriu, în paralel cu standardul de îngrijire pentru cancer. S-a demonstrat ca acestea pot îmbunătăți calitatea vieții.

Medicina complementară și alternativă (CAM) este termenul folosit pentru acele produse și practici medicale care nu fac parte din setul de îngrijiri medicale standard. Terapiile complementare sunt considerate auxiliare tratamentelor oncologice clasice (intervențiile chirurgicale, radioterapia sau chimioterapia) și sunt utilizate pentru controlul simptomelor. În contrast, terapiile "alternative" sunt în general promovate ca atare și de obicei, nu dispun de dovezi științifice documentate în ceea ce privește siguranța și eficacitate.

Pacienții oncologici care iau în considerare utilizarea vreunei metode alternative de tratament ar trebui să discute cu medicul curant înainte de a apela la vreo măsură în acest sens, pentru că acestea pot influența modul de acțiune al tratamentul oncologic de bază.

Terapiile alternative NU sunt menite să înlocuiască tratamentele convenționale. Experții medicali nu recomandă produse și practici alternative, deoarece nu există nicio dovadă că acestea sunt tratamente eficiente pentru cancer. Și nu trebuie scăpat din vedere sub nicio formă că oprirea sau întârzierea tratamentului convențional poate avea consecințe grave.

Îngrijiri paliative



Monitorizare și îngrijire continuă 5



Efectele secundare apărute în urma tratamentului sunt variate și depind de tipul acestuia (intervenție chirurgicală, radioterapie, chimioterapie). Le vom puncta în continuare pe câteva dintre ele, așadar lista nu e completă – trebuie să discuți în detaliu cu medicul tău toate aspectele care țin de efectele secundare/reacții adverse ale tratamentului tău.

● Intervenția chirurgicală:

- Hemotorax, o afecțiune provocată de acumularea de sânge în cavitatea pleurală (spațiu între plămâni și pleură – țesut ce acoperă plămânii și căptușește cutia toracică).

- Contuzia pulmonară, un traumatism apărut în cursul intervenției chirurgicale.

- Pneumonia postoperatorie.

- Pierderea persistentă a aerului, o afecțiune în care plămânul nu se poate reumple corespunzător după operație, din cauza deteriorării chirurgicale a țesutului pulmonar.

● Radioterapia:

- Efecte secundare timpurii: apar de obicei în primele 6 luni de la terminarea radioterapiei și includ adesea esofagita (inflamația esofagului), pneumonia, tusea și răgușeala persistentă, greața, inapetența, dispneea (dificultatea de a respira), scăderea ponderală.

Efecte secundare tardive: apar de obicei la peste 6 luni de la terminarea radioterapiei. Cele mai obișnuite sunt dispneea cauzată de pierderea elasticității pulmonare, pneumonia și fibroza pulmonară.

Monitorizare și îngrijire continuă

Efectele secundare ale chimioterapiei variază ca frecvență și severitate, în funcție de agentul și/sau combinația utilizată. De aceea, pacienții sunt încurajați să discute amănunțit cu medicul despre principalele efecte secundare ale regimului de chimioterapie propus. În termeni foarte generali, efectele secundare ale chimioterapiei includ inapetența (lipsa poftei de mâncare), oboseala, pierderea părului, greața și/sau vărsăturile, susceptibilitatea (predispoziția) crescută la infecții și sângerare, anemia și diareea.

Fiecare agent chimioterapic poate avea diferite efecte adverse și nu toți pacienții le vor resimți pe aceleași sau cu aceeași intensitate.

- Cisplatinul poate conduce la pierderea auzului și la leziuni renale. Funcția renală se evaluează înaintea începerii tratamentului. Pentru a împiedica apariția leziunilor, este foarte important să se bea o cantitate mare de apă în decursul tratamentului cu acest medicament.
- Paclitaxelul poate determina o neuropatie periferică dependentă de doza administrată, de durata infuziei și de schema de administrare. Simptomele includ amorțeală, parestezii (furnicături) și senzație de arsură. Simptomele sunt adeseori simetrice și sunt localizate de obicei, în extremitățile inferioare. Simptomele ușoare se ameliorează sau dispar complet în câteva luni de la întreruperea tratamentului, dar la pacienții care dezvoltă neuropatie severă, simptomele și deficitul persistă mai mult.

Efectele secundare ale terapiei (țintite) sunt denumite „de clasă”, fiind caracteristice agentului biologic administrat:

- Bevacizumabul poate determina hipertensiune, apariția proteinelor în urină și risc crescut de tulburări tromboembolice sau hemoragice.
- Gefitinibul, erlotinibul sau afatinibul pot da erupții cutanate și diaree.
- Crizotinibul poate cauza tulburări de vedere, greață, diaree, vărsături, edeme, constipație, oboseală, creșterea enzimelor hepatice, etc.



Imunoterapia poate avea efecte secundare la nivelul oricărui organ sau țesut dar mai frecvent sunt afectate pielea (erupție, mâncărime), colonul (diaree, colită), plămânii (pneumonită), ficatul (hepatită) și glandele endocrine (tiroidită, hiper- sau hipotiroidism). Multe dintre aceste efecte sunt moderate și reversibile dacă sunt detectate precoce și tratate corespunzător. Ele pot apărea la distanță variabilă de la prima perfuzie, de la zile până la un an după terminarea tratamentului.

După ce tratamentul se încheie, trebuie să rămâi în contact cu medicul tău pentru:

- Monitorizarea eventualelor complicații ale tratamentului: asociate cu intervenția chirurgicală, chimioterapia sau radioterapia- trebuie evaluate la fiecare 3–6 luni.
- Detectarea posibilelor recurențe (reapariții) tumorale: majoritatea recurențelor apar în primii 4 ani de la intervenția chirurgicală de aceea sunt recomandate controale medicale incluzând examinări fizice la un interval de 3–6 luni pentru primii 3 ani și anual după aceea. Scanarea CT (computer tomograf) toracică trebuie făcută de asemenea în fiecare an.
- În cazul în care se constată reapariția sau progresia bolii, medicul curant poate decide reînceperea tratamentului, ținând cont de tratamentul pe care l-ați făcut în linia anterioară.
- Îngrijirea paliativă trebuie să se facă din primele stadii de boală și să asigure confortul vieții pacientului și familiei acestuia. În acest sens, medicul oncolog curant ar trebui să ofere variante de tratament paliativ, adrese ale instituțiile cu îngrijiri paliative, asociații medico-sociale, îngrijiri paliative la domiciliu, etc.
- Este recomandat ca pacientul să se înscrie și la medicul oncolog de teritoriu având în vedere că pot apărea situații când este nevoie de un consult și intervenție oncologică rapidă (mai ales în cazul pacienților care fac tratamentul oncologic în altă localitate decât cea unde locuiesc).
- Este recomandat ca și medicul de familie să fie informat despre diagnosticul pacientului astfel încât să poată emite acte medicale necesare pacientului.





Există viață după diagnostic

Există viață după diagnostic. O viață diferită, în care vei descoperi multe provocări, dar și lecții care te vor îmbogăți ca om. Treptat, vei redescoperi bucuria clipei și mai ales bucuria de a fi alături de oamenii dragi.

Nu transforma boala într-un zid între tine și cei din jur. Discută cu ei despre boală și despre ce aveți de făcut. Descarcă-te de frică și temeri, cu suportul familiei, al prietenilor și colegilor, sau al unui psiholog. Frica, izolarea și însingurarea nu te va ajuta să îți fie mai bine, sprijinul lor însă, da.

Cei apropiați vor suferi alături de tine – lasă-i să îți fie alături! Ai nevoie de ei și ei de tine. În fapt, se crează astfel o nouă legătură cu ei, care poate îmbogăți și da noi profunzimi relației pe care o aveți.

Nu uita ca medicul și personalul medical sunt alături de tine iar menirea lor este să te ajute în lupta cu boala.

De unde te poți informa

cancer.org/cancer/lung-cancer.html

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/lung-early-stage-patient.pdf

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/lung-metastatic-patient.pdf

Glosar termeni

Transaminaze denumite și aminotransferaze, sunt enzime implicate în sinteza aminoacizilor care intră în compoziția proteinelor.

TGO: este transaminaza glutamat oxalacetică, se mai numește și AST (ASAT) – aspartataminotransferaza, se găsește preponderant în ficat.

TGP: este transaminaza glutamat piruvică, se mai numește și ALT (ALAT) – alaninaminotransferaza, se găsește preponderant în ficat.

GGT: Gama-Glutamiltransferază este o enzimă care se găsește la nivelul ficatului, tubilor renali proximali, le nivel cerebral, al prostatei și în pancreas.

Uree: substanță organică incoloră, cristalizată, carese găsește în urină și în sânge (produsă de dezagregarea substanțelor azotoase în organismul animal)

Cretinină: forma de eliminare a creatinei (sintetizată în ficat și preluată de mușchi).

INR (International Normalized Ratio) este o analiză de sânge ce se recoltează periodic la pacienții aflați sub tratament cu un medicament anticoagulant.

Temp Quick sau timpul de protrombină (PT) este un test utilizat pentru a ajuta la detectarea și diagnosticarea unei tulburări de sângerare sau a unei tulburări de coagulare excesivă. Un PT măsoară numărul de secunde necesare pentru formarea unui cheag în probele de sânge ale unui pacient după adăugarea unor reactivi.

Temp Howell (timp de recalcifiere a plasmei): Această analiza se face când medicul suspectează o tulburare în coagularea sângelui mai ales după tratament cu substanțe anticoagulate.

Bronhoscopia: Examinarea interiorul căilor aeriene și plămânilor folosind un tub denumit bronhoscop. Se efectuează folosind un anestezic local. În timpul bronhoscopiei, medicul recoltează probe de celule (biopsii) din interiorul căilor aeriene sau plămânilor.

Biopsia pulmonară cu ac ghidată prin CT: În cazul în care biopsia este dificil de obținut cu ajutorul bronhoscopului, medicul poate opta pentru obținerea unei biopsii în timpul efectuării CT. În cadrul acestei proceduri, vi se va administra un anestezic local pentru a amorți zona investigată. Apoi se introduce un ac subțire prin piele până în plămân pentru ca medicul să poată scoate o probă de celule din tumoră. Procedura ar trebui să dureze numai câteva minute.

Biopsia endobronșică ghidată ecografic (EBUS - provenită din denumirea în limba engleză, endobronchial ultrasoundguided sampling):

Această tehnică este utilizată pentru a confirma dacă boala a invadat ganglionii limfatici din vecinătate, după ce rezultatele investigațiilor radiologice au indicat această posibilitate. Un bronhoscop, care conține o sondă ecografică de mici dimensiuni, este introdus prin trahee pentru a vedea dacă ganglionii limfatici din vecinătate sunt crescuți în dimensiuni față de normal. Cu ajutorul unui ac, medicul recoltează de pe bronhoscop biopsii din tumoră sau ganglionii limfatici. Acest test poate provoca senzație de neplăcere, însă nu și durere. Acesta durează mai puțin de o oră și veți putea să mergeți acasă în aceeași caz după încheierea testării.

Biopsia esofagiană ghidată de ultrasunete: În manieră similară EBUS, această tehnică este utilizată pentru a confirma dacă boala s-a extins în ganglionii limfatici din vecinătate, în cazul în care rezultatele investigațiilor radiologice au indicat acest lucru. Diferența față de EBUS constă în faptul că sonda utilizată pentru ecografie se introduce prin esofag.

Mediastinoscopia: Această procedură este mai invazivă decât EBUS/EUS, însă este recomandată ca test suplimentar în cazul în care EBUS/EUS nu oferă o confirmare a faptului că boala a invadat ganglionii limfatici din vecinătate sau dacă EBUS nu permite accesul la ganglionii limfatici care trebuie investigați. Mediastinoscopia se efectuează sub anestezie generală și necesită o scurtă ședere în spital. Se face o mică tăietură la baza frontală a

gâtului prin piele, iar un tub vă va fi introdus prin această incizie în piept. O lumină și o cameră atașate de tub permit medicului să analizeze atent partea de mijloc din torace – mediastinul – pentru a depista anomalii ale ganglionilor limfatici, deoarece acestea sunt primele zone în care se poate răspândi cancerul. Se pot recolta, pentru analize suplimentare, probe de țesut și din ganglionii limfatici.

Biopsia prin intervenție chirurgicală deschisă sau videoasistată (VATS): Prelevarea de țesut se realizează în timpul intervenției chirurgicale.

Anticorpi monoclonali: Un tip de terapie țintită. Anticorpii monoclonali recunosc proteine specifice produse de celule și se leagă de acestea. Fiecare anticorp monoclonal recunoaște un anumit tip de proteină. Au mecanisme diferite de acțiune în funcție de proteina asupra căreia acționează.

Diafragma: Mușchiul care separă cavitatea toracică de abdomen; diafragma se contractă și se destinde atunci când inspirăm și, respectiv, expirăm.

Adjuvant (tratament): Tratamentul suplimentar administrat după tratamentul primar pentru a reduce probabilitatea de reapariție a cancerului; de obicei se referă la radioterapia și/sau chimioterapia administrată după intervenția chirurgicală.

Mediastin: cavitatea centrală a toracelui cuprinsă între cei doi plămâni.

Îngrijirea paliativă: termen utilizat pentru a descrie îngrijirea pacienților cu stadii avansate de boală. Se concentrează pe reducerea durerii, simptomelor și stresului fizic și emoțional, fără a se ocupa de cauza bolii.

Histologie: ramură a biologiei care se ocupă cu studiul dezvoltării, structurii și al funcțiilor țesuturilor organice.

Status de performanță (ECOG): reprezintă o scală utilizată de diferiți specialiști, având ca scop evaluarea modului în care boala afectează abilitățile și activitățile de zi cu zi ale pacientului și determinarea tratamentului adecvat și prognosticului bolii.

Endoscopia: metodă de investigare a unor regiuni din interiorul corpului cu ajutorul unui endoscop.

Pneumonia: Inflamație a plămânului, de obicei provocată de o infecție.

Inapetență: Lipsa poftei de mâncare.

Dispnee: Senzația de lipsă de aer (dificultate în a respire).

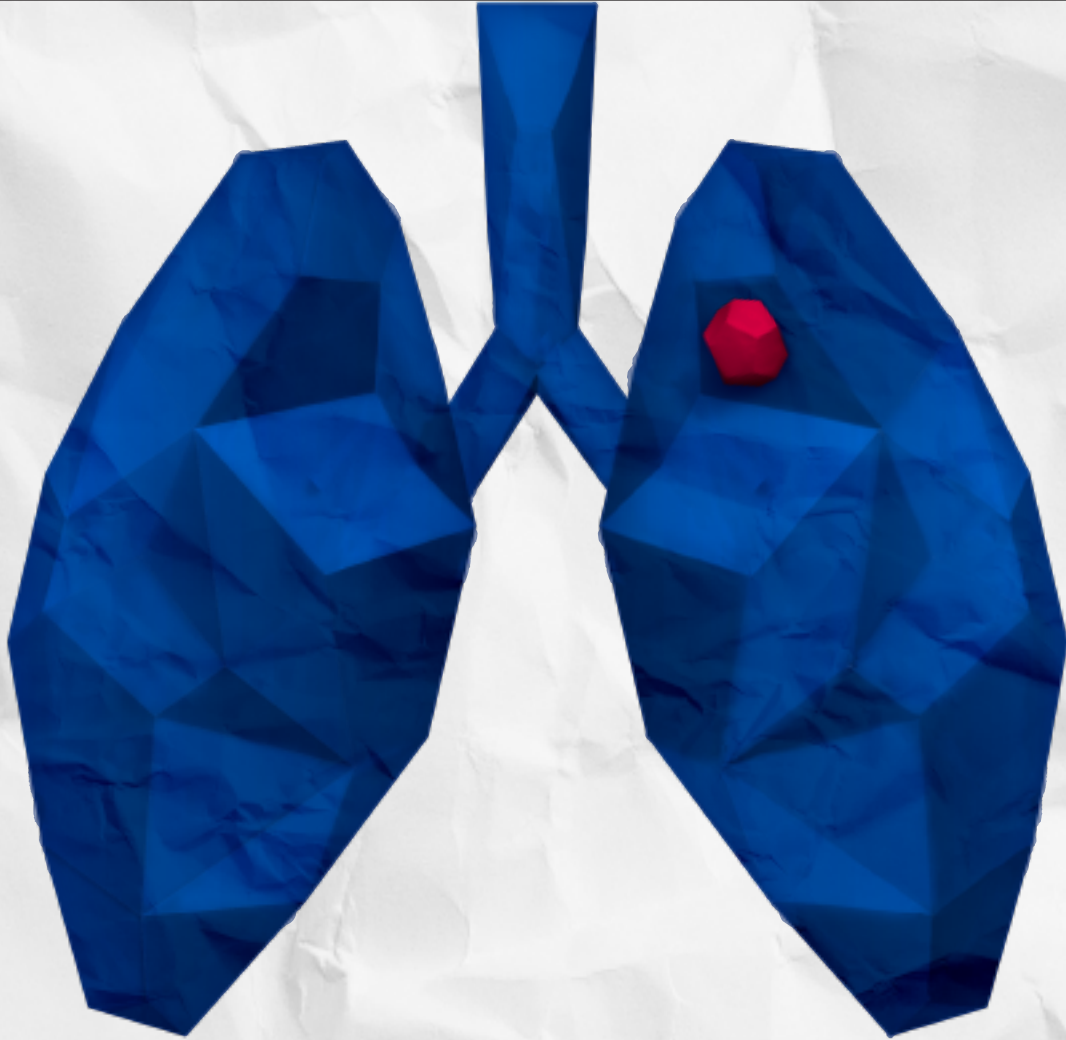
Colită: Inflamația colonului.

Pneumonită: Inflamația țesutului pulmonar.

Tiroidită: Inflamația tiroidei.

Hepatită: Inflamația ficatului.





Referință:
scumc.ro/cancerul-pulmonar/
gco.iarc.fr



FABC

Federația Asociațiilor
Bolnavilor de Cancer

Str. Învigătorilor 29, Et. 1, Apt, 6, Sector 3, București