

Egy interdiszciplináris betegség, a tüdőrák Magyarországon 2006-ban: epidemiológia, megelőzés és terápiás esélyegyenlőség

Kovács Gábor¹, Gaudi István², Kövi Rita³

¹Országos Tüdőgyógyász Szakfőorvos – Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,

²Országos Onkológiai Intézet, ³Országos Egészségügyi Pénztár, Budapest

A leggyakoribb rosszindulatú daganatos betegség a világon a tüdőrák, és a mortalitása terén Magyarország világszerte a legmagasabb. A gyakorisága a Dél-Alföldön és a Dél-Dunántúlon a legmagasabb. Az igazán hatékony gyógymódot és a hosszabb túlélés reális esélyét az idejében elvégzett radikális reszekciós műtét jelenti. A jelenleginél nagyobb figyelmet kellene fordítanunk a betegség megelőzésére, vagyis a dohányzás visszaszorítására és a korai felfedezésre a rizikócsoportos célzott vizsgálatok segítségével. Az ország egyes területei között elfogadhatatlan különbségek vannak az egyes korszerű terápiákhoz való hozzáférés terén. Az operáltak, illetve a sugárterápiában részesülők arányát tekintve háromszoros különbség van az ország különböző megyéi között. A kemoterápiás kezelések száma elfogadható, de vannak centrumok, ahol egyáltalán nem alkalmazzák az ajánlott korszerű kemoterápiás protokollokat. Az érintett szakfelületeknek és szakmai kollégiumoknak megkülönböztetett figyelmet kell fordítaniuk a terápiás minőségellenőrzésre, hogy megvalósuljon a betegek esélyegyenlősége lakóhelyüktől függetlenül ezen a téren. *Magyar Onkológia, 50:207–215, 2006*

The most frequent malignant tumor is lung cancer all around the world. Mortality rate is highest in Hungary. The frequency accumulates in the Southern part of the country. Early radical resection is the really effective treatment of the disease, which can bring the chance of longer survival. The methods of prevention, such as restrain of smoking and early detection with targeted examinations of the risk groups need more attention. There are unacceptable differences among regions in Hungary on the field of the accessibility to the adequate therapies. There are three-fold differences in the rate of operation and radiotherapy between certain counties. The frequency of the chemotherapy is acceptable, but there are some centers which do not use the recommended modern protocols. Professional supervisors and inspectors must give marked attention to the quality control of lung cancer therapies to provide equal chances to patients, independently of their residence. *Kovács G, Gaudi I, Kövi R. An interdisciplinary malignancy, the lung cancer in Hungary in 2006: epidemiology, prevention and access to therapy. Hungarian Oncology 50:207–215, 2006*



Bevezetés

2002-ben 10,9 millió új daganatos beteget regisztráltak a világon. Ugyanebben az évben 6,7 millióan haltak meg ilyen okból (9). Ez az összes halá-

lozás 12%-át jelentette. A leggyakoribb daganatok a tüdő-, a mell-, a vastag- és végbél-, a gyomor- és a prosztaták voltak. Közülük is kiemelkedik, első helyen szerepel a tüdőrák. 2002-ben 1 350 000 tüdőrák esetet fedeztek fel, 965 ezer férfi és 387 ezer nőbeteget (1. ábra). Az esetek fele fordult elő a fejlett, illetve a fejlődő országokban. A második leggyakoribb daganat abban az évben a nők mellrákja volt 1 150 000 új esettel. A tüdőrák jelentőségét a számszerűsége túl alátámasztja az a sajnálatos tény is, hogy ez a betegség ma még a kevésbé gyógyítható daganatok kö-

Közlésre érkezett: 2006. augusztus 15.
Elfogadva: 2006. szeptember 18.

Levelezési cím: Dr. Kovács Gábor,
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,
1529 Budapest, Pihenő út 1. Telefon: 391-3212,
e-mail: kovac@koranyi.hu

zé tartozik. A különböző rosszindulatú daganatok mintegy felét ma már képesek vagyunk hatékonyan gyógykezeltetni, ugyanakkor ez a tüdőrák betegek csupán kis hányadáról mondható el. Tipikusan olyan betegségről van szó, ahol a jelenlegi lehetőségeinket is csak a különböző szakmák szoros együttműködésével vagyunk képesek hatékonyan alkalmazni. Megelőzés, kórisme és a különböző kezelések nem képzelhetők el másféppen, mint a tüdőgyógyászok, klinikai onkológusok, mellkassebészek, sugárterápiás szakemberek, patológusok és a képpalkotó diagnosztika képviselőinek egymást segítő és kiegészítő együttműködésével. Rivalizálás és egymás kompetenciájának megkérdőjelezése helyett a sokszor szerezhető lehetőségek minél hatékonyabb, kölcsönös kihasználása legyen a vezető elv.

Tüdőrák a világon és Magyarországon számokban

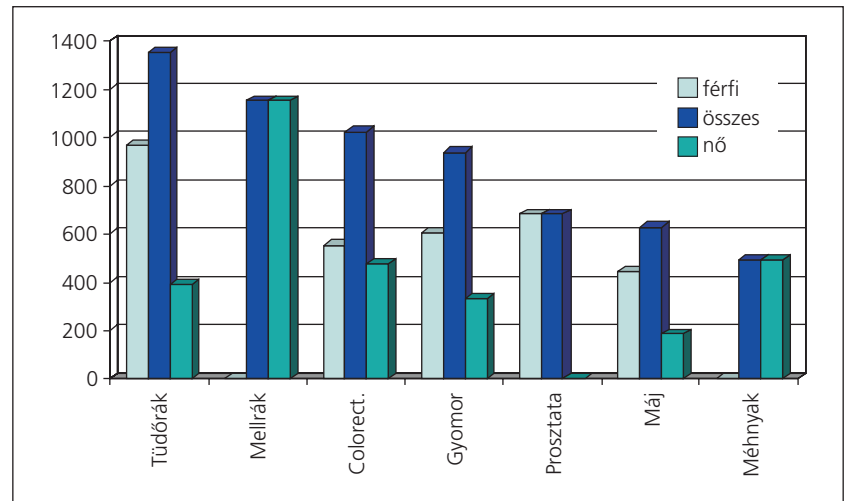
A bevezetőben már szerepel az az adat, amely szerint 2002-ben a tüdőrák volt a leggyakoribb újonnan felfedezett daganatos betegség a világon. Sajnálatos tény, de a férfiak körében Magyarország az első a tüdőrák-mortalitást illetően. A 2. ábrán láthatók a mortalitási adatok férfiak és nők vonatkozásában Magyarország és néhány más, részben hasonló földrajzi elhelyezkedésű, illetve fejlettségű ország összehasonlításában. Az elmúlt évtizedek epidemiológiai trendjeinek figyelembevételével azt tapasztaljuk, hogy élesen elválnak egymástól férfiakban és nőkben a tüdőrák megjelenési gyakorisága. Amíg a férfiak esetében már minden régióban az incidencia csökkenését észleljük, a nők esetében most érte el a tetőpontot, illetve még emelkedik. A 3. ábrán a tüdőrák-mortalitás alakulása látható 1970 és 2002 között Magyarországon és néhány kiemelt országban a férfiak körében, a 4. ábrán ugyanez a nők vonatkozásában (6). Az ábrákon szereplő ASR(W) jelzés a világstandard szerinti korstandardizált értékre utal. Jól látható, hogy a férfiak körében eltérően ugyan, de a nőkkel szemben javul a helyzet. Az is látszik persze, hogy Magyarországon másfél-két évtizedes késéssel, csak a kilencvenes évek második felétől tapasztalhatjuk az incidencia tetőzését, illetve csökkenését. A nőknél sajnos még nem értük el a tetőzést, más országokkal együtt az incidencia további emelkedése várható az elkövetkező években.

Magyarországon a Nemzeti Rákregiszter adatai mellett a KSH halálzási statisztikájából és a tüdőrák vonatkozásában részletesebb információkat is szolgáltatató tüdőgyógyászati adatbázisból nyerhetünk epidemiológiai adatokat. A 5. ábrán láthatjuk az elmúlt másfél évtizedre vonatkozóan ezeket az adatokat (1, 7, 10). Az ábrából az is kitűnik, hogy eltérés van a különböző adatbázisok incidenciaértékei között. A tüdőgyógyászati adatok nyilván alulreprezentáltak, hiszen nem minden tüdőrákos beteg kerül kapcsolatba a tüdőgyógyászati hálózattal. Azok, akik klinikai onkológiai, illetve belgyógyászati osztályokról kerültek kiírásra, a Nemzeti Rákregiszter teljesebb ál-

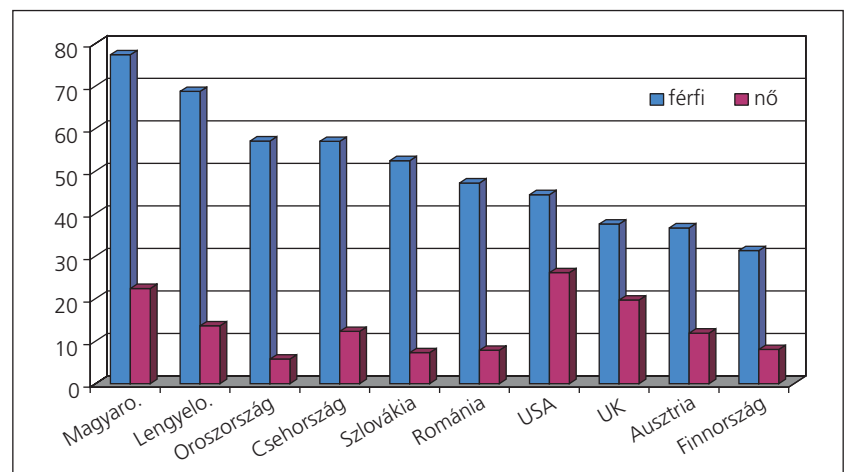
lományát képezik értelemszerűen a tüdőosztályokról kiírt betegekkel egyetemben. A KSH halálzási statisztikájából kiindulva, a tüdőrák túlélési adatait is figyelembe véve 9000 és 9500 között lehet a reális incidenciavérték.

A pulmonológiai hálózatban szorosabban ellenőrzött és követett 6450 újonnan felfedezett tü-

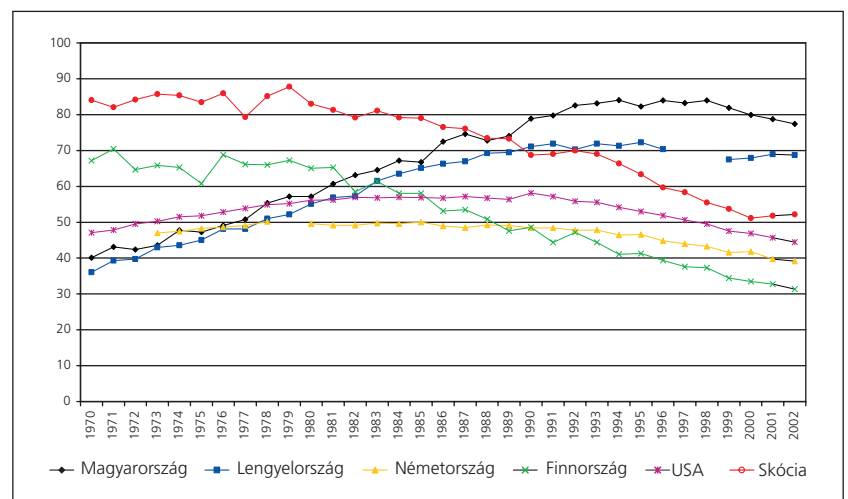
1. ábra. A leggyakoribb daganatok a világon, 1000x; (WHO incidenciadatak, 2002)



2. ábra. Tüdőrákos halálozás 2002-ben, ASR(W) 100 ezer lakosra



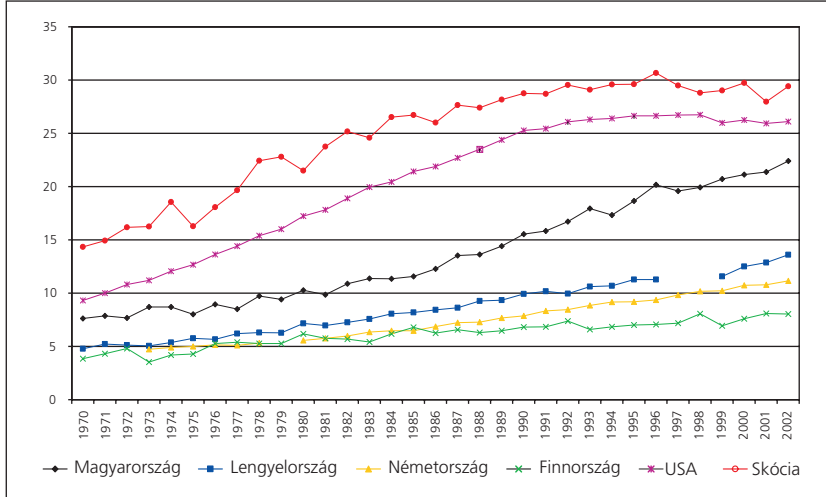
3. ábra. Férfiak tüdőrákos halálozása 1970 és 2003 között, ASR(W) 100 ezer lakosra



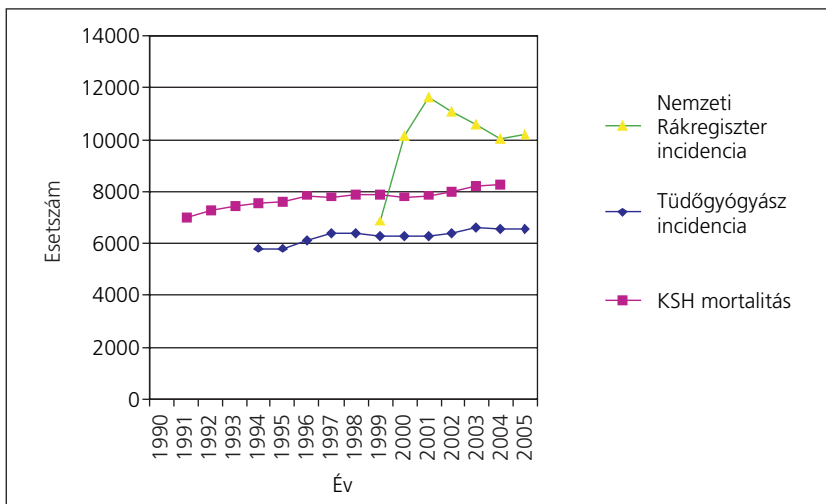
4. ábra.
Nők tüdőrákos halálozása 1970 és 2003 között, ASR(W) 100 ezer lakosra

dőrákos beteg, a teljes incidencia vélhetően mintegy 70%-ának részletesebb adataiból azonban általánosítható következtetéseket vonhatunk le. Az országban két területen sűrűsödik a betegség megjelenése. Az egyik a Dél-Alföld, ahol Békés megyében észleltük a legmagasabb incidenciát 2005-ben (87,5/100 000). A másik halmozódás a Dél-Dunántúlon, Baranyában és Tolnában

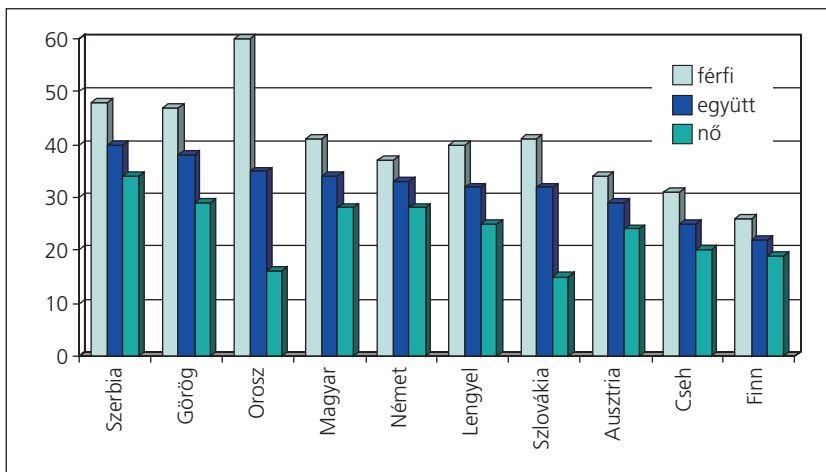
észlelhető. A sejttípus szerinti megoszlás terén érvényesül a nemzetközi tapasztalat, vagyis az adenokarcinóma (30%) már átvette a vezető szerepet a laphámkarcinómával szemben (29%), s tovább mérséklődött a kissejtes tüdőrák aránya (14%). Javítani kell viszont a diagnosztikus munkát, mivel a nem ismert sejttípusú daganatok aránya (17%) túl nagy (1). Kérdés, hogy ezek valóban tüdőrákos esetek-e egyáltalán.



5. ábra. Tüdőrák-incidencia és -mortalitás adatai Magyarországon (1990-2005)



6. ábra. Dohányzási szokások néhány országban a felnőtt lakosság %-ában (2002)



Kockázatok és megelőzés

Ma még nem ismerünk a tüdőrák gyógykezelésében igazán hatékony gyógymódot. Az egyéves túlélés összességében 42%, ami az elmúlt harminc év alatt alig javult (1975-ben ugyanez az adat 37% volt). Az ötéves túlélés ma is csupán 10-15%. Ennél jóval nagyobb, 49% az ötéves túlélés a lokalizált, tehát korábbi stádiumú betegségek esetében. Kijelenthetjük, hogy a gyógyulás valódi esélyét a korai stádiumban felfedezett betegség radikális reszekciós műtéte jelenti. Ezért is van nagy jelentősége a tüdőrák megelőzésének, illetve a betegség minél korábbi stádiumban történő felfedezésének.

Primer prevenció

Ha egy betegséget nem tudunk hatékonyan gyógykezelni, akkor el kell követnünk mindent annak érdekében, hogy minél kevesebben betegedjenek meg az adott kórképben. Erre lenne esélyünk a tüdőrák esetében, hiszen ismert a betegség legfontosabb kockázati tényezője, a dohányzás. A dohányzás és a tüdőrák kialakulása közötti összefüggés évtizedek óta ismert. Doll és Peto több évtizedes epidemiológiai kutatásai nyomán tudhatjuk azt, hogy a rendszeresen dohányzók körében 15-ször gyakoribb a tüdőrák a nem dohányzókkal szemben (4, 11). A tüdőrákos betegek 90%-a dohányzik, vagy dohányzott rendszeresen. Érdekes lehet, hogy a nőknél ez az arány csak 80%, ami azzal magyarázható, hogy a nőknél valamivel kisebb a dohányzással inkább összefüggésbe hozható laphámkarcinóma aránya (3). A tüdőrák kialakulásának a kockázata exponenciálisan függ a naponta elszívott cigaretták számától. Függ a dohányzással eltöltött évek számától és attól, hogy milyen fiatalon kezdett el dohányozni valaki. Magyarországon a felnőtt lakosság 34%-a dohányzik, a férfiak 41 és a nők 28%-a. Ezzel a fokozott kockázatú országok közé tartozunk. A 6. ábra Magyarország és néhány ország, közöttük több hazánkhoz hasonló helyzetű és történelmű ország lakosságának dohányzási szokásait mutatja (8).

A tüdőrák elsődleges megelőzésének, vagyis annak, hogy minél kevesebben betegedjenek meg, ismert a receptje. Ezt már sikeresen alkalmazták a fejlett országokban előbb a hatvanas évektől kezdve az Egyesült Államokban, majd tízéves késéssel a nyugat-európai országokban is. Megtették a szükséges intézkedéseket a dohányzás visszaszorításának az érdekében. A politikai szándék, a törvényalkotás, az egészségügyi szakemberek, az oktatás és a média együtt, összehangoltan folytatták

a megelőző és a leszokást segítő munkájukat. Ennek ott meg is lett az eredménye, hiszen rohamosan csökkent a rendszeresen dohányzók aránya, s tíz-húsz év elteltével a tüdőrák előfordulása is. Nekünk még bőven vannak teendőink ezen a téren. Vannak ugyan megfelelő jogszabályaink, a magyar Országgyűlés az elsők között ratifikálta 2005-ben a WHO „Dohányzás Kontroll Keretegyezményét”, mégis ellentmondásosak az intézkedéseink. A hatóságoknak, a szakmának, az oktatásnak és a médiának is bőven vannak hiányosságai, amin minél hamarabb összehangoltan javítani kell ahhoz, hogy tíz év elteltével javuljanak a tüdőrákos megbetegedési és halálozási adataink.

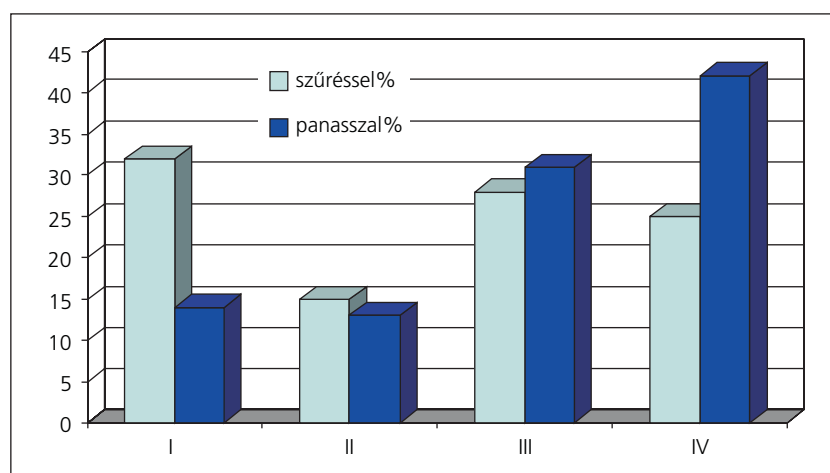
Szekunder prevenció

A dohányzás visszaszorítása érdekében foganatosított intézkedések csak tíz, vagy még több év távlatában lehetnek eredményesek. De mit tehetünk annak érdekében, hogy azoknak, akik már megbetegedtek, jobbak legyenek az esélyeik? Akkor javulnak a túlélés esélyei, ha minél korábbi stádiumban fedezzük fel, lehetőség szerint még panaszmentesen valakinek a tüdőrákját. Ezt a célt szolgálná a másodlagos megelőzés, vagyis a szűrővizsgálat. Sajnos a tüdőrák esetében ma még nem rendelkezünk olyan szűrővizsgálati módszerrel, ami megfelelne a lakosságzsűrés klasszikus kritériumainak. A korábban vizsgált módszerek, akár a mellkasröntgen-, akár a köpetcitológiai vizsgálatok, nem feleltek meg az elvárásoknak. Ugyanakkor a vizsgálatok többségének voltak kedvező tapasztalatai is. Bármilyen vita alakult is ki az eredmények értékelését illetően, abban megegyeztek a vizsgálatokat vezetőik és a kritikusaik is, hogy a szűrővizsgálatokkal korábbi stádiumban lehetett felfedezni a betegséget, s ennek a következtében megemelkedett az operálható betegek aránya. A negatívum, s ez a döntő egyelőre, hogy ezzel együtt sem javult a tüdőrák-mortalitás. Ezeket az ellentmondásokat az elkövetkező éveknek kellene feloldaniuk, hiszen jelenleg is folyamatban vannak nagy kontrollcsoportos vizsgálatok, s folyamatosan módosulhat a kérdés megítélése. A legtöbb reménnyel a rizikócsoportos, alacsony sugárdózisú CT-vizsgálatok eredményei kecsegtetnek (5).

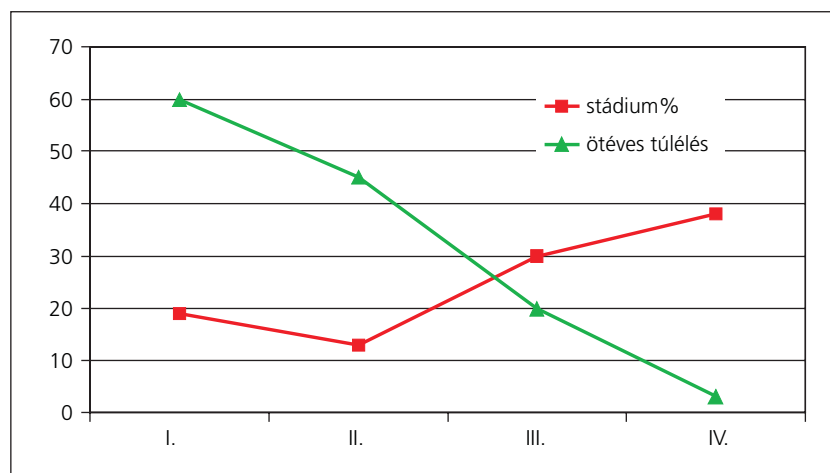
Magyarországon sajátos helyzet alakult ki. A hatvanas-hetvenes években meghonosítottuk a tuberkulózis visszaszorításának az érdekében a hagyományos mellkas-röntgenvizsgálaton alapuló évenkénti ernyőfényképszűrés rendszerét. A hetvenes években évente mintegy hét millióan, tehát gyakorlatilag a teljes felnőtt lakosság részt vett vizsgálaton. A tbc mellett természetesen egyéb, mellkasi röntgenárnyékot adó betegségeket is felfedeztek, így elsősorban tüdőrákot. 1970-ben az akkor 2500-as tüdőrák-incidencia 43%-át, vagyis mintegy ezer beteget fedeztek fel így panaszmentesen. Később a tbc visszaszorulását követően csökkent a szűrési fejelem és 2004-ben már csak 3,7 millióan vettek részt tüdőszűrésen. Ekkor az újonnan észlelt betegeknek csak a 31%-át emelték ki a szűrést követően (1). Azt is meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy ez a „csak” 31% az

évről évre emelkedő incidencia miatt már több mint kétezer beteget jelentett. Nem gondoljuk azt, hogy a hagyományos mellkasröntgen az alkalmas módszer a tüdőrák szűrésére, de vizsgáljuk meg, hogy mit nyernek azok a betegek, akiket panaszmentesen, tüdőszűrés során fedeztek fel. A 7. ábra a stádiummegoszlást mutatja be a betegség felfedezésekor a szűrést követően, illetve a panasszal jelentkezők között. A 8. ábra demonstrálja a stádiumok és a túlélés összefüggését. Jól látszik az ábrán, hogy minél előrehaladottabb stádiumban fedezik fel a betegséget, annál rosszabbak a túlélési esélyek. Az is logikusnak tűnik, hogy a kezdeti stádiumokban kevesebb a panaszos beteg, tehát több lesz az előrehaladottabb stádiumú a felfedezéskor. Ezért bír különösen nagy jelentőséggel az, hogy a felfedezett betegek aránya és a túlélés szabályos „András-keresztje” a nemzetközi tapasztalattal szemben Magyarországon megtörik, s a vártnál nagyobb arányú az I. stádiumban felfedezett betegek száma. Ezeket a „többlet” I. stádiumú betegeket a mi sokat szapult szűrővizsgálatunknak köszönhetjük, s az ő jobb túlélési esélyüket veszíthetjük el a korai, panaszmentes felfedezés híján. Ma a tüdőráknak csak egy igazán hatékony gyógymódja ismert, ez a radikális resekció. Ebben a helyzetben viszont meg kell becsülnünk minden lehetőséget, ami a nagyobb

7. ábra. Panasszal és szűrést követően felfedezett tüdőrákos betegek stádiummegoszlása a felfedezéskor (2005)



8. ábra. Tüdőrák stádiummegoszlása a felfedezéskor és túlélés az egyes stádiumokban (%-ban)



operabilitási arányokat szolgálja. A viták és a lakosság elbizonytalanítása helyett éppen a meglévő lehetőségeinket és sajátosságainkat kellene jobban kihasználnunk. A kritikusoknak mérlegelniük kellene azt is, hogy az operáltaknak a szűréssel kiemelt panaszmentesek körében tapasztalt nagyobb aránya (34 vs. 14%) jobb 3, 4 és 5 éves túlélést eredményez. 2004. évi budapesti felmérés szerint az öt éves túlélők között 54 vs. 46% volt az arány a szűréssel felfedezett betegek javára. Az operálhatóság arányának a megnövekedése már nem magyarázható a kritikusok által oly szívesen emlegetett „lead time bias”-szel, vagyis azzal, hogy a túlélésben mutatkozó javulás nem a beteg tényleges életév-nyereségéből, hanem a daganat hosszabb távú felismeréséből fakad.

A magyar sajátosságok, a meglévő infrastruktúra felhasználásával javasolhatjuk a korábbi lakosságszűrés helyett célzottan, a tüdőrák szempontjából nagy kockázatú egyének (40 évesnél idősebb dohányosok) évenkénti mellkas-röntgenvizsgálatát. Ez optimális esetben, vagyis ha a megjelölt célcsoport nagy része elmenne az ajánlott vizsgálatra, lényegesen kisebb vizsgálatot jelentene a jelenlegi tüdőszűrések számánál. A várható igényeknek megfelelően kevesebb számú, de megújított gépek segítségével, ha minél többen mennek el a vizsgálatra a valóban nagy kockázatú egyének közül, ismét 40-45%-ra emelkedhet az operálhatóság esélyét jelentő korai stádiumban felfedezett betegség aránya.

Megteszünk-e mindent? Érvényesül-e az esélyegyenlőség a terápiában?

A betegség felfedezését és a részletes kivizsgálást követően a tüdőrák stádiumának a függvényében kerül meghatározásra az ajánlott terápia. Felmerül a kérdés, vajon megkapják-e ezek a betegek a lehetséges legjobb elérhető terápiát ma Magyarországon? Megteszünk-e mindent annak az érdekében, hogy egy kevésbé gyógyítható betegségben legalább az elérhető esélyt megkapják a tüdőrákban szenvedők? Érvényesül-e az esélyegyenlőség az ország különböző területei között? Mindennek a tisztázására átnéztük az OEP vonatkozó 2006. évi adatait és a 2005. évi tüdőgyógyászati adatbázist, hogy választ kapjunk a tüdőrákos betegek sebészi, sugár- és kemoterápiás kezelésére vonatkozó kérdéseinkre.

Tudjuk azt, hogy a tüdőrákos betegek öt éves túlélése az USA-ban a legjobb, de ott sem haladja meg a 17%-ot (férfiak 14, nők 17%). A fejlettebb európai országokban ez az arány 10-12%, Magyarországon pedig 8-10%. Már ezekből a számokból is látható, hogy nálunk rosszabbak a betegek túlélési esélyei. Mi lehet ennek a hátterében? Különösen fontos lenne megtalálni a megfelelő okokat egy olyan országban, amely világelső a tüdőrákos halálozás terén!

Sebészi terápia

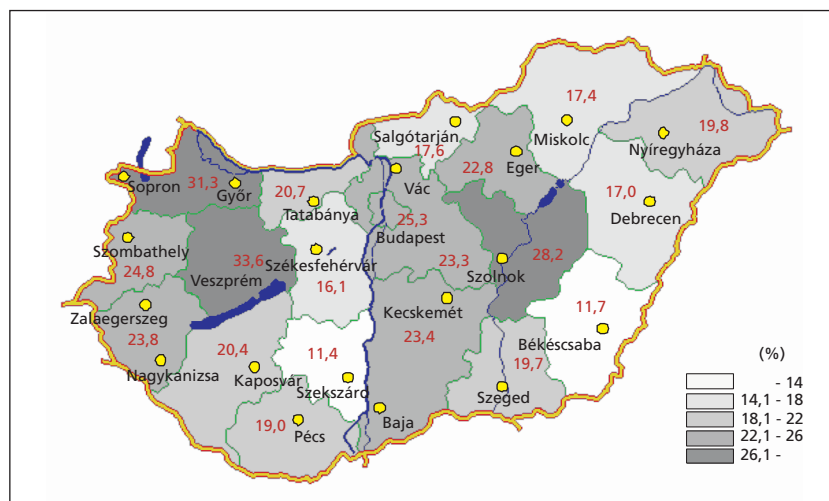
A megoperált betegek aránya (2005-ben 22%) nemzetközi összehasonlításban is megfelelő, köszön-

hetően a szűrővizsgálatok révén is felfedezett nagyobb arányú I. stádiumú betegünknek. A problémát az jelenti, hogy igen nagy az eltérés az egyes területek között (9. ábra). Mi lehet ennek az oka? A tüdőszűrési aktivitás mellett nyilván az egyes mellkasebészeti osztályok aktivitása, a területi konziliumi csoportok, „onkoteamok” működése is szerepet játszik ebben. Azt mindenképpen el kell érünk, hogy ilyen, közel háromszoros különbségek ne lehessenek egyes megyék arányszámai között. Nehéz kimondani, de ezeknek a számoknak az alapján a tüdőrák prognosztikai faktorai között szerepeltetni lehetne akár a beteg lakóhelyét is. Ezen az érintett szakfelügyeleteknek az illetékes szakemberekkel közösen, a valós okokat feltárva kell változtatniuk. A mellkasebészet és az anesztézia fejlődése ma már lehetőséget nyújt arra, hogy a beteg idős életkora, vagy társbetegségei minél kisebb mértékben jelentenek korlátot.

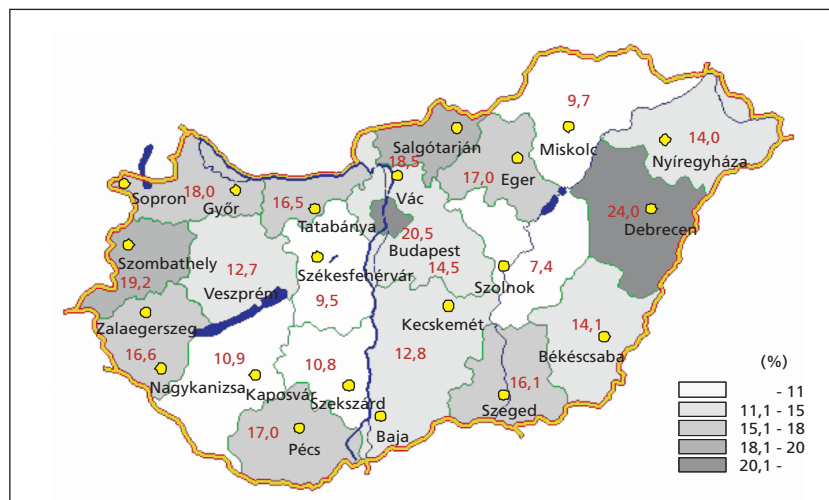
Sugárterápia

A sugárterápia terén is nagy aránytalanságok észlelhetők az ország különböző területei, megyéi között (10. ábra). Bizonyára szerepe van annak is, hogy van-e az adott megyében sugárforrás. Ezzel

9. ábra. Megoperált tüdőrákos betegek aránya Magyarországon (2005)



10. ábra. Sugárkezelésben részesült tüdőrákos betegek aránya Magyarországon (2005)



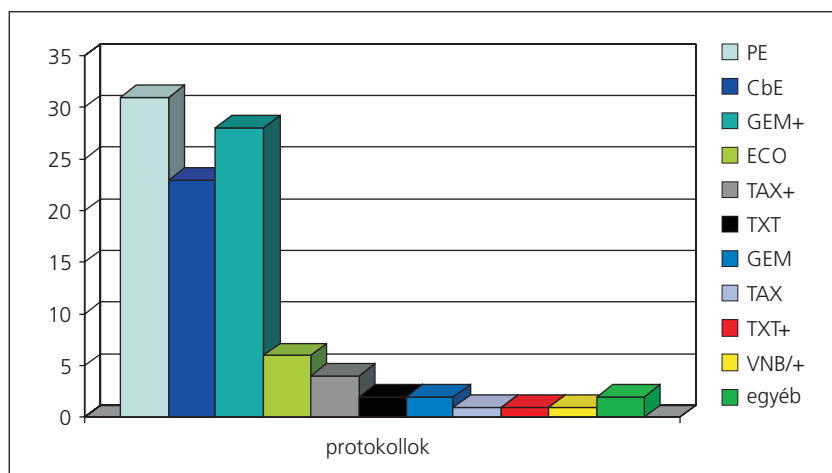
is magyarázható talán, hogy Szolnok megyében alig harmada a sugárkezelésben részesülő tüdőrákos betegek aránya a Hajdú megyei aránynak. Ugyanakkor Nógrád megye példája bizonyítja, hogy megfelelő szervezéssel, a szakintézmények közötti kollegiális együttműködéssel biztosítható a korszerű terápiás lehetőségek elérése ott is, ahol az adott megye nem rendelkezik onkoradiológiai centrummal. Az országos átlag (2005-ben 15%) is alatta van a kívánatosnak, s ebben az arányszámban ráadásul benne vannak a palliatív célból alkalmazott kezelések is. A kezelések döntően szekvenciális kezelések, alig néhány centrumban alkalmazzák a jelenleg legkorszerűbbnek tekinthető konkomittáló, egyidejű radio- és kemoterápiát.

Kemoterápia

A tüdőgyógyászati, valamint a klinikai onkológiai és sugárterápiás szakmai kollégiumok által közösen elfogadott, a tüdőrák kezelésére vonatkozó irányelvek a nemzetközi ajánlásokkal összhangban rögzítik a tüdőrák kemoterápiás kezelésének a magyar realitásokhoz illeszkedő ajánlását (2). Eszerint a kezelések mintegy háromnegyedét jelentő nem kissejtes tüdőrák esetében az első vonalbeli kemoterápiás kezelés ideálisan valamilyen harmadik generációs citotoxikus szer (gemcitabin, paclitaxel, docetaxel, vinorelbin) platina készítménnyel történő kombinációja. Második vonalban az első vonalban nem alkalmazott harmadik generációs szer, többnyire docetaxel vagy paclitaxel monoterápiában történő alkalmazása javasolt. Kissejtes tüdőrák esetében – amely a kezelések mintegy egynegyedét teszi ki – első vonalban általában a platina és etopozid kombinációja, második vonalban pedig ezt követően epiadriamicin, cyclophosphamid és vincristin (ECO) hármas kombinációja javasolt.

11. ábra. Tüdőrákos betegek kemoterápiás protokolljainak gyakorisága (%) az OEP 2006. első félévi adatai alapján.

(PE = ciszplatin + etopozid; CbE = carboplatin + etopozid; GEM+ = gemcitabin + platina; ECO = epiadriamicin + cyclophosphamid + vincristin; TAX+ = paclitaxel + platina; TXT = docetaxel mono; GEM = gemcitabin mono; TAX = paclitaxel mono; TXT+ = docetaxel + platina; VNB/+ = vinorelbin mono, vagy +platina)



2005 decembere óta van érvényben a kemoterápiás kezelések újszerű finanszírozása, amely az alkalmazott kezelési protokollok szerint dotálja az intézményeket. Ez lehetőséget nyújtott arra, hogy 2006 első félévében megvizsgáljuk az egyes szolgáltatók kezelési szokásait a tüdőrákos betegek kemoterápiáját illetően. A 11. ábrán mutatjuk be az országban a megadott időszakban a tüdőrákos betegeknek alkalmazott mintegy húsz ezer kemoterápiás ciklus protokollok szerinti megoszlását. A platina (ciszplatin, illetve carboplatin) + etopozid kombinációk dominanciája (53%) kissé túlzottnak tűnik annak ellenére, hogy a kissejtes tüdőrák esetében ez az ajánlott első vonalbeli kezelés. Bizonyos esetekben alkalmazható ugyan (pl. agyi áttétek megléte) a platina (carboplatin) + etopozid kombináció a nem kissejtes tüdőrákban, de nem ez a kezelés jelenleg a nemzetközileg elfogadott standard. Ezeknek a kezeléseknél a „népszerűségében” nyilván a kombináció viszonylagos olcsósága, a finanszírozási jogszabályok következtében az ún. „teljesítmény volumen korlát (TVK)” kímélésének a szándéka is szerepet játszott egyes intézményeknél. Abba azonban nem lenne szabad beletörődnünk, hogy vannak olyan nagy megyei intézményeink, ahol 70-80%-ban csak ebben a ma már korszerűtlennek tekinthető kombinációban részesülhetnek a betegek. Korszerű, harmadik generációs készítményt csak monoterápiában, a javulás csekélyebb reményével kecsegtető második terápiás vonalban, vagy egyáltalán nem alkalmaznak.

További fontos tapasztalat, amit az ábrából levonhatunk, az, hogy bár ötven felett van a finanszírozott kemoterápiás protokollok között a tüdőrák esetében alkalmazható kombinációk száma, az esetek 81%-ában három, 98%-ában pedig mindössze tíz protokollt alkalmazunk. Igény lenne ugyan még néhány újabb kemoterápiás protokoll, a kemo-radioterápiás protokollok és a célzott molekuláris terápia finanszírozására, de összességében húsz alatt meghatározható lenne a tüdőrák esetében alkalmazandó kemoterápiás protokollok száma.

Megbeszélés, tanulságok

Sajnálatos tény, de ismételtelen le kell írunk, hogy Magyarország világszerte a tüdőrák-mortalitás terén. Ráadásul egy olyan betegségről van szó, amelyik a ma még kevésbé gyógyítható daganatok közé tartozik. Ezért is mindent el kell követnünk a megelőzés terén, hogy minél kevesebben betegedjenek meg, vagy legalábbis a lehető legkorábbi, még operálható stádiumban fedezzük fel a kórt. A sokat szapult magyar tüdőszűrési gyakorlat nem tekinthető ugyan megfelelő tüdőrák-szűrési modellnek, azonban enélkül mintegy öt-száz beteggel kevesebbnél kerülhetne sor a hosszabb túlélés esélyét jelentő reszekciós műtétekre. Ha átalakításra kerül a szűrési rendszer, akkor gondoljunk ezekre a betegekre és a megszűntetés helyett ajánljuk a rizikócsoportos célzott vizsgálatokat.

A különböző terápiás lehetőségeinket a jelenleginél jobban kellene kihasználnunk. Az operációhoz való hozzáférést, a legalább a hazai átlagot közelítő reszekciós arányokat az ország minden területén el kellene érniük. Ugyanez vonatkozik a sugárterápiára is. Nem annak kellene meghatározni egy betegség gyógyulási, vagy a betegek túlélési esélyeit, hogy működik-e az adott területen mellkassebészet vagy sugárforrás. A kemoterápiához számarányát tekintve megfelelőnek tűnik a hozzáférés. Nagy eltérések vannak ugyanakkor a szakmai ajánlások alkalmazásában, a kemoterápiás protokollok minőségi megoszlását illetően.

Az érintett szakfelügyeleteknek és szakmai kollégiumoknak nagy felelőssége van abban, hogy ne csak az onkológiai kezelő helyek centralizálása történjék meg, hanem a nagyobb forgalmú, a betegeket a jövőben is kezelő intézményekben és osztályokon megkapják a betegek a leghatékonyabbnak tartott kezeléseket. Csak így lehet reményünk arra, hogy a tüdőrákos betegek esélyeit tekintve is felzárkózzunk a fejlettebb európai országokhoz.

Irodalom

1. A pulmonológiai intézmények 2005 évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, 2006
2. A tüdőrák és a mellhártya elsődleges rosszindulatú megbetegedéseinek diagnosztikája és kezelése. Irányelvek, 2006
3. Cancer facts and figures. American Cancer Society, 2005, www.cancer.org
4. Doll R, Crofton J. Tobacco and health. Br Med Bull 52(1), 1996
5. Henschke IC. CT screening for lung cancer: Update 2005. Surg Oncol Clin North Am 14:761-776, 2005
6. IARC Descriptive Epidemiology Group. Lyon, www.dep.iarc.fr
7. KSH Demográfiai évkönyve, 2006
8. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. American Cancer Society, 2006
9. Mackay J, Jemal A, Lee NC, Parkin DM. The Cancer Atlas. American Cancer Society, 2006
10. Nemzeti Rákregiszter adatai
11. Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation and cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with two case control studies. BMJ 321:323-329, 2000