

CANCERUL BRONHOPULMONAR

*Traseul pacienților cu cancer
bronhopulmonar*

*CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION
2021*

METODOLOGIE

Traseul pacienților cu cancer bronhopulmonar

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer bronhopulmonar pentru codul diagnostic C34 externat în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer bronhopulmonar pentru codul diagnostic C34 externat în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu cancer bronhopulmonar
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu cancer bronhopulmonar

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu cancer bronhopulmonar nu a răspuns solicitării privind traseul pacientului. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu cancer bronhopulmonar în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu cancer bronhopulmonar conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu cancer bronhopulmonar, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENȚILOR CU CANCER BRONHOPULMONAR ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului oncologic pentru nicio patologie specifică; astfel, există prezumția că supraviețuirea și calitatea vieții pacienților cu cancer bronhopulmonar sunt impactate negativ datorită variabilității accesului la diagnostic și tratament precum și distribuției resurselor materiale și umane necesare unui management rapid și de calitate a acestui pacient.

Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu cancer bronhopulmonar sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul medical al pacientului*)
- Timpii de așteptare prelungiți (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalilor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacienții cu cancer bronhopulmonar a fost efectuarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai numeroase cazuri de cancer bronhopulmonar spitalizate în anul 2019.

Stadializarea pacienților din eșantionul selectat a fost următoarea:

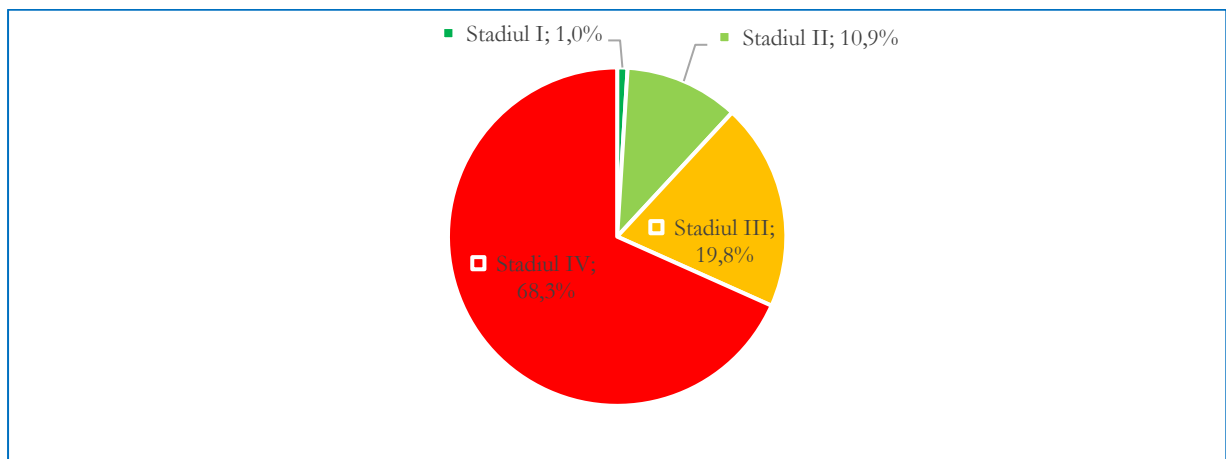


Fig. 27. Distribuția cancerului bronhopulmonar în funcție de stadiul bolii (*eșantion 2019*)

Marea majoritate a cancerelor bronhopulmonar din eșantionul selectat se găsesc în stadiul IV (68%) și doar 20% din cancerelor bronhopulmonar sunt diagnosticate în stadiul III.

În Republica Cehă, de exemplu stadializarea pentru cancer bronhopulmonar respectă următoarea configurație (2018): stadiul I (12%), stadiul II (11%), stadiul III (25%), stadiul IV (34%) și necunoscut 19%.

Durata medie de observare a fost de 1.6 ani, iar durata mediană 1.2 ani. Cel mai vechi pacient are 8.6 de ani de la diagnostic, iar cel mai recent aproximativ 1 lună de la diagnostic. 40% din pacienți au data diagnosticului în 2019, iar 13% au o dată a diagnosticului mai veche de 3 ani.

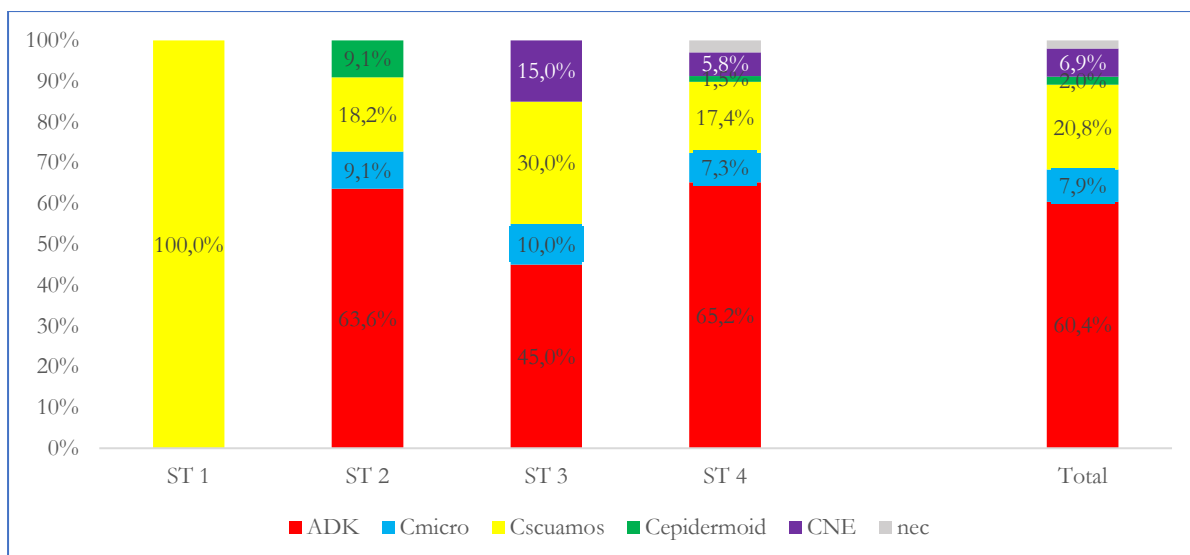
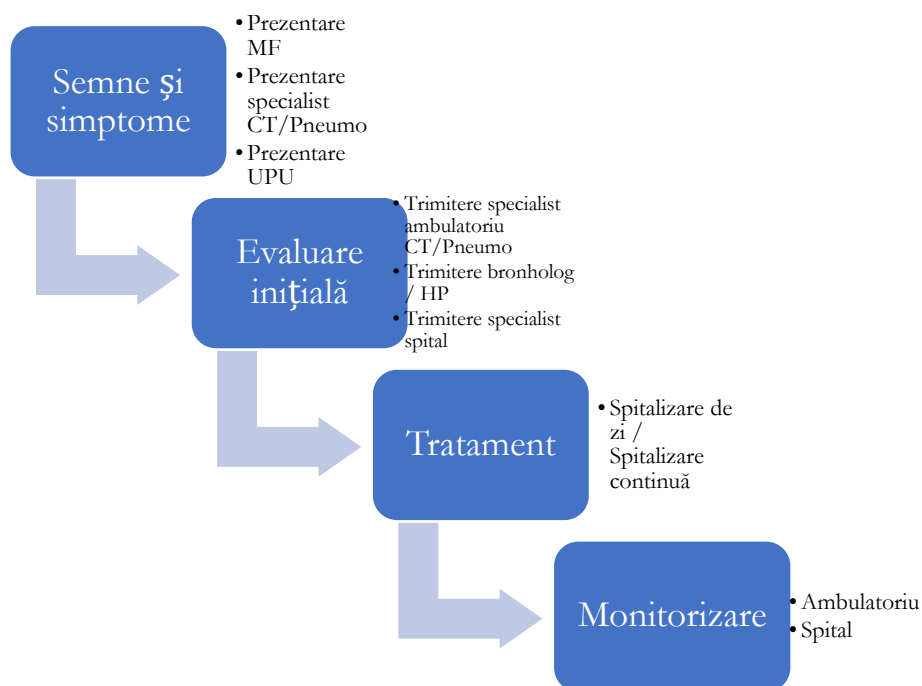


Fig. 28. Distribuția cancerului bronhopulmonar pe tipuri histologice (eșantion 2019 din 10 spitale, pentru 2012 probe)

Per total, 60.4% din pacienți prezintă adenocarcinom pulmonar, 20.8 % un carcinom pulmonar scuamos, aproape 8% un cancer microcelular, 6.9% un cancer pulmonar neuroendocrin și numai 2% un cancer pulmonar epidermoid.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate conform normelor metodologice ale contractului cadru este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul teoretic al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nu descrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și / sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

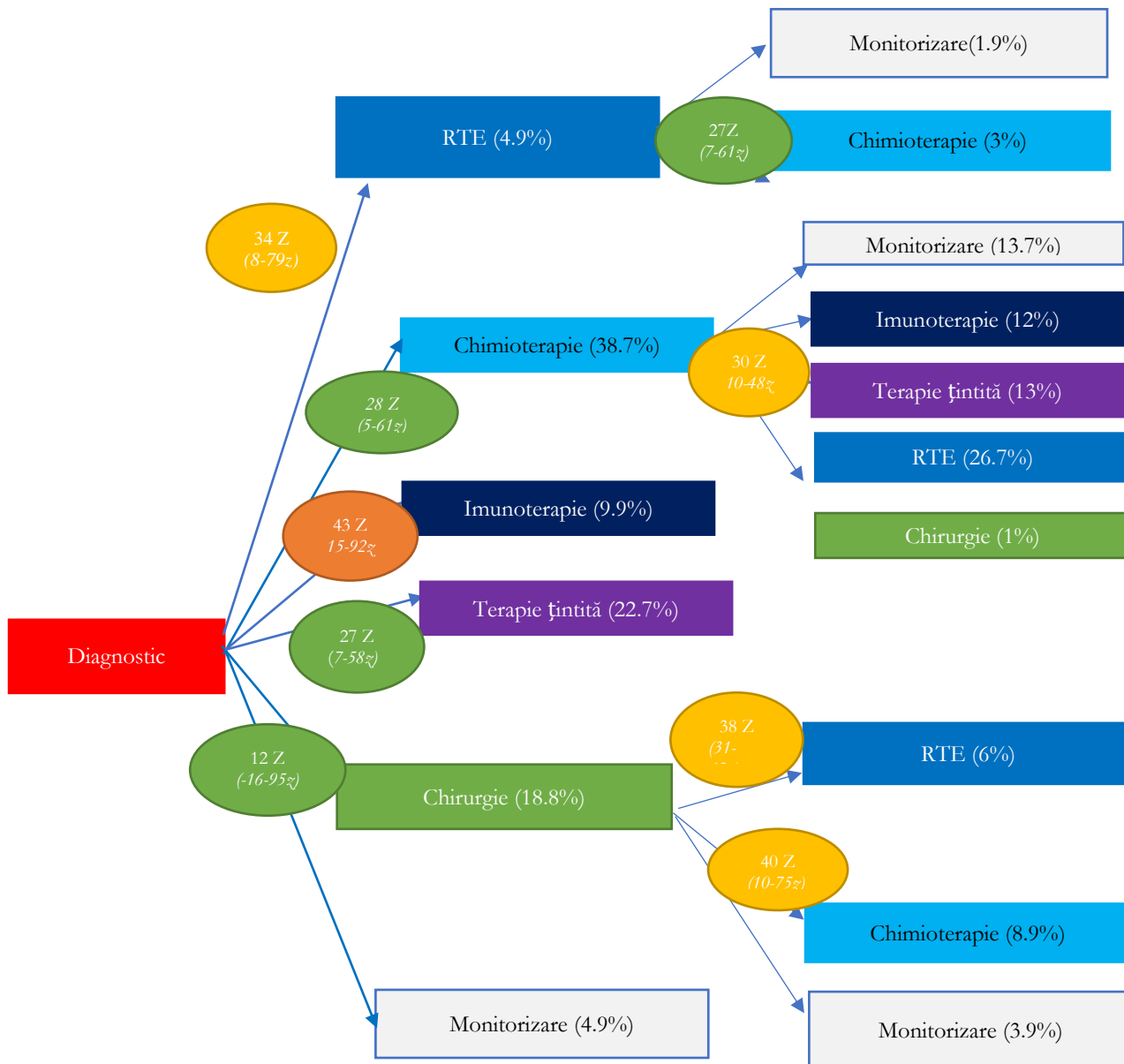


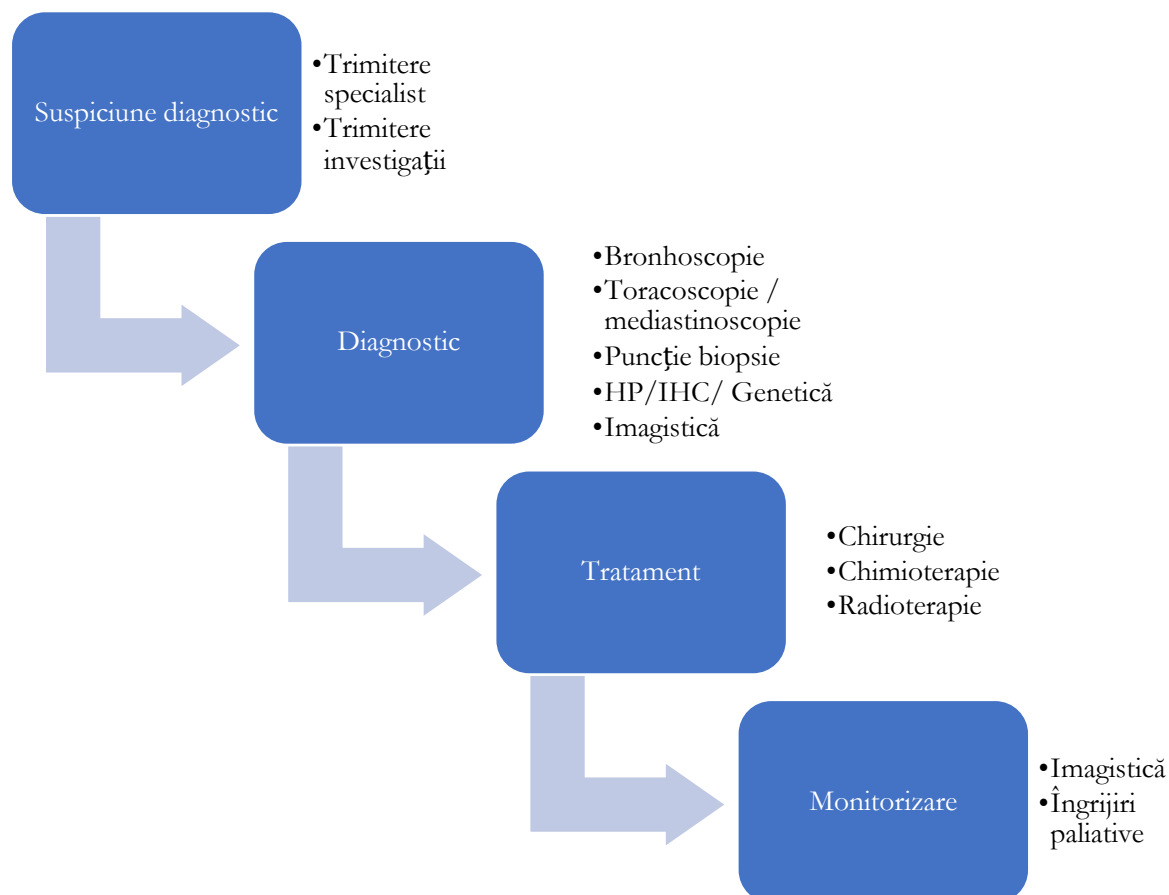
Fig. 28. Traseul pacientului cu cancer bronhopulmonar (real world local data)

La 85% din pacienții analizați, a fost menționată biopsia, iar la 40% din pacienți a fost menționată asocierea bronhoscopiei cu biopsia.

35% din pacienți au o testare genetică (EGFR, expresia PD-L1, ALK). 20% din cei care au efectuat un test pentru mutație EGFR au avut un rezultat pozitiv. (* procentul este mai mare decât cel precizat în ghidul ESMO).

10% din pacienții analizați prezintă un examen imagistic (*CT, RMN/PET-CT*) la cel mult 1 luna de la data diagnosticului. De asemenea 30% din totalul pacienților au un examen imagistic (*CT, RMN, ECO, PET-CT*) cu o vechime de maxim 2 luni la momentul diagnosticului.

În România traseul persoanei cu suspiciune de cancer bronhopulmonar / traseul persoanei cu cancer bronhopulmonar are următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ **Prevenție și depistare precoce**

În prezent, în România nu există un set de activități preventive pentru cancerul bronhopulmonar care să fie coordonat de la nivel național și care să aibă obiective și ținte clar stabilite; singurul program implementat vizează fumatul: de ex. interzicerea fumatului în locuri publice și consilierea pentru renunțarea la fumat;

O altă problemă o reprezintă lipsa evaluării riscului de a dezvolta cancer pulmonar și a identificării populației la risc înalt;

❖ Simptomatologie

În prezent, în România se efectuează consult de specialitate (*pneumologic, chirurgie toracică*), Rx. pulmonar, fibrobronhoscopie, toracoscopie, mediastinoscopie, imagistică și biopsie dacă este cazul, pacienților cu suspiciune de cancer bronhopulmonar.

Diagnostic

Procedura diagnostică pentru cancerul bronhopulmonar presupune consult, fibrobronhoscopie, toracoscopie, mediastinoscopie, imagistică, biopsia formațiunii tumorale suspecte și prelucrarea probei biologice histopatologic, imunohistochimic și testare moleculară (pentru stabilirea profilului molecular al tumorii (*ex. testarea pentru mutațiile EGFR, ALK și pentru stabilirea expresiei PD-L1*)). Această abordare se poate efectua complet în marea majoritate a centrelor universitare medicale regionale și în câteva centre medicale județene. Acest fapt presupune deplasarea unor pacienți (*domiciliați în localități mai mici, în care infrastructura nu permite diagnosticul complet*).

Distribuția personalului specializat pentru diagnosticul cancerului bronhopulmonar este redusă la nivel național, cu o distribuție eterogenă în teritoriu, (*cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante*).

Variabilitatea practicii medicale este semnificativa între centre ; asigurarea calității procedurii complete de diagnostic (*anatomo-patologic și molecular*) este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice, imunohistochimice și genetice în unitățile publice, fapt pentru care pacientul, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare la centre private de diagnostic histopatologic. Panelul necesar de markeri genetici care se corelează cu tratamente specifice decontate de statul român în marea majoritate sunt susținute de companiile farmaceutice.

O alta provocare în managementul rapid și complet al pacientului cu CBP e reprezentată de acuratețea recoltării și prelucrării probelor (*în plus, de multe ori cantitatea de țesut recoltat este insuficientă pentru testările moleculare / genetice*).

La momentul stabilirii diagnosticului pacientul este eligibil să intre în Programul Național de Oncologie; în cazul în care nu este asigurat, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurat pe perioada bolii. În prezent, datele pacienților ar trebui introduse în Registrul

Populațional de Cancer, tumor board-ul stabilind opțiunile cele mai adecvate de tratament, *(în prezent, în practică sunt puține tumor board-uri organizate formal în câteva centre la nivel național).*

Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacienților din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare *(puncție)* și a prelucrării probelor histopatologice. Perioada între suspiciunea diagnostică și inițierea tratamentului este îndelungată, cu timpi de așteptare mari.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie până la prima intervenție terapeutică *(probabil de la momentul diagnosticului complet antomo-patologic și molecular dacă e cazul)* este optimă doar pentru chirurgie *(12 zile)* și depășește 34 de zile pentru alte intervenții terapeutice *(chimioterapie/RTE)*.

Având în vedere faptul că marea majoritate a pacienților cu cancer bronhopulmonar sunt descoperiți în stadii avansate de boală, de multe ori prima opțiune de tratament este chimioterapia oferit într-o clinică de oncologie medicală (publică sau privată);

În practica clinică medicală din România se întâlnește o variabilitate clinică ridicată între centre *(în principal datorită infrastructurii și resurselor disponibile- umane sau financiare)*

Disponibilitatea personalului pentru chirurgia oncologică a plămânului este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante.

Accesul la servicii de radioterapie, chiar dacă a crescut semnificativ în anumite centre universitare mari, este încă o problemă semnificativă pentru o parte importantă dintre pacienții care au nevoie de această procedură de tratament;

Disponibilitatea personalului pentru radioterapie, în special a personalului tehnic (fizicieni medicali), este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Timpii de așteptare pentru radioterapie sunt variabili și pot varia până la câteva săptămâni.

❖ Monitorizare / Îngrijiri paliative

Monitorizarea pacienților cu cancer bronhopulmonar se realizează conform practicii clinice curente de la nivelul centrului

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Disponibilitatea investigațiilor de monitorizare imagistice este variabilă iar calitatea acestora în special pentru monitorizarea pacienților în stadiu metastatic lasă de dorit în lipsa implementării unor criterii standardizate de interpretare imagistică;

Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadii terminale este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

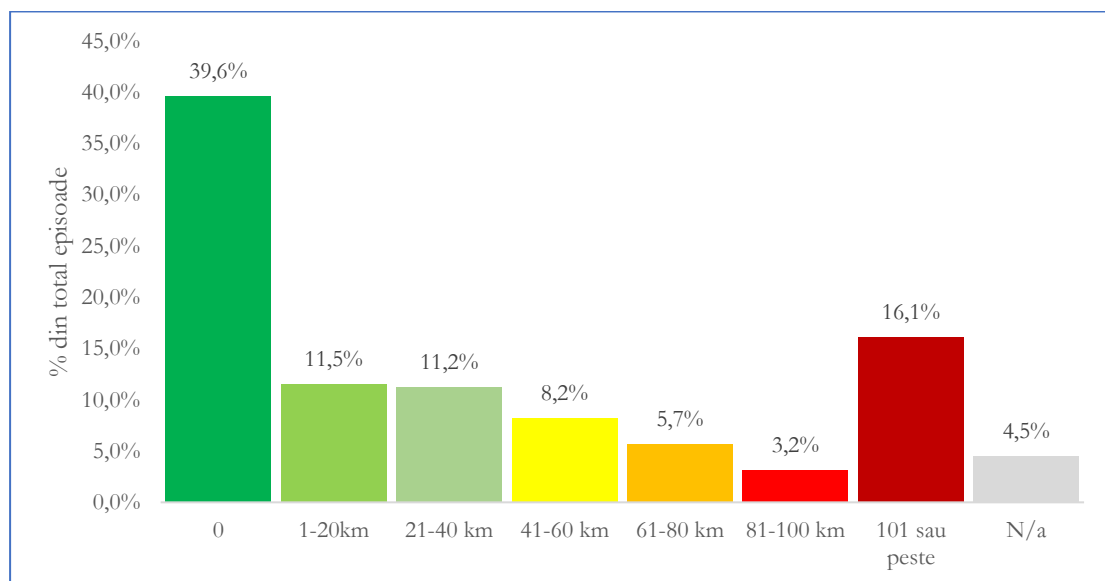


Fig. 29 Distribuția episoadelor de spitalizare în funcție de distanța parcursă pentru a diagnostica / trata un caz de cancer bronhopulmonar

În 2019 distanța medie parcursă a fost de 46.8 de km, iar distanța mediană a fost de 16 km. Aprox. 16% din distanțe sunt de peste 100 km. Această pondere este cel mai probabil reprezentată de cazurile care vin din diverse localități pentru a fi tratate în centrele universitare.

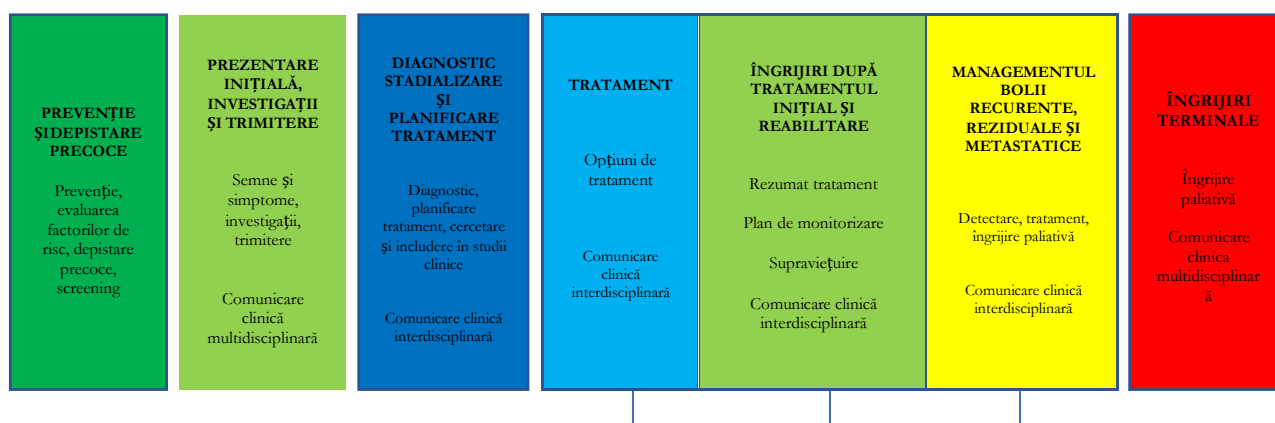
TRASEUL OPTIM AL PACIENȚILOR CU CANCER BRONHOPULMONAR^{1,2}

Scopul traseului optim de îngrijire a cancerului bronhopulmonar are în vedere îmbunătățirea rezultatelor obținute la pacienți prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe cele mai recente date referitoare la managementul cancerului bronhopulmonar.

Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a cancerului bronhopulmonar sunt

următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacienților*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacientă*);
- Îngrijiri de suport (*servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacienții cu cancer bronhopulmonar*);
- Coordonarea îngrijirii (*abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacienții cu cancer bronhopulmonar*);
- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (*oportunitățile de participare trebuie prezentate pacienților în orice punct al traseului de îngrijire*).



¹ <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/lung-cancer-2ndedition#.ga=2.184354659.4564957.1636753029-777641028.1636753029>

² <https://www.cancercareontario.ca/en/pathway-maps/lung-cancer>

PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Factori de risc:

- Stilul de viață:
 - inactivitate fizică
- Factori de mediu:
 - fum de țigară
 - expunerea profesională la arsenic, hidrocarburi aromatice policiclice, cadmiu, radon, azbest, siliciu, nichel, beriliu, crom, vopsea, gaze de evacuare diesel
 - poluare atmosferică
- Factori personali
 - fumatul actual sau în antecedente
 - creșterea în vârstă
 - antecedente familiale de cancer pulmonar
 - istoric personal de cancer
 - boli pulmonare cronice.

Depistare precoce:

Utilizarea scanărilor CT cu doze scăzute de radiații (CT-LD) poate conduce la detectarea a nodulilor pulmonari în stadiu de boală mai precoce
Evaluarea riscului la MF
Monitorizarea nodulilor incipienți

PREZENTARE INIȚIALĂ, INVESTIGAȚII ȘI TRIMITERE

Semne și simptome care trebuie investigate

Următoarele semne și simptome apărute inexplicabil, persistente necesită investigații, dacă durează mai mult de 3 săptămâni (*mai devreme la pacienți cu factori de risc cunoscuți sau cu mai mult de un semn sau simptom*):

- tuse nouă sau modificată, dureri în piept sau umăr, dificultăți în respirație, răgușeală
- scăderea în greutate sau pierderea poftei de mâncare
- infecție toracică persistentă sau recurentă, oboseală, tromboză venoasă profundă, semne toracice anormale, degete hipocratice, adenopatie cervicală sau supraclaviculară
- simptome de cancer pulmonar metastatic, revărsat pleural, trombocitoză.

Următoarele semne și simptome necesită trimitere urgentă pentru o tomografie toracică și recomandare concomitentă la specialist din echipa multidisciplinară care diagnostichează cancerul pulmonar (*în termen de 2 săptămâni*):

- hemoptizie persistentă sau inexplicabil, semne de obstrucție de VCS
- suspiciune clinică ridicată de cancer pulmonar, semne imagistice care sugerează cancer pulmonar.

Următoarele semne sau simptome necesită trimitere imediată la UPU:

- hemoptizie masivă
- stridor.

Evaluarea medicală (MF)

Medicul de familie ar trebui să trimită toți pacienții cu simptome sugestive la o clinică de evaluare pentru cancer pulmonar

Trimiterea la Rx pulmonar pentru simptome – **imediată**.

Trimiterea la CT toracic cu SC pentru simptomele suspiciune ridicată de cancer pulmonar – în termen de **2 săptămâni** de la debutul simptomelor. Medicul de familie sau specialist care examinează pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor imagistice:

- în termen de **1 săptămână** de la prezentare

Trimiterea urgentă la un specialist din echipa multidisciplinară de diagnostic a cancerului pulmonar (*termen de 2 săptămâni*) este recomandată pentru toți pacienții cu suspiciune de cancer pulmonar

Comunicare clinică: furnizați pacientului informațiile care descriu clar către cine se face trimiterea, care este motivul acesteia și timpul de așteptare până la consultul de specialitate.

SUPPORT – acces la servicii de suport la fiecare nivel al traseului cu trimitere către profesioniștii cei mai indicați

Comunicare clinică

- discutați cu pacientul despre opțiunile de tratament, inclusiv intenția tratamentului și rezultatele preconizate
- comunicați planul de tratament al pacienții medicului de familie

DIAGNOSTIC STADIALIZARE ȘI PLANIFICARE TRATAMENT

Următoarele teste pot fi efectuate pentru a confirma un diagnostic:

- imagistică suplimentară (*poate include PET-CT*)
- bronhoscopie inclusiv biopsie ghidată cu ecografie endobronșică
- aspirație sau biopsie ghidată cu CT sau ecografie endobronșică
- biopsie excizională sau biopsia unei metastaze
- citologia sputei în cazuri rare.

Stadializarea cancerului pulmonar implică:

- CT toracic și abdominal (*în toate cazurile*) și RMN cerebral (*în unele cazuri*)
- PET-CT când intenția de tratament curativ este luată în considerare
- evaluarea de către un chirurg toracic cu expertiză în chirurgia cancerului pulmonar în cazurile în care se ia în considerare tratamentul curativ.

Testarea moleculară și testarea biomarkerilor poate informa alegerea celui mai potrivit tratament pentru NSCLC.

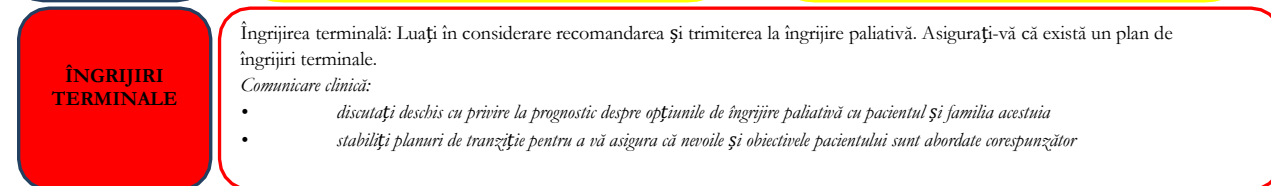
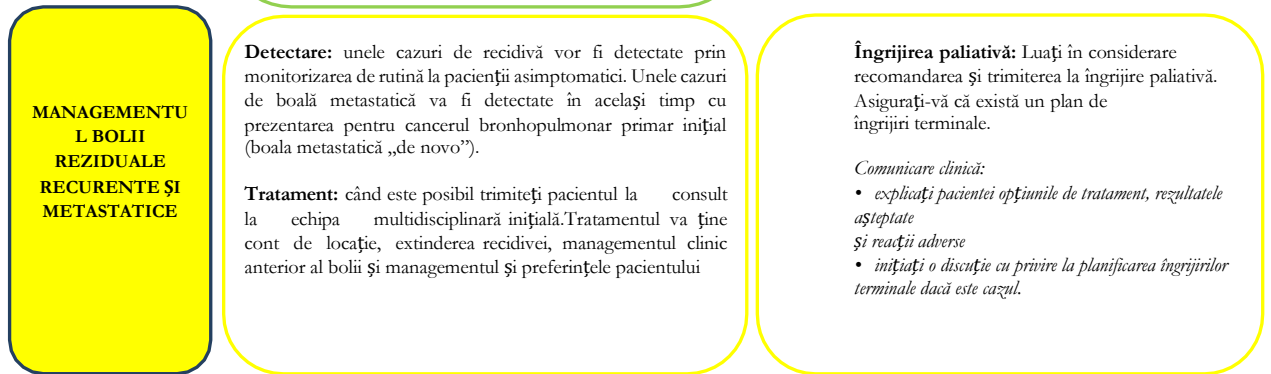
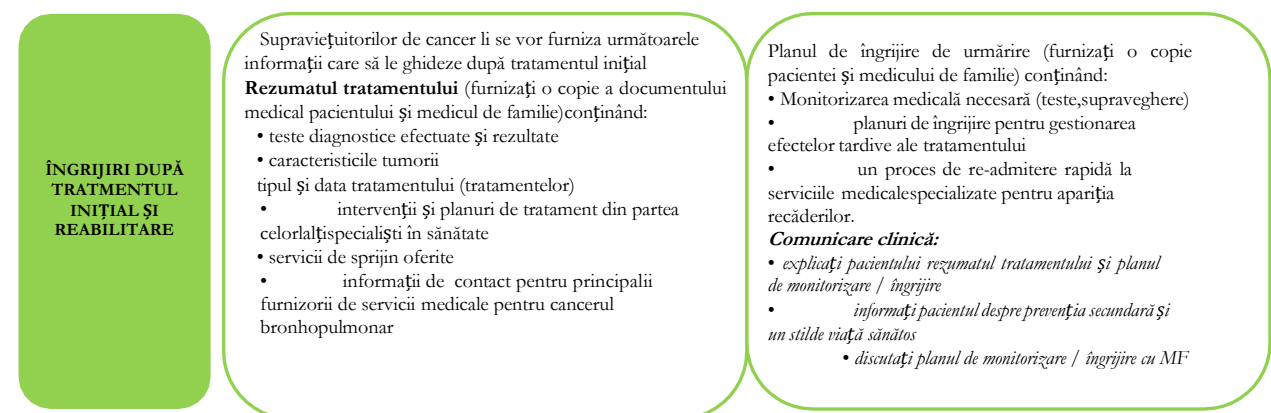
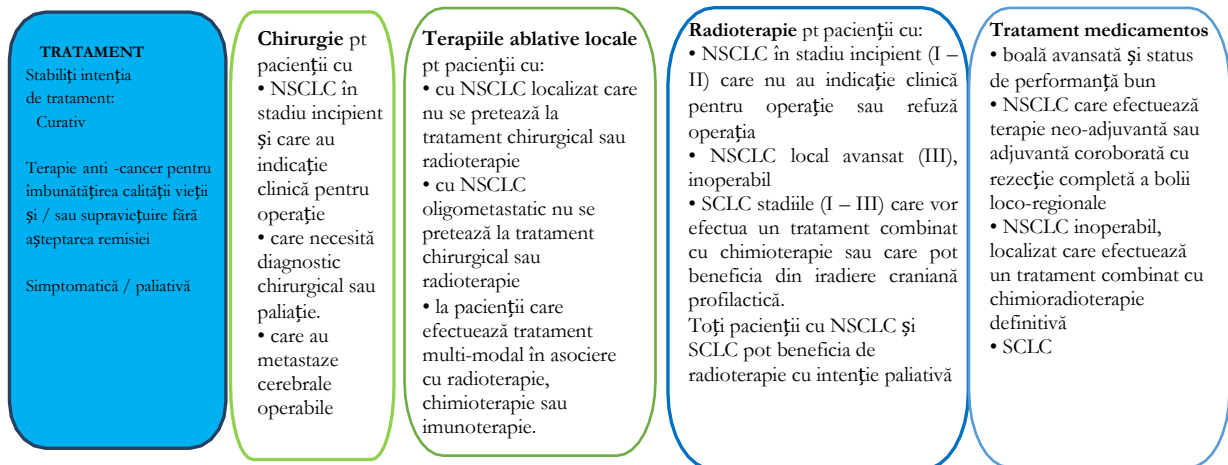
Stadializare: Se efectuează pentru toți pacienții diagnosticați

Planificarea tratamentului: toți pacienții nou diagnosticați trebuie să fie evaluați în CMDT în vederea recomandării unui plan de tratament.

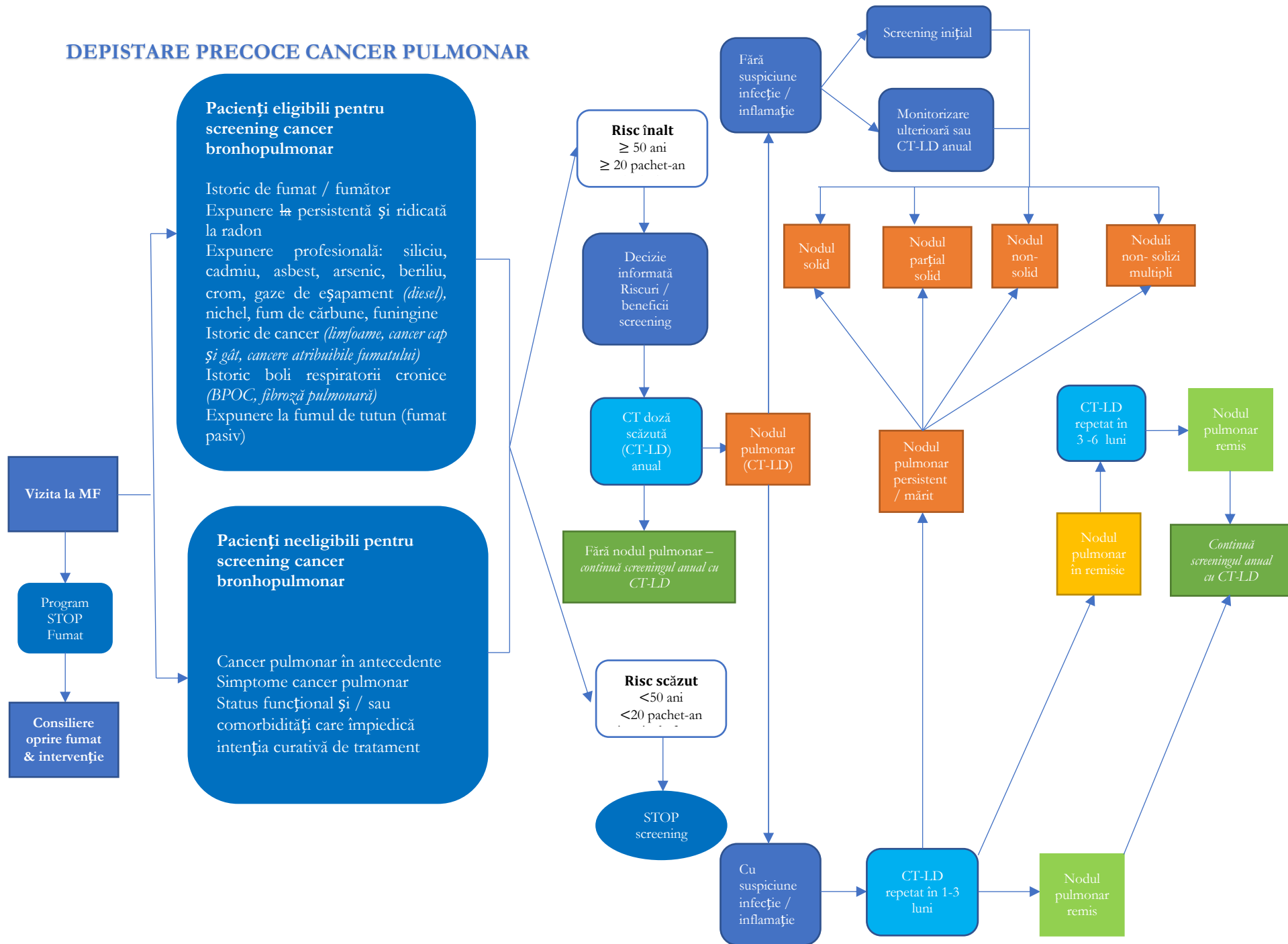
Studii clinice: Luați în considerare înrolarea acolo unde este disponibilitate și considerat adecvat.

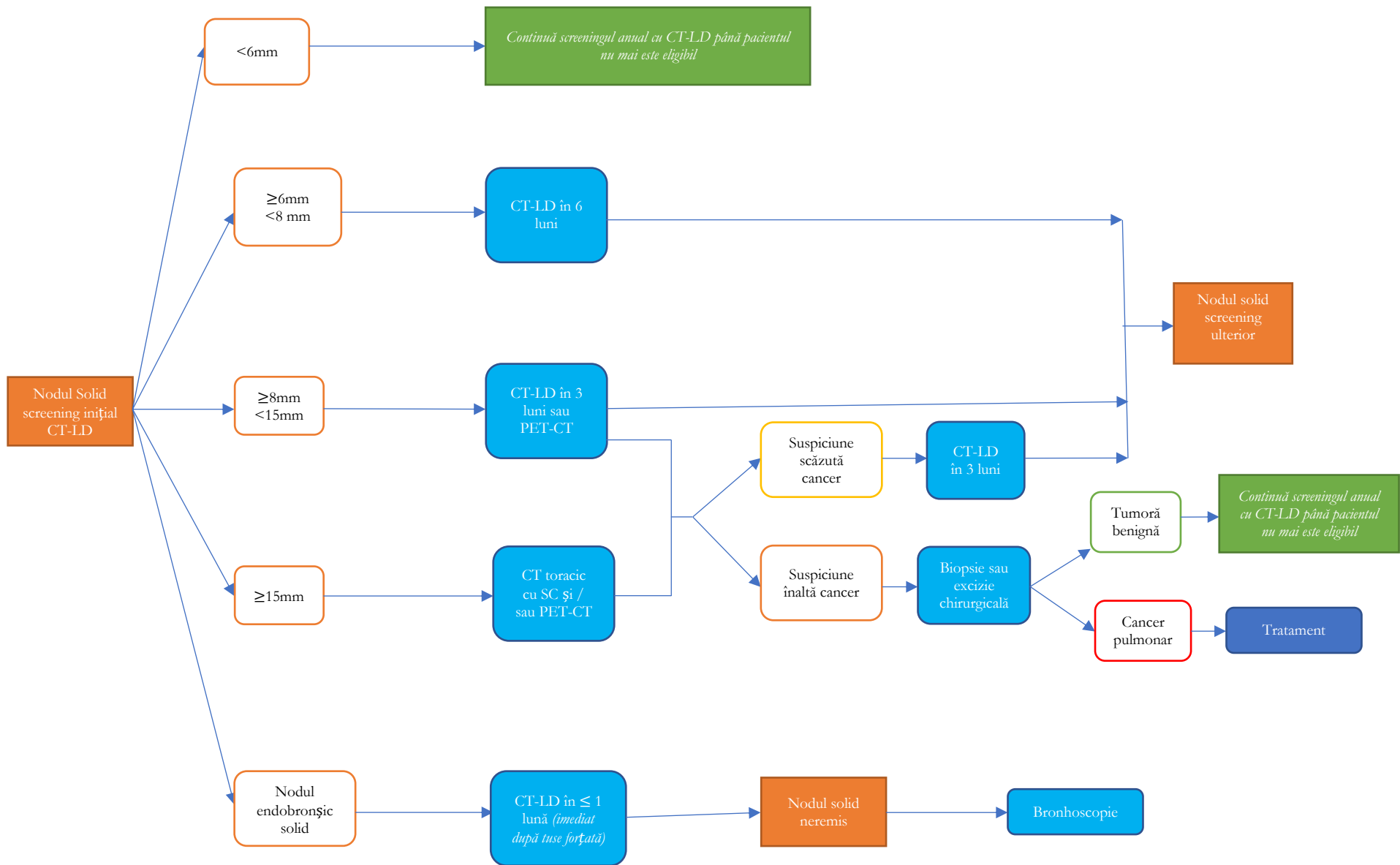
Comunicare clinică: se are în vedere durata procedurii diagnostice și a tratamentului, se explică rolul echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și coordonarea îngrijirii. Se oferă informații corespunzătoare și trimitere la servicii de suport

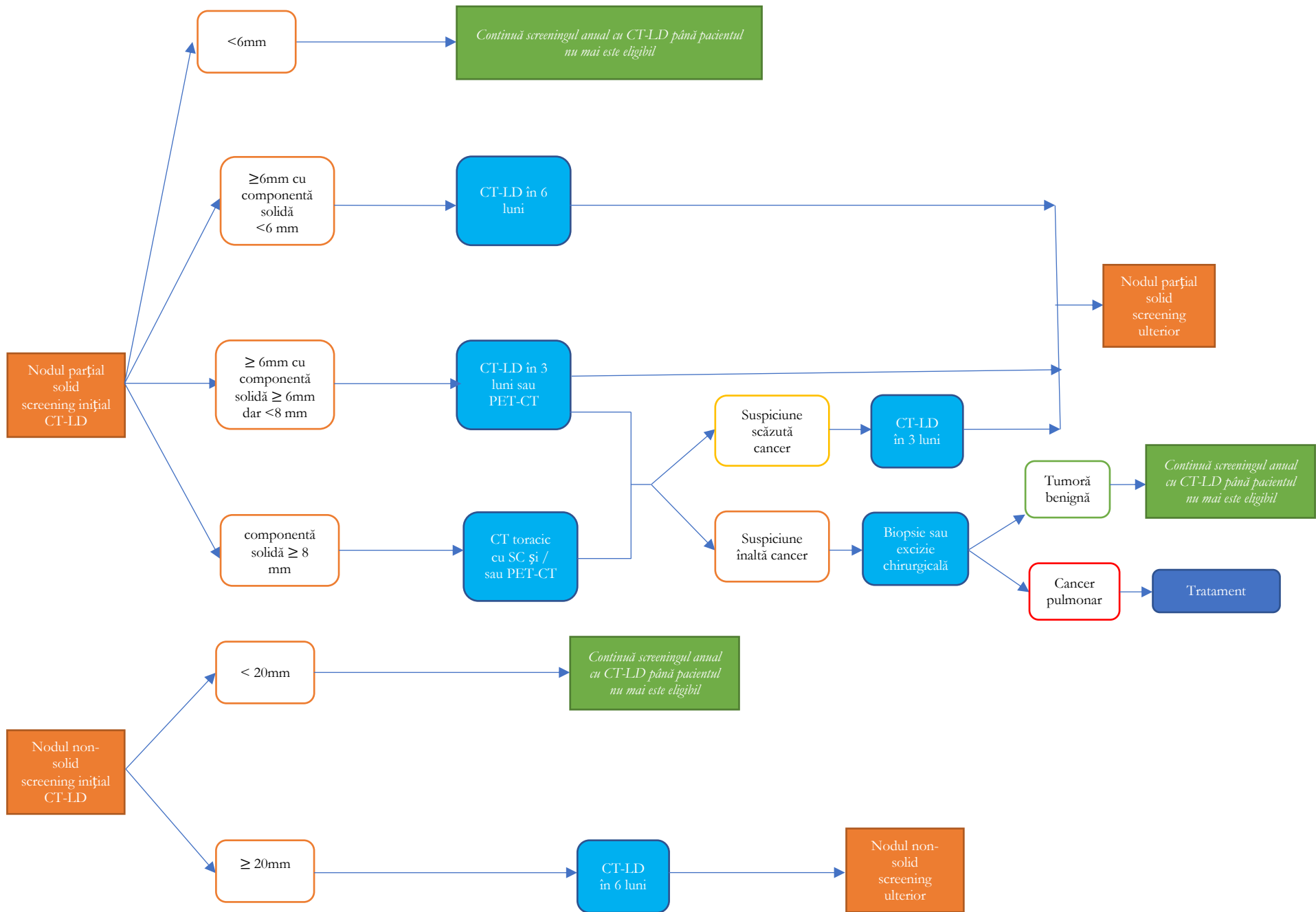
Rezultatele testelor diagnostice sunt disponibile în **2 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial

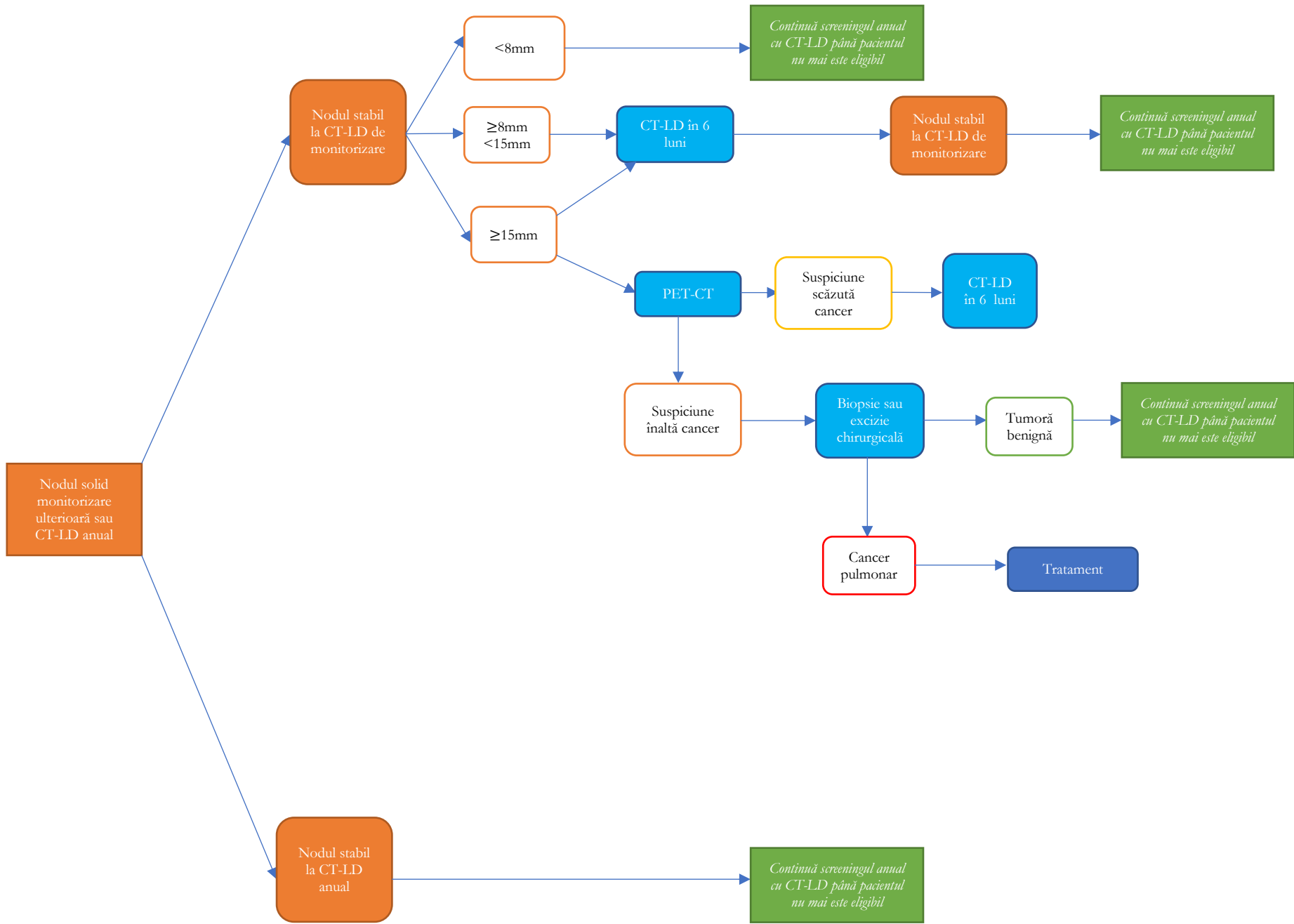


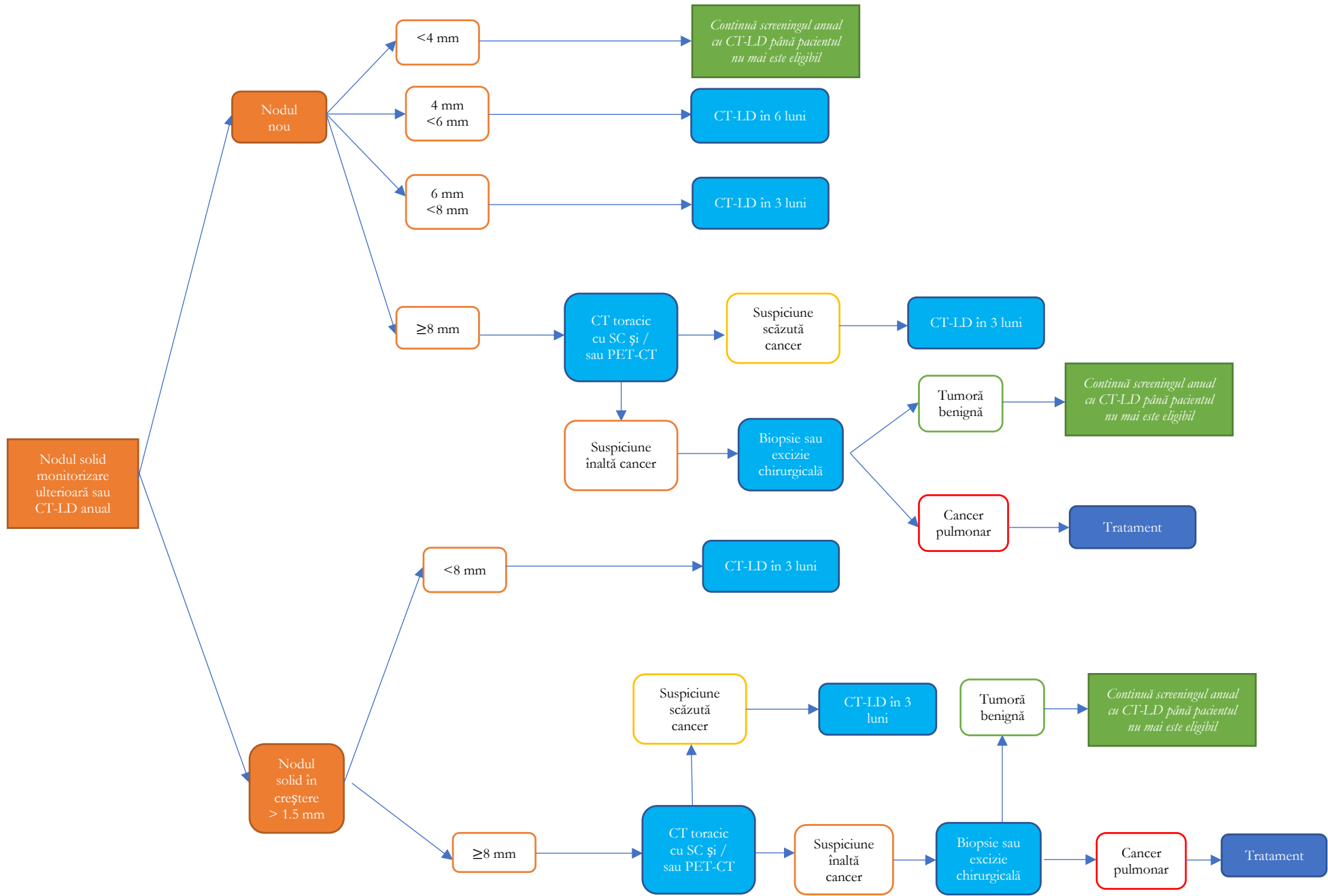
DEPISTARE PRECOCE CANCER PULMONAR

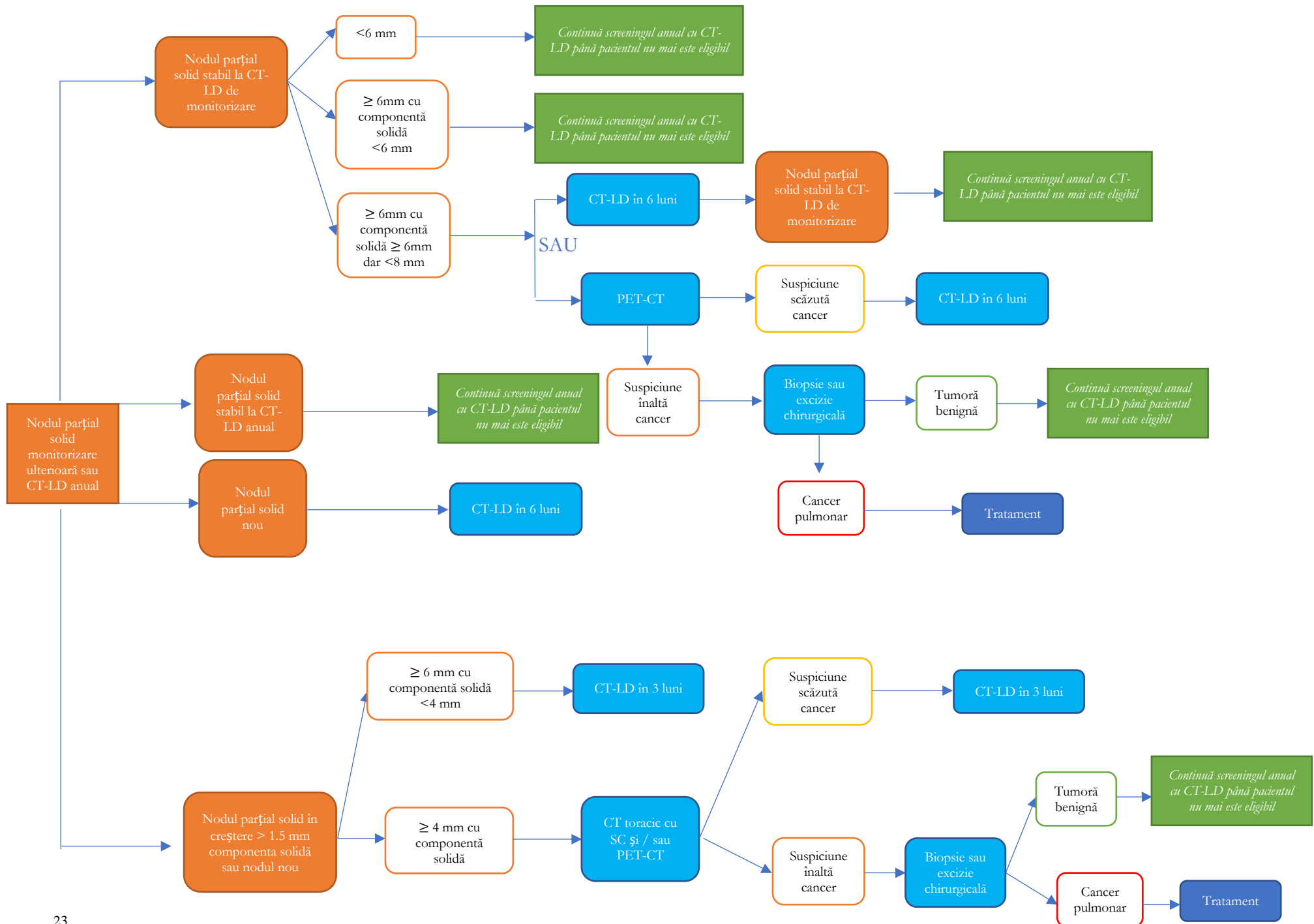


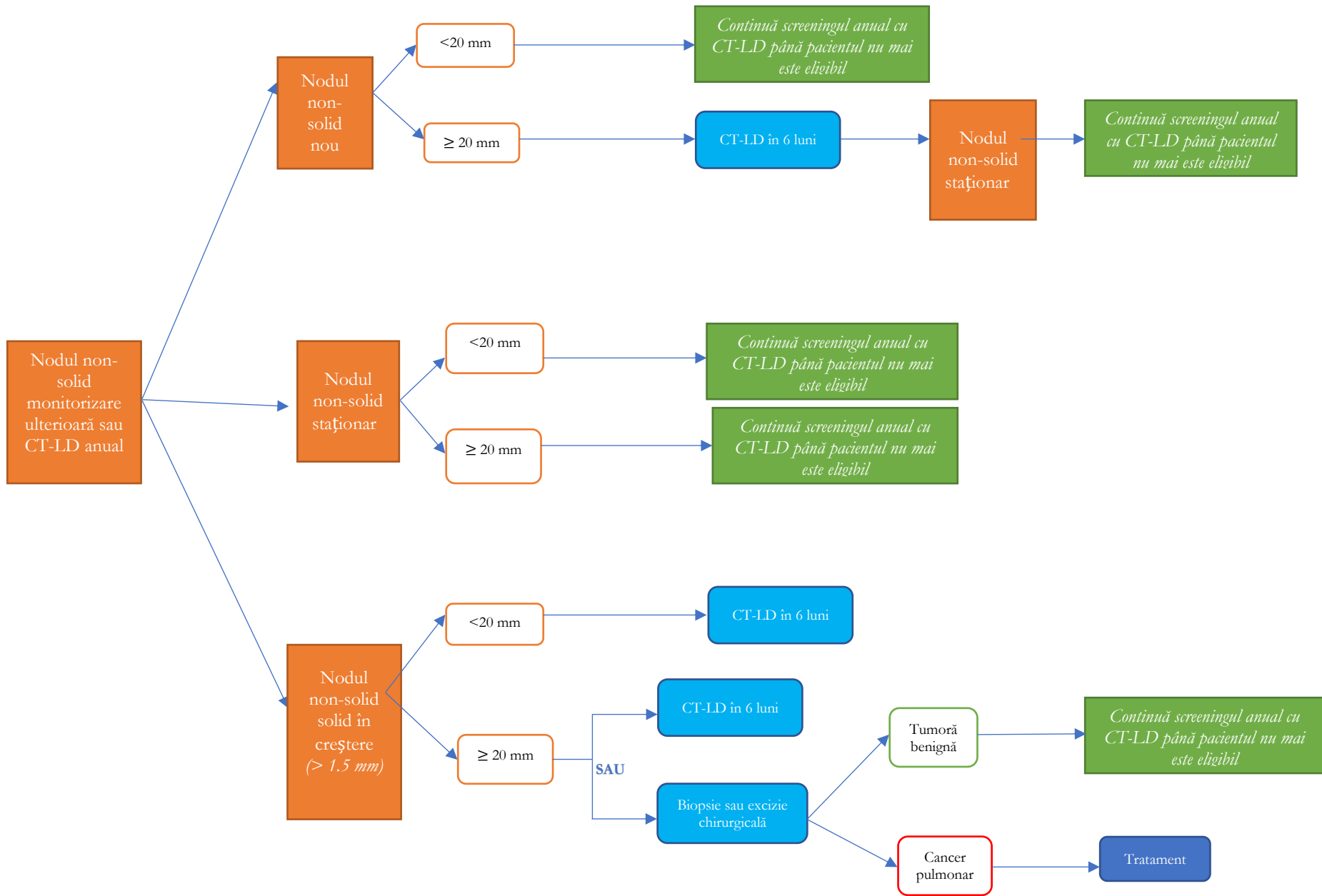




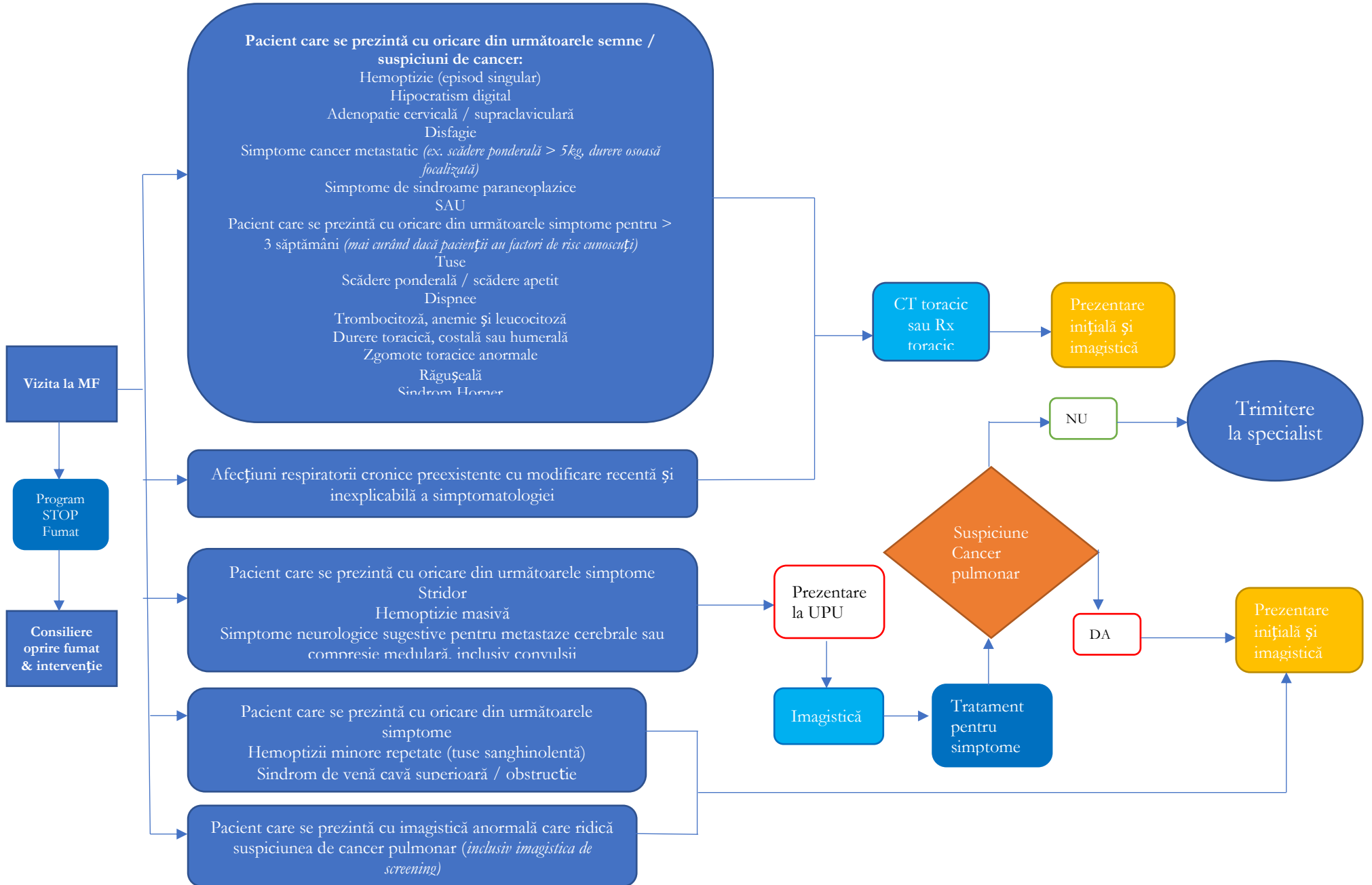




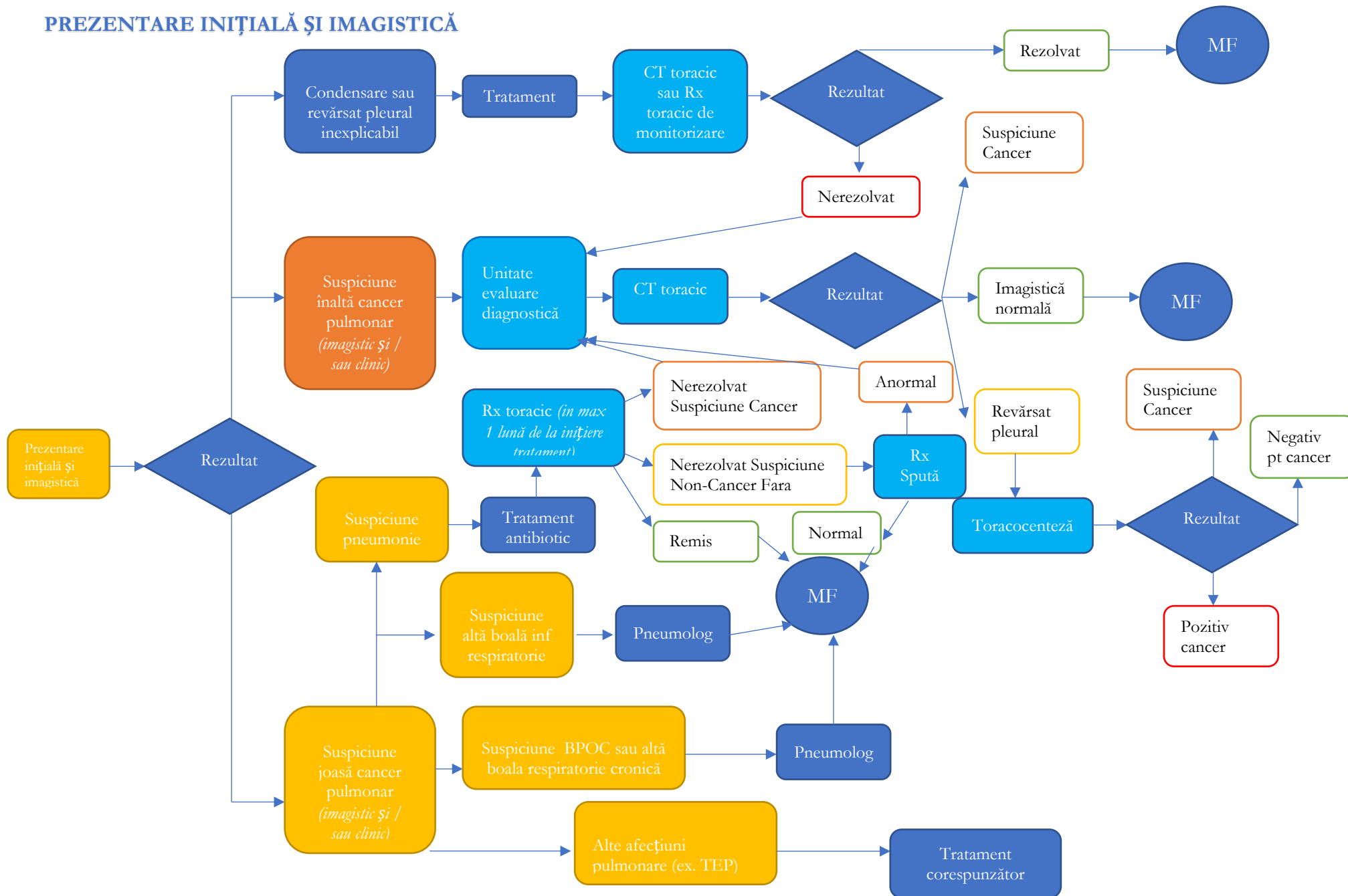




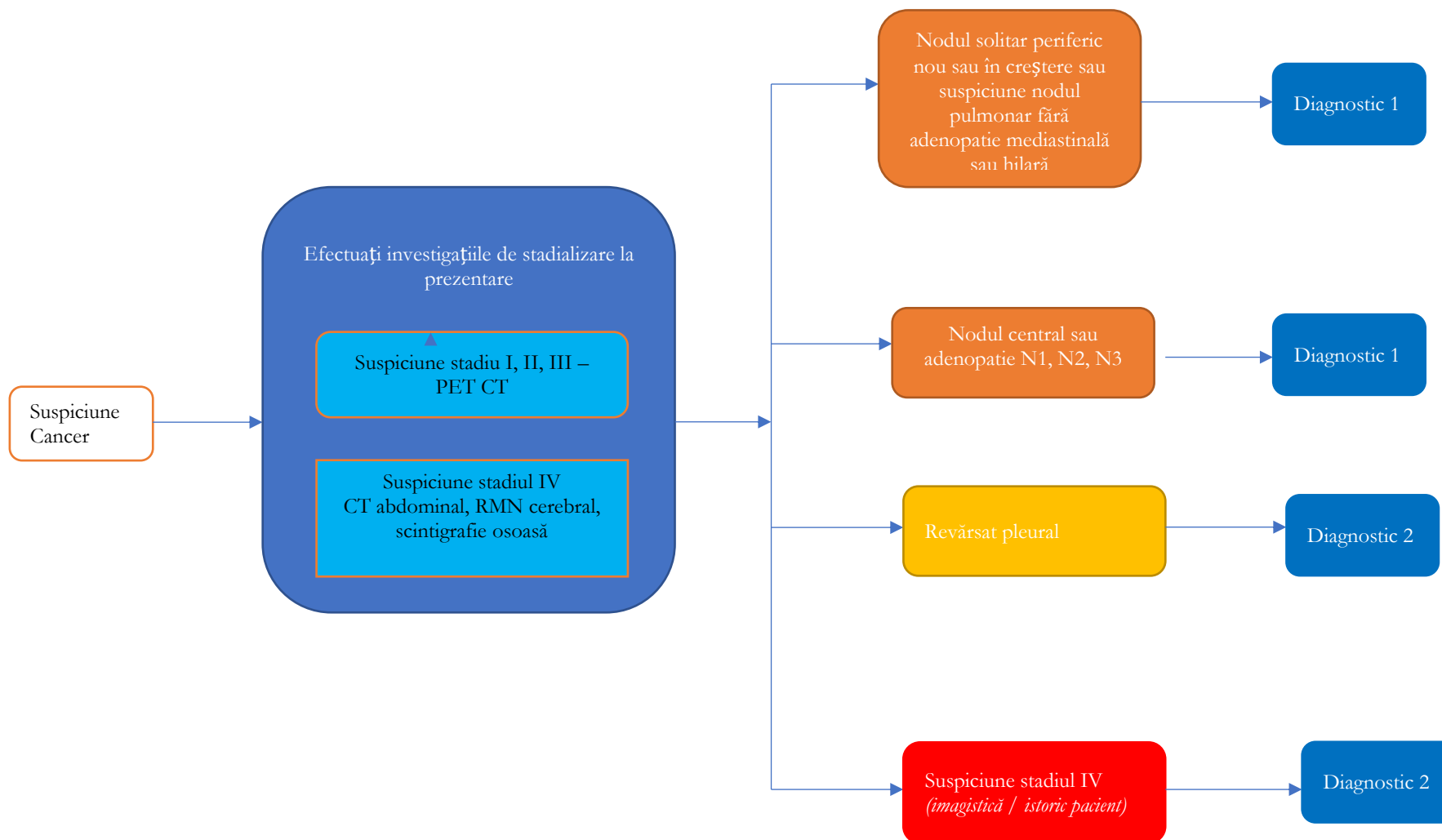
SUSPICIUNE CANCER PULMONAR



PREZENTARE INIȚIALĂ ȘI IMAGISTICĂ



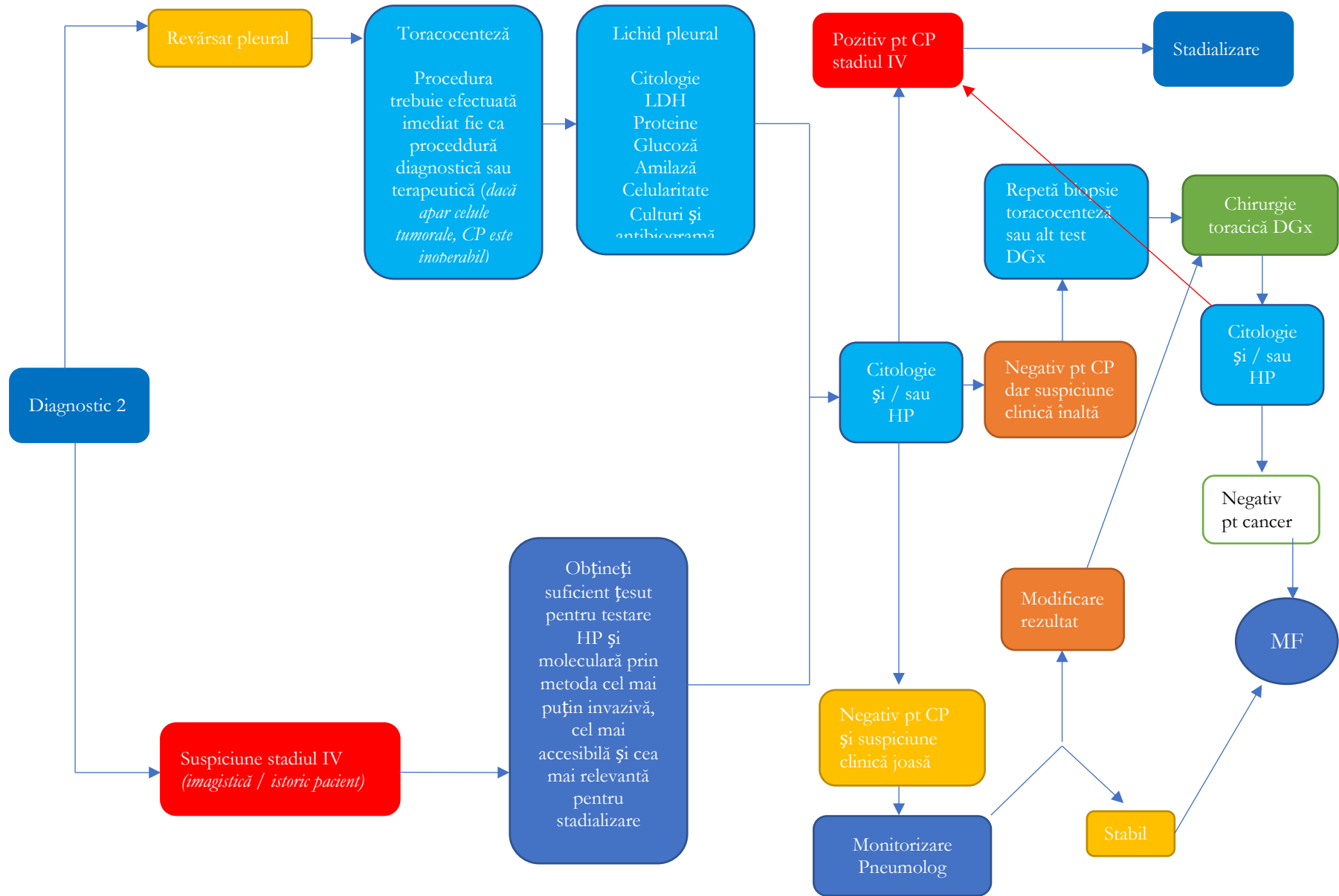
PREZENTARE INIȚIALĂ ȘI IMAGISTICĂ



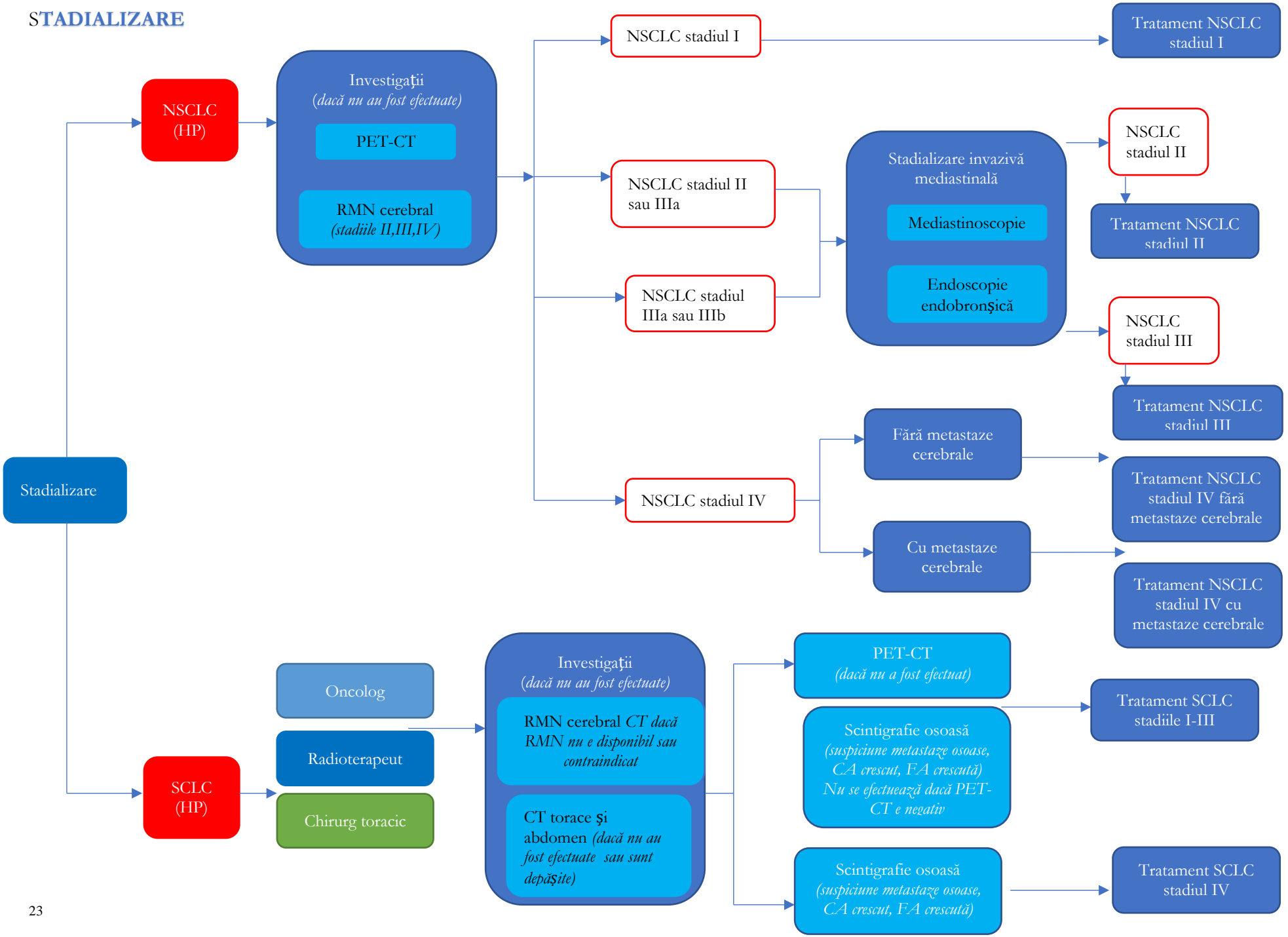
PROCEDURI DIAGNOSTICE



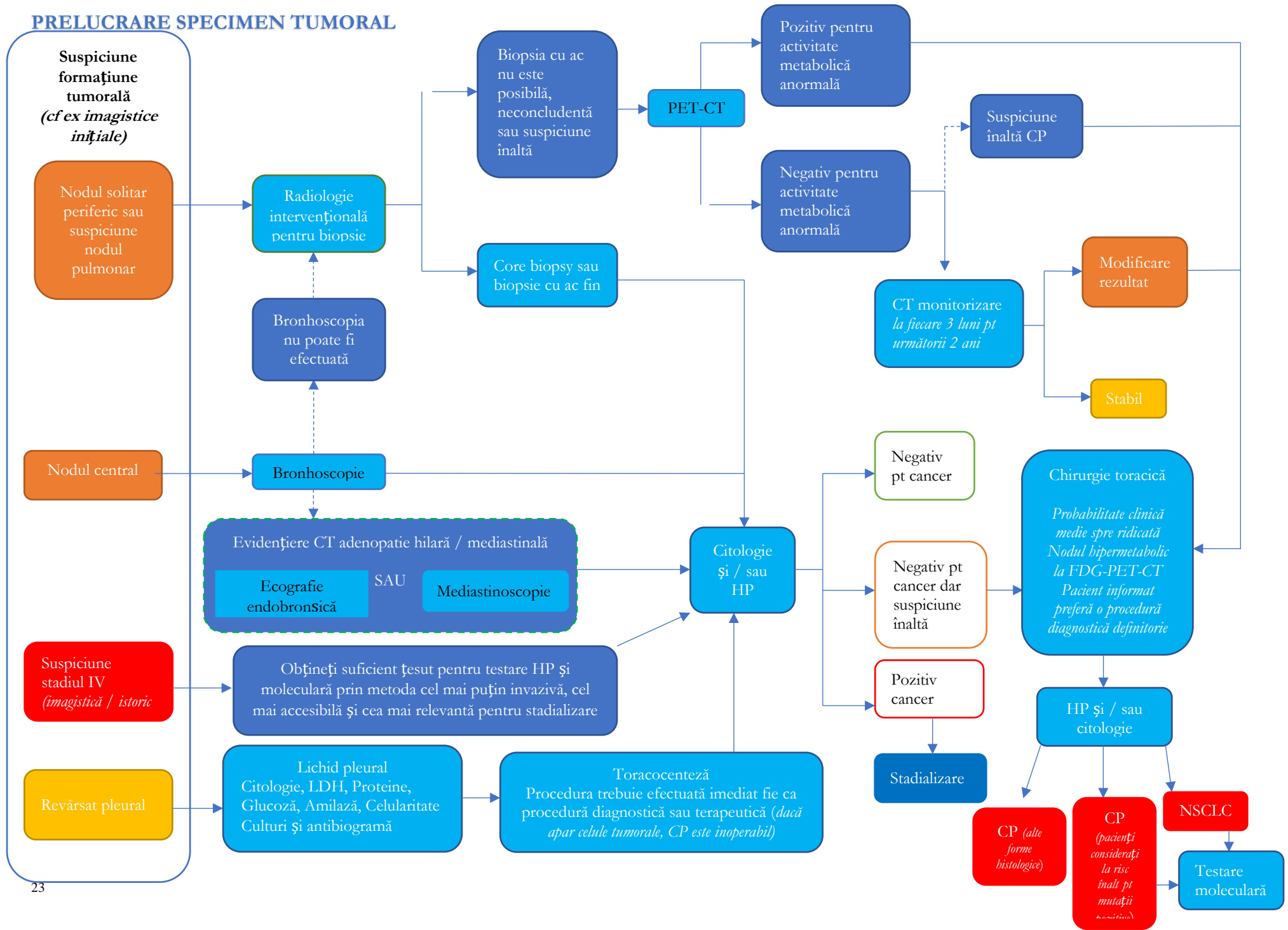
PROCEDURI DIAGNOSTICE



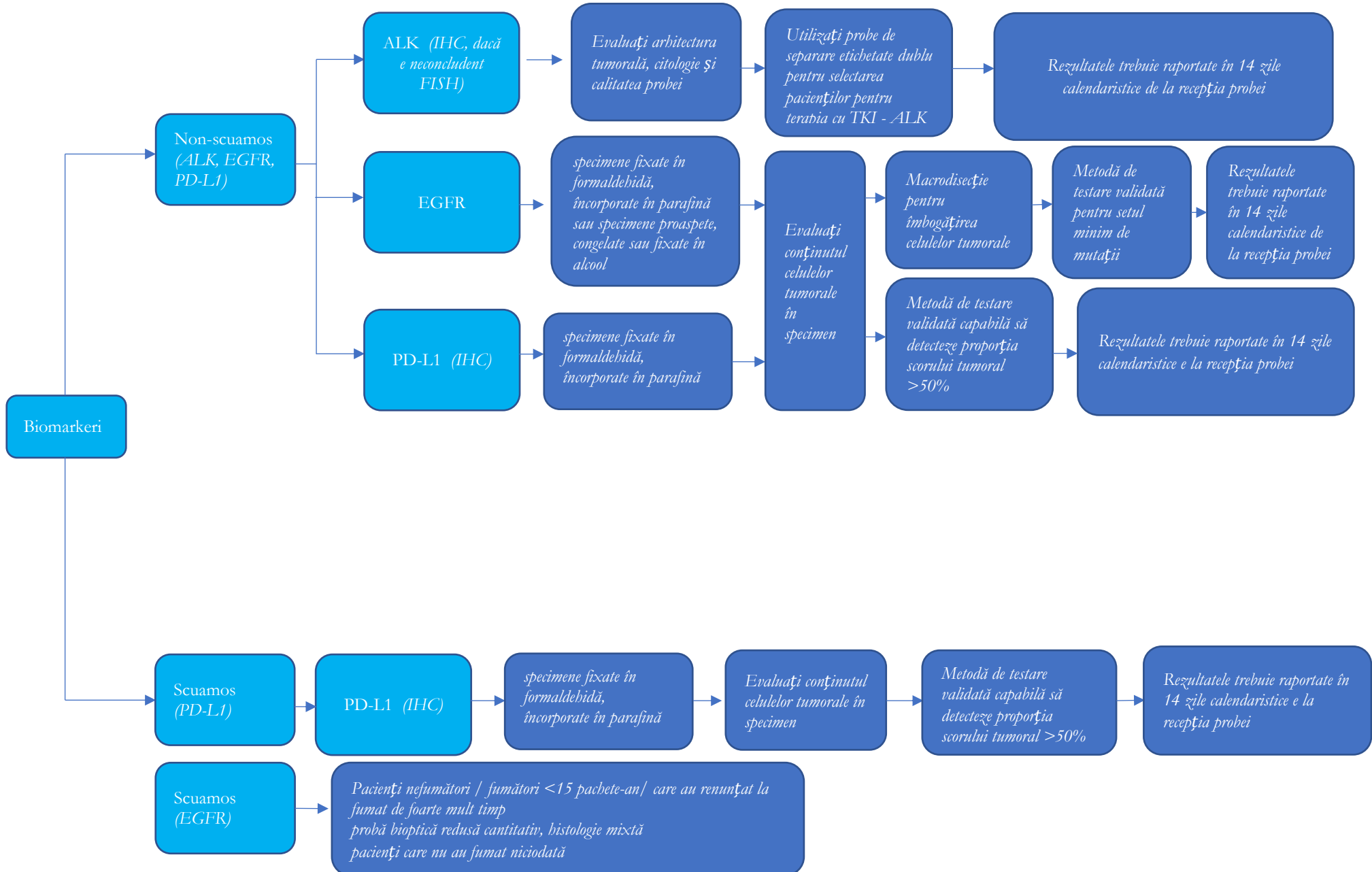
STADIALIZARE



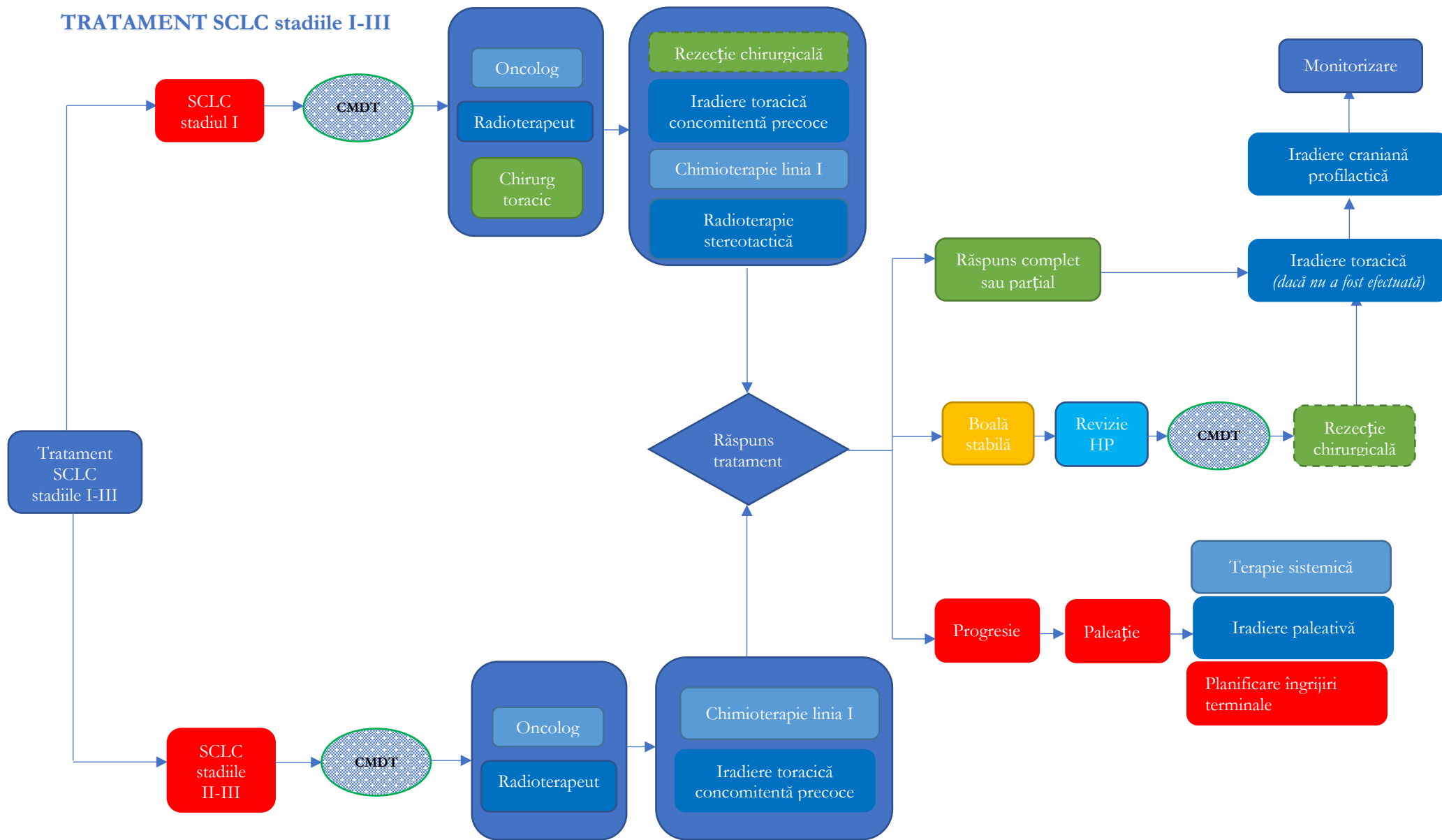
PRELUCRARE SPECIMEN TUMORAL



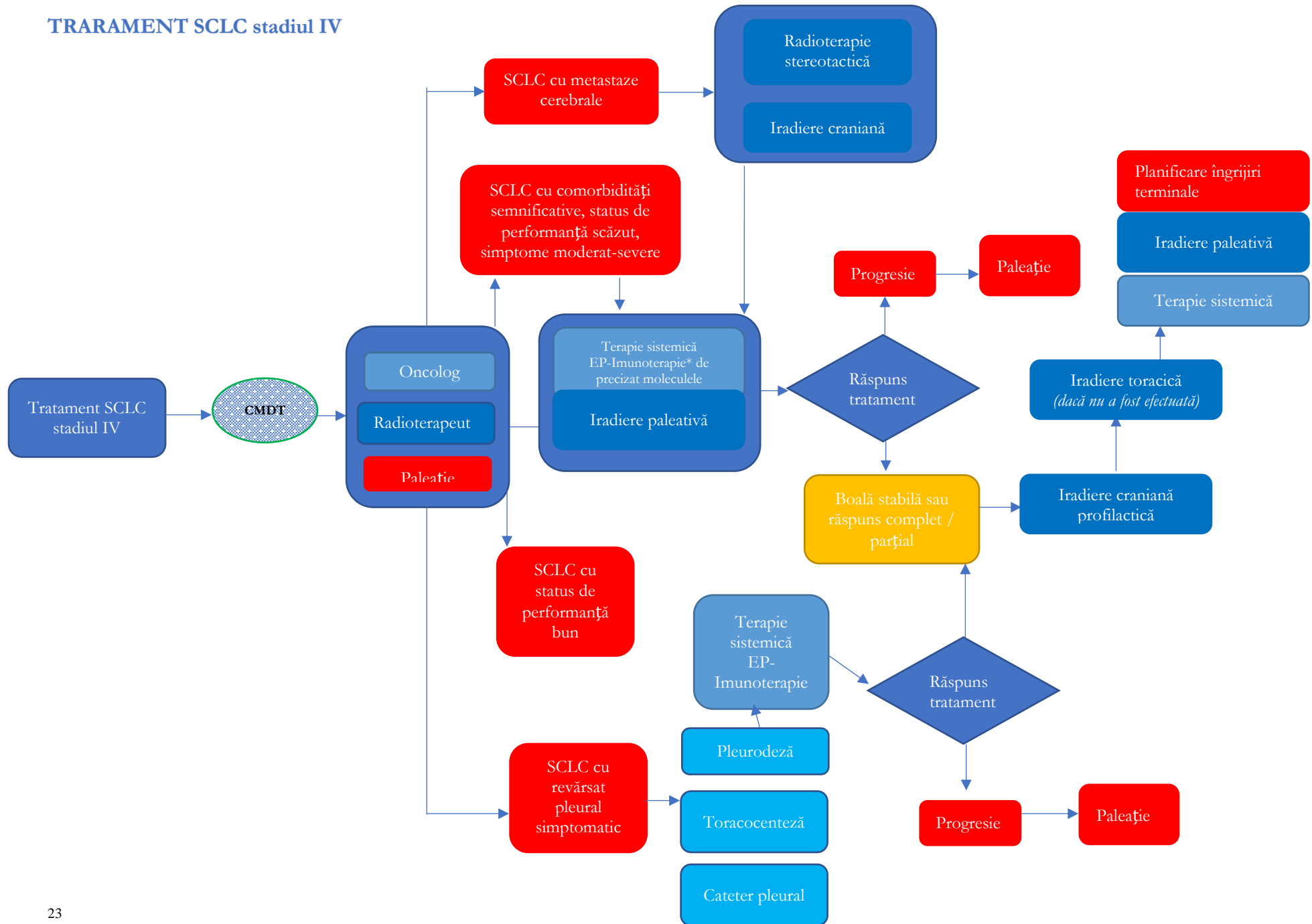
Testarea moleculara la pacienții cu NSCLC BIOMARKERI – de adaugat K-RAS, N-TKR. Tb facute toate odata, in panel.



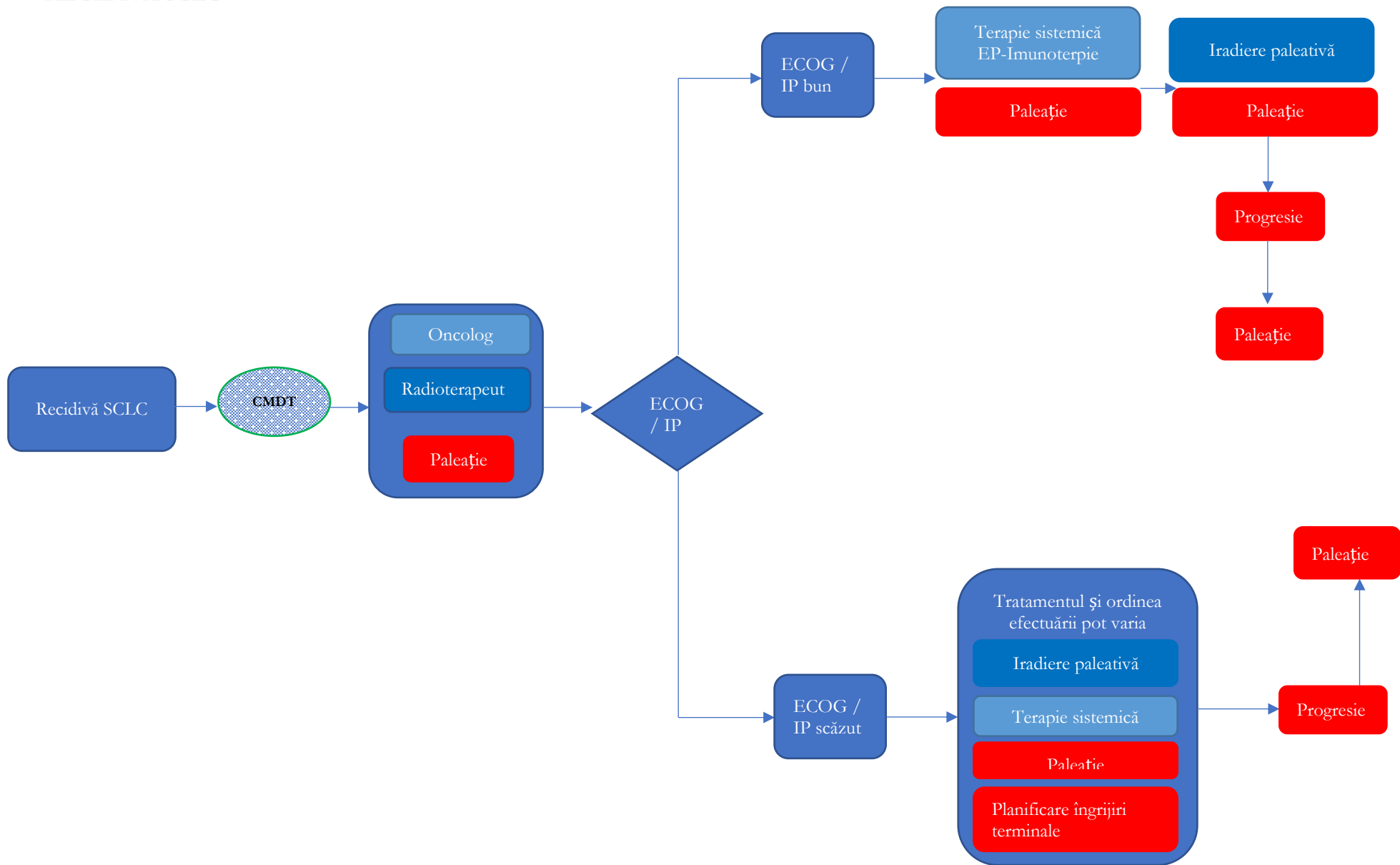
TRATAMENT SCLC stadiile I-III



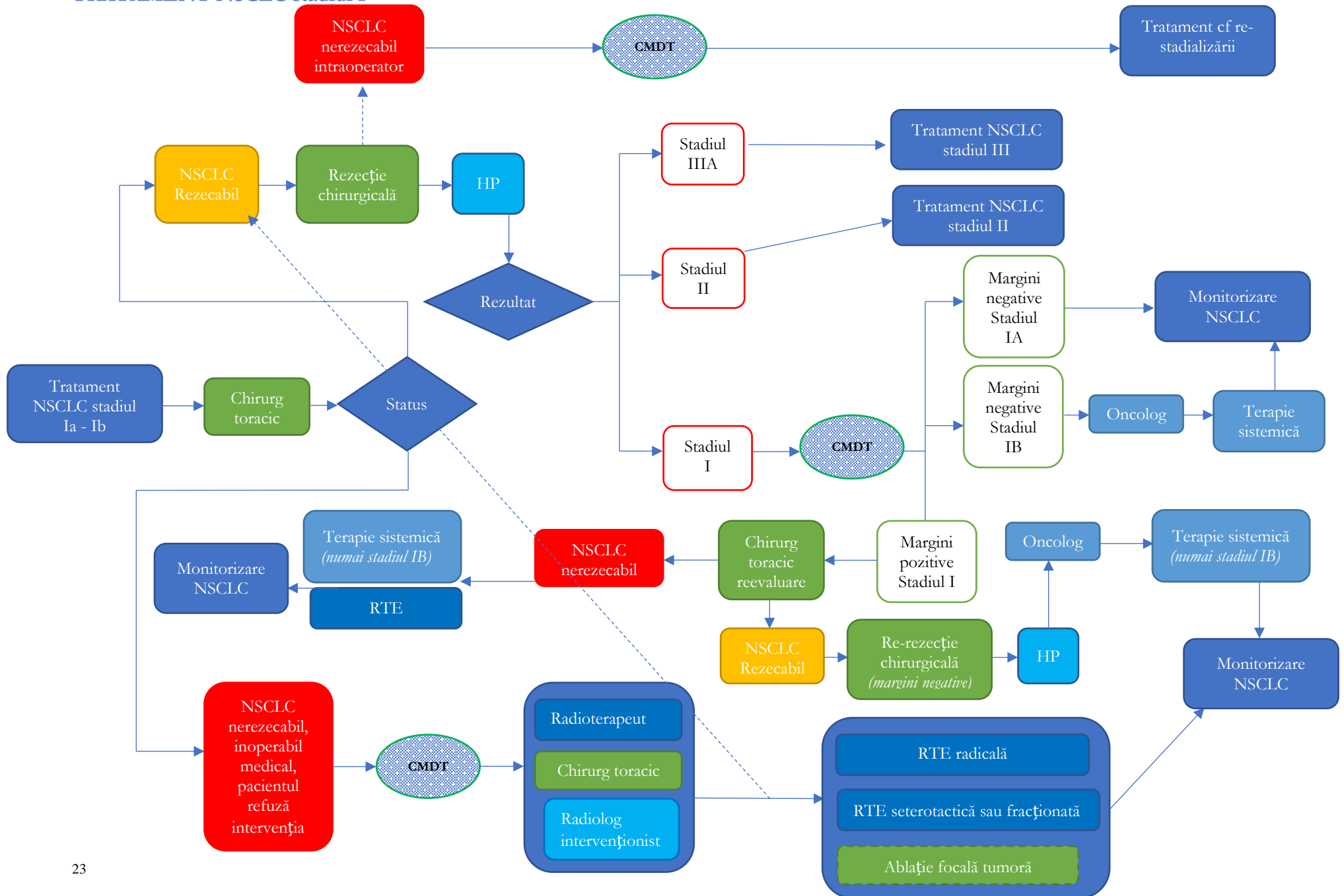
TRARAMENT SCLC stadiul IV



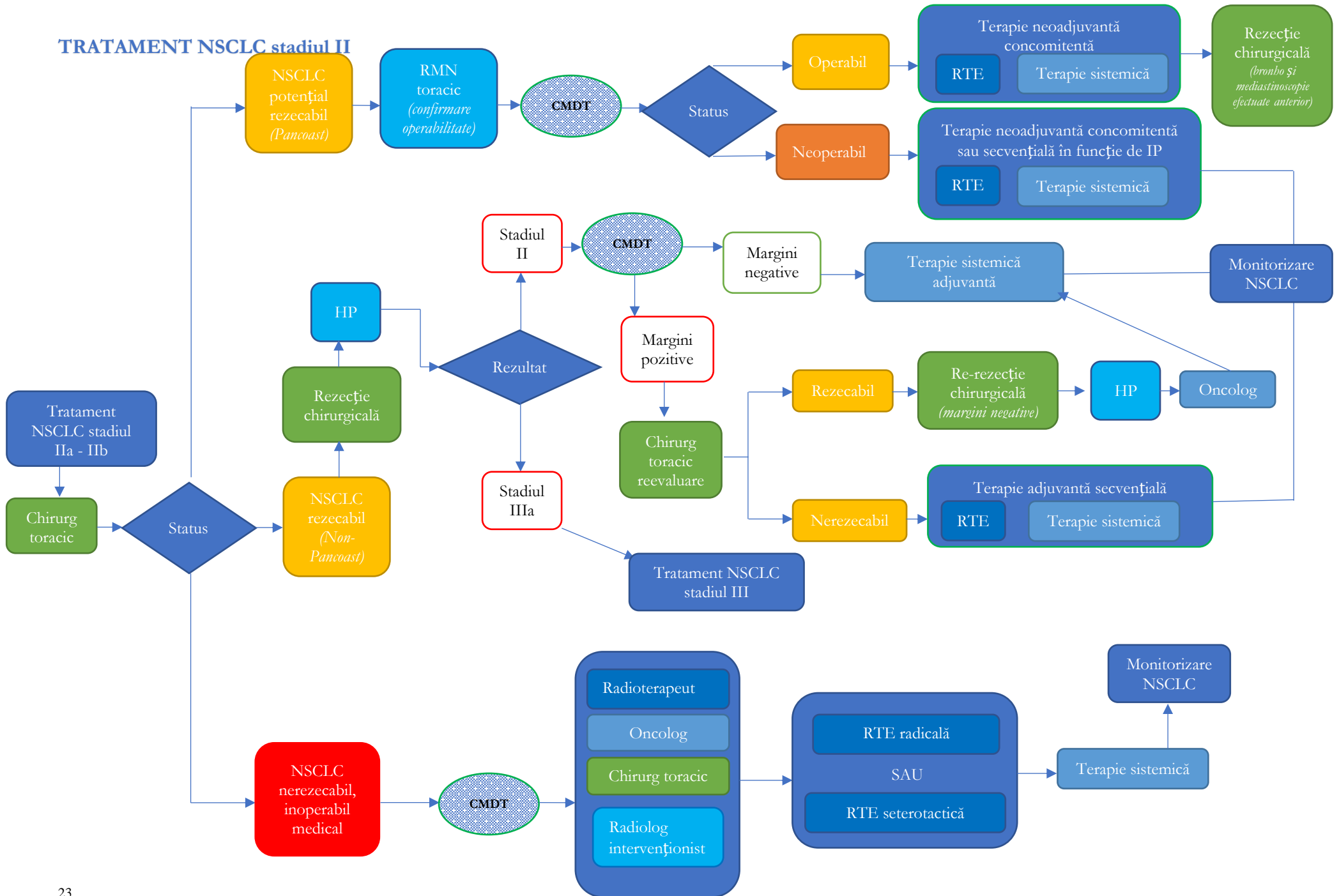
RECIDIVĂ SCLC



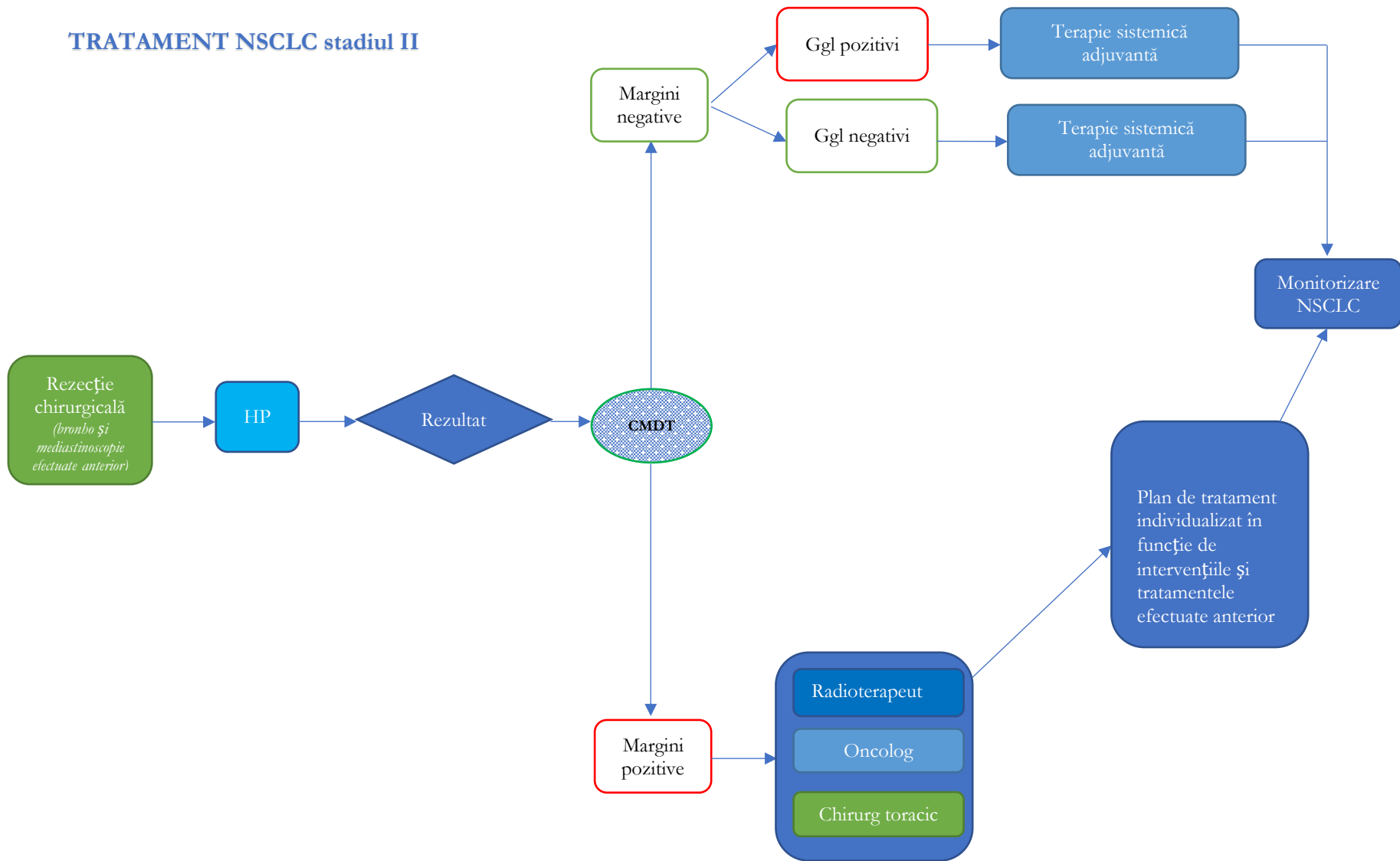
TRATAMENT NSCLC stadiul I



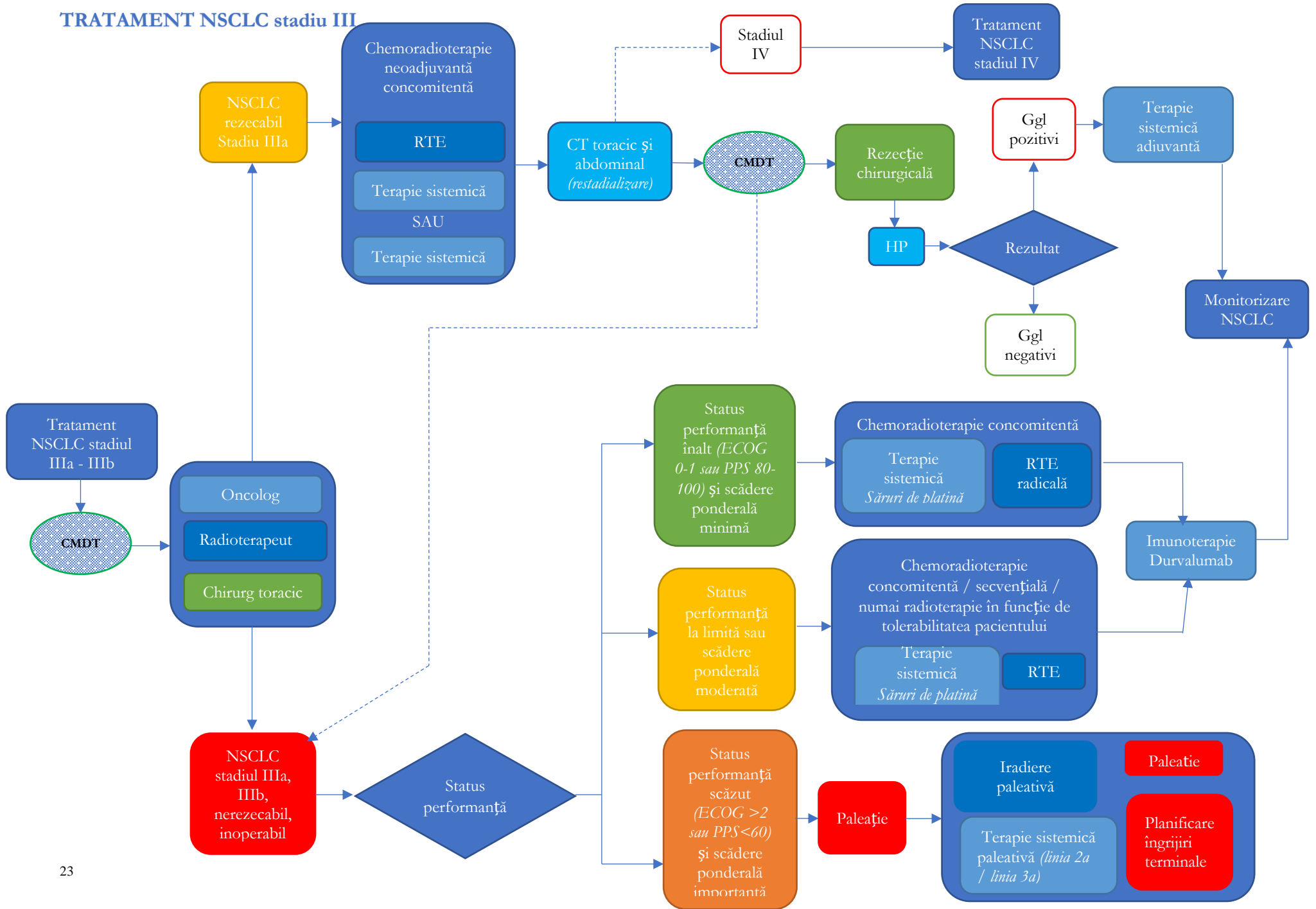
TRATAMENT NSCLC stadiul II



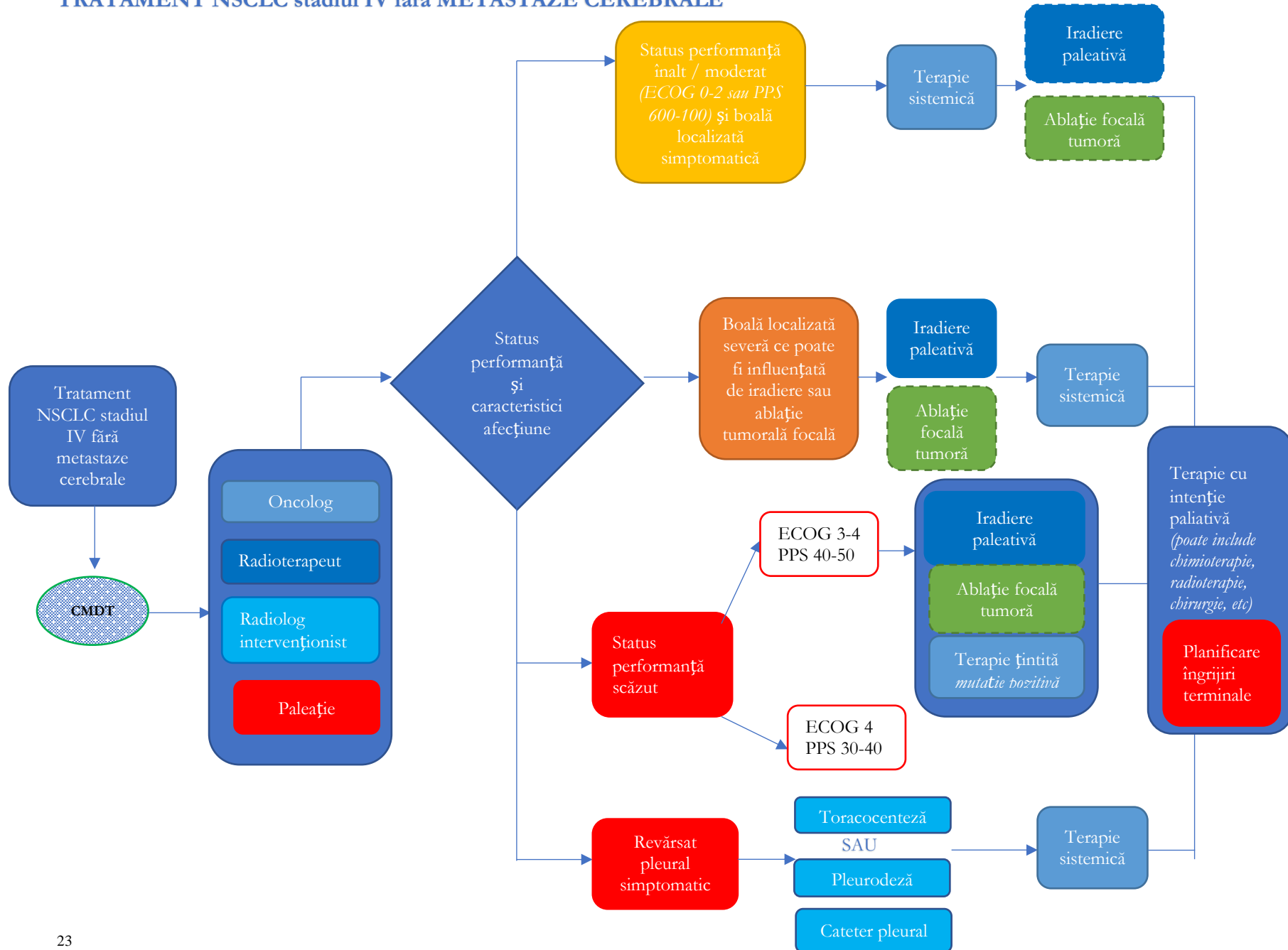
TRATAMENT NSCLC stadiul II



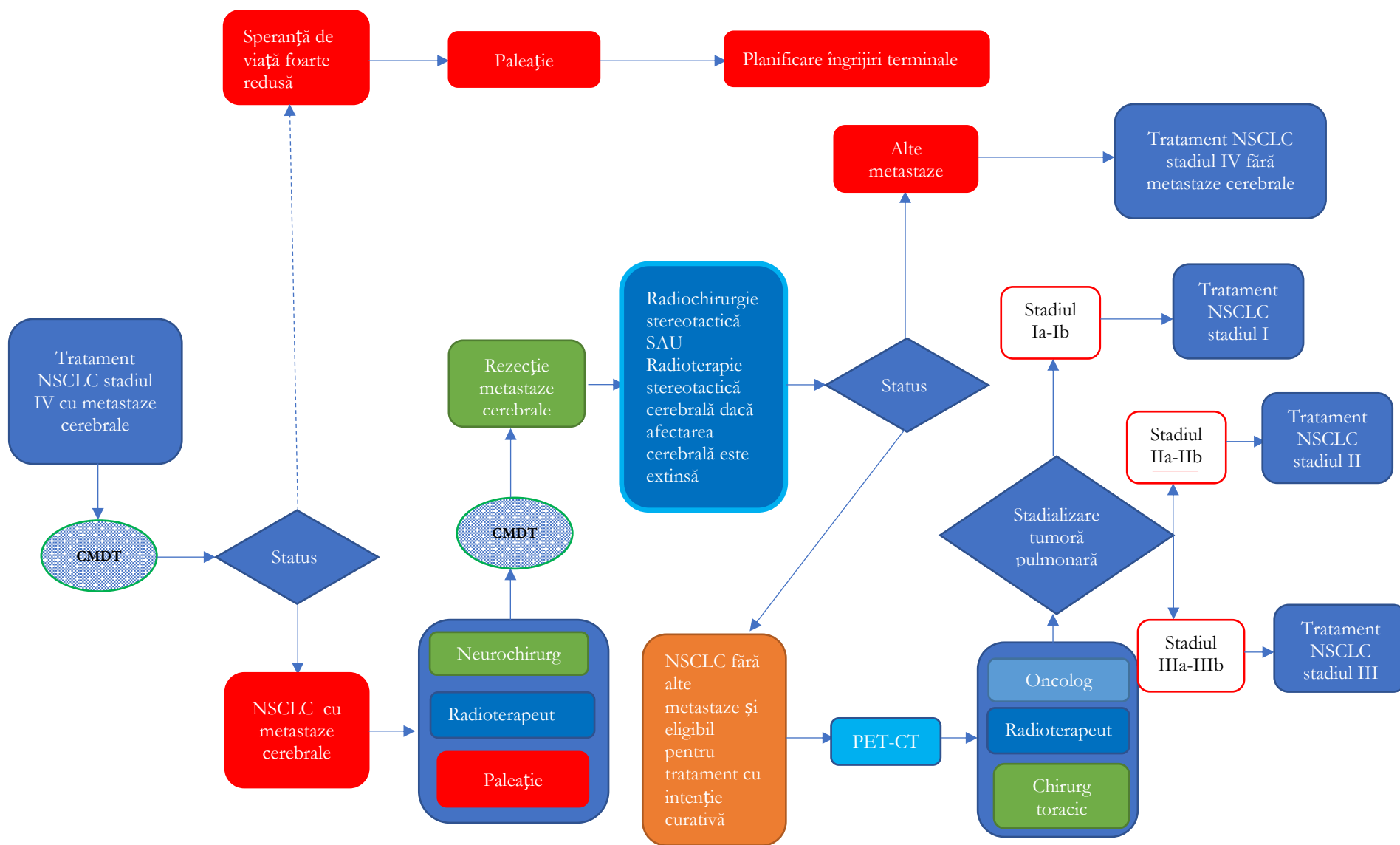
TRATAMENT NSCLC stadiu III



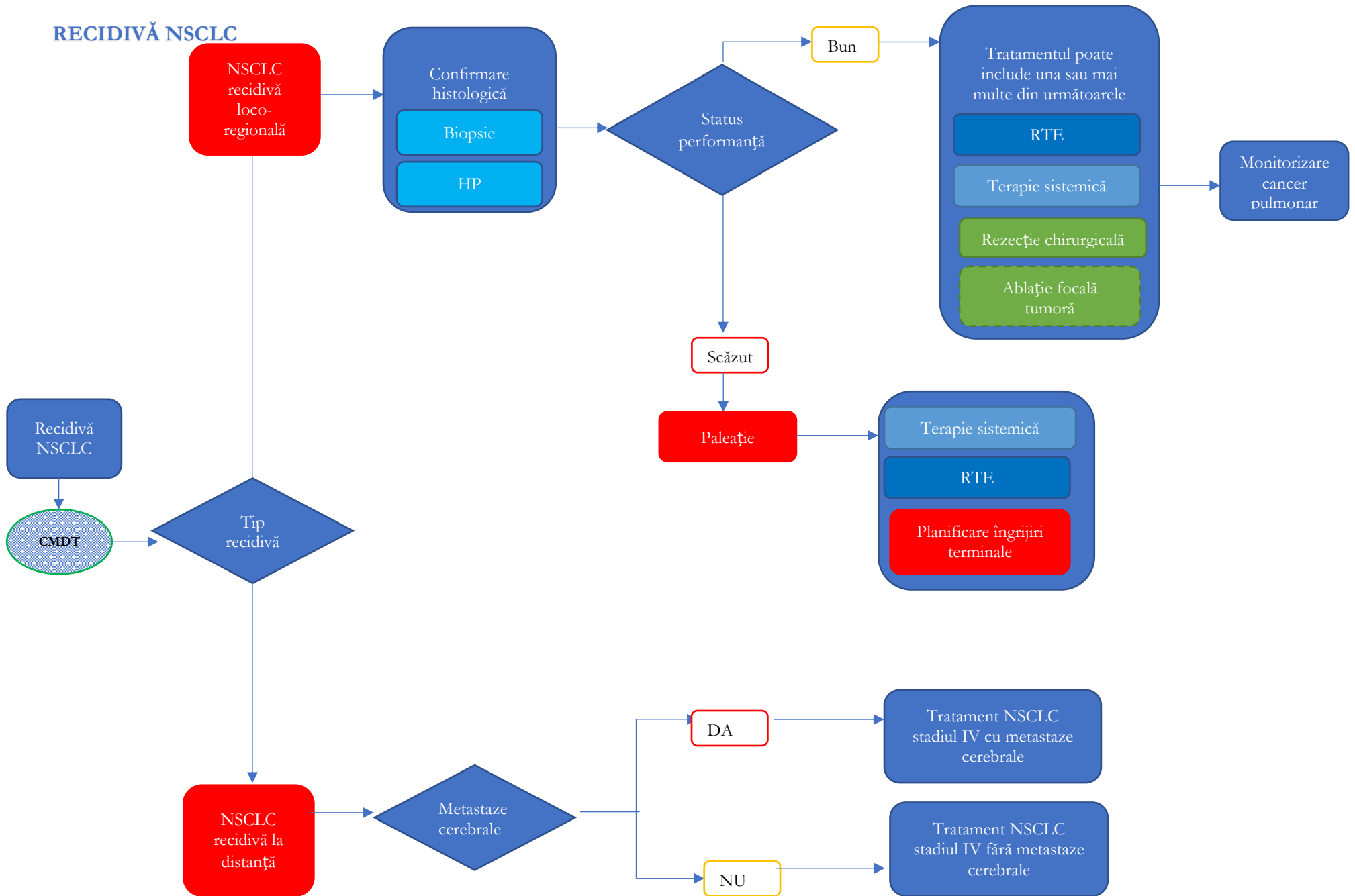
TRATAMENT NSCLC stadiul IV fără METASTAZE CEREBRALE



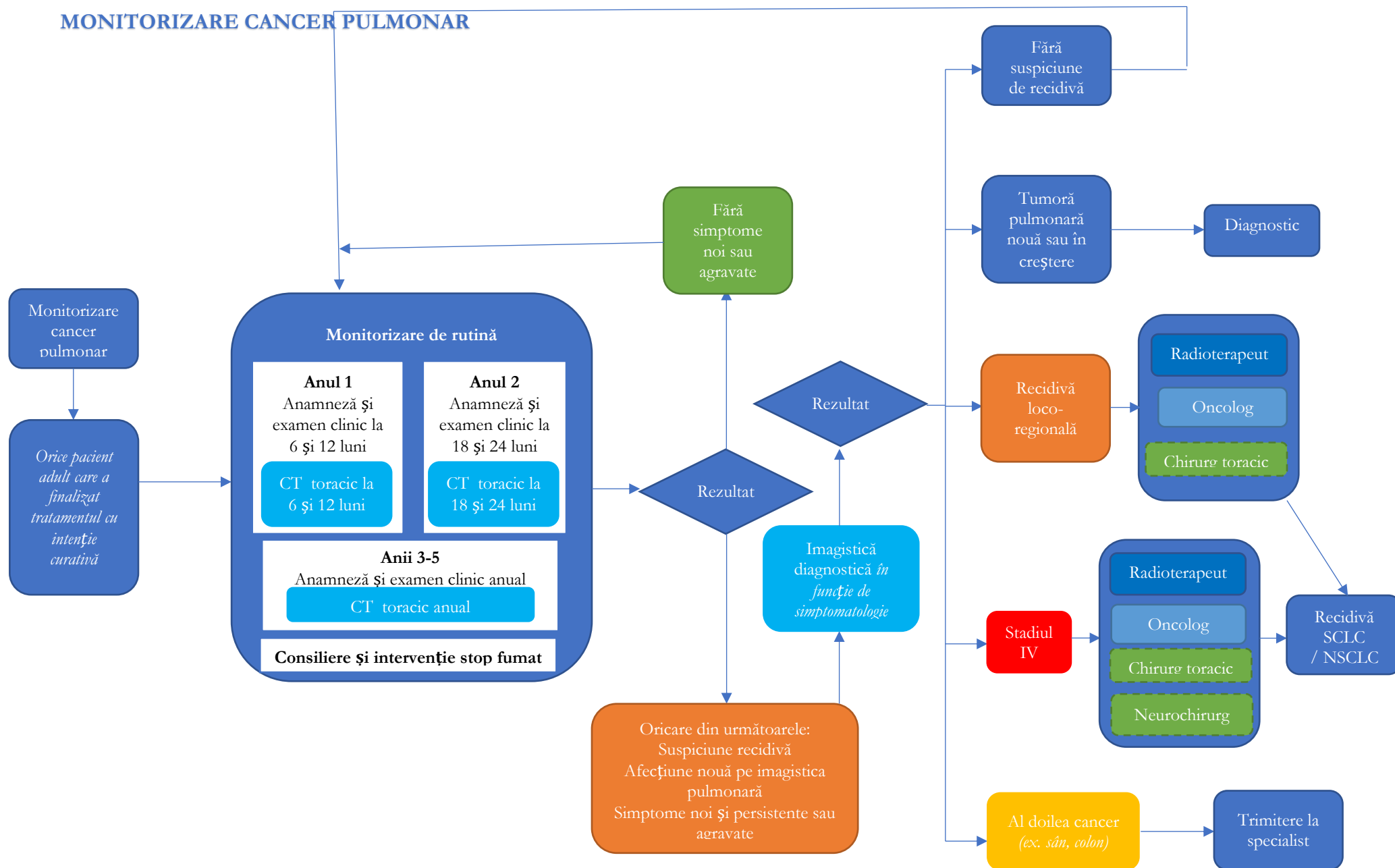
TRATAMENT NSCLC stadiul IV CU METASTAZE CEREBRALE

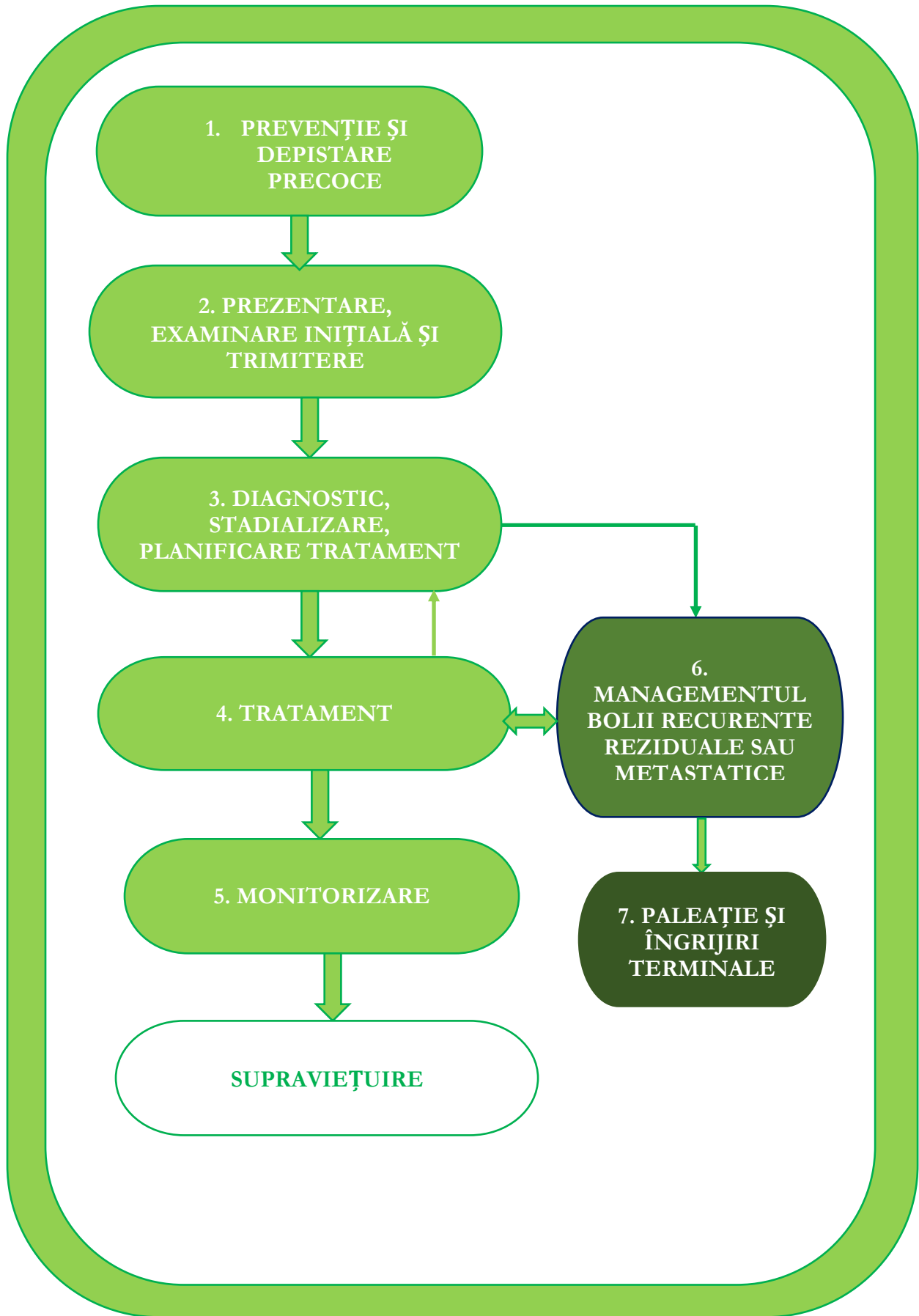


RECIDIVĂ NSCLC



MONITORIZARE CANCER PULMONAR





1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Prevenție

Renunțați la fumat. Toți pacienții fumători (*sau cei care au renunțat recent*) ar trebui să primească trimitere la o intervenție comportamentală pentru renunțarea la fumat și prescrierea medicamentelor pentru renunțarea la fumat, dacă este adecvat din punct de vedere clinic.

- Evitați expunerea la fumul de țigară.
- Preveniți expunerea profesională la azbest, siliciu, radon, metale grele, vapori de motorină și hidrocarburi aromatice policiclice.

Factori de risc

- Stilul de viață:
 - inactivitate fizică
- Factori de mediu:
 - fum de țigară
 - expunerea profesională la arsenic, hidrocarburi aromatice policiclice, cadmiu, radon, azbest, siliciu, nichel, beriliu, crom, vopsea, gaze de evacuare diesel
 - poluare atmosferică
- Factori personali
 - fumatul actual sau în antecedente
 - înaintarea în vârstă
 - antecedente familiale de cancer pulmonar
 - istoric personal de cancer
 - boli pulmonare cronice.

Detectarea precoce

Utilizarea scanărilor CT cu doze scăzute de radiații (CT-LD) poate conduce la detectarea nodulilor pulmonari în stadii de boală mai precoce.

Recomandări de screening

În prezent, nu există program național de screening pentru cancerul pulmonar în România.

CHECKLIST

- Beneficiile și riscurile asociate detectării precoce sunt discutate cu pacientul
- Modificări recente ale greutateii corporale sunt discutate și greutatea pacientului este înregistrată
- Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțarea la fumat fumătorilor
- Activitatea fizică este înregistrată
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către dietetician, dacă este cazul
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către un kinetoterapeut / antrenor de fitness, dacă este cazul

2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNIIALĂ ȘI TRIMITERE

Următoarele **semne și simptome** trebuie investigate:

Următoarele semne și simptome apărute inexplicabil, persistente necesită investigații, dacă durează mai mult de 3 săptămâni (*mai devreme la pacienți cu factori de risc cunoscuți sau cu mai mult de un semn sau simptom*):

- tuse nouă sau modificată
- dureri în piept sau umăr
- dificultăți în respirație
- răgușeală
- scăderea în greutate sau pierderea poftei de mâncare
- infecție toracică persistentă sau recurentă
- oboseală
- tromboză venoasă profundă
- semne toracice anormale
- degete hipocratice
- adenopatie cervicală sau supraclaviculară
- simptome de cancer pulmonar metastatic (*metastaze localizate la nivel cerebral, osos, hepatic, cutanat etc.*)
- revărsat pleural
- trombocitoză.

Următoarele semne și simptome necesită trimitere urgentă pentru o tomografie toracică și recomandare concomitentă la specialist din echipa multidisciplinară care diagnostichează cancerul pulmonar (*în termen de 2 săptămâni*):

- hemoptizie persistentă sau inexplicabilă
- semne de obstrucție de venă cavă superioară
- suspiciune clinică ridicată de cancer pulmonar
- semne imagistice care sugerează cancer pulmonar.

Următoarele semne sau simptome necesită trimitere imediată la UPU:

- hemoptizie masivă
- stridor.

Evaluările realizate de medicul de familie includ:

- un istoric medical amănunțit
- radiografie toracică urgentă pentru simptome inexplicabile și semne persistente cu durată mai mare de 3 săptămâni (*mai devreme la pacienți cu factori de risc cunoscuți sau cu mai mult de un semn sau simptom*):

Dacă radiografia toracică este normală și simptomele persistă repetați radiografia toracică la 6 săptămâni

- tomografie toracică dacă există o suspiciune clinică puternică de cancer pulmonar, hemoptizie inexplicabilă sau persistentă, semne de obstrucție a venei cave superioare sau imagistică ce sugerează cancer pulmonar, în decurs de 2 săptămâni de când pacientul prezintă simptome. CT-ul pulmonar se efectuează cu substanță de contrast dacă nu este contraindicată. Concomitent, pacientul este trimis la un specialist din echipa multidisciplinară care diagnostichează cancerul pulmonar.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (pneumolog, medicină internă) care a evaluat pacientul trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea oferită pacientului și / sau aparținătorilor către cine se realizează trimiterea și de ce

CHECKLIST

- Semne și simptome înregistrate
- Radiografie toracică pentru semne și simptome apărute inexplicabil, persistente (*3 săptămâni*)
- CT toracic cu substanță de contrast pentru suspiciune ridicată de cancer pulmonar
- Bilet de trimitere la un specialist din echipa multidisciplinară de diagnostic a cancerului pulmonar
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

Trimiterea la Rx pulmonar pentru simptomele și semnele menționate mai sus – **imediată.**

Trimiterea la CT pulmonar cu substanță de contrast pentru simptomele suspiciune ridicată de cancer pulmonar – în termen de **2 săptămâni** de la debutul simptomelor.

Medicul de familie sau medicul specialist care examinează pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor imagistice:

- în termen de **1 săptămână** de la prezentare

Trimiterea urgentă la un specialist din echipa multidisciplinară de diagnostic a cancerului pulmonar (*termen de 2 săptămâni*) este recomandată pentru toți pacienții cu suspiciune de cancer pulmonar

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic și stadializare

Cancerul pulmonar poate fi diagnosticat prin:

- imagistică suplimentară (poate include PET-CT)
- bronhoscopie inclusiv biopsie ghidată cu ecografie endobronșică
- aspirație sau biopsie ghidată cu CT sau ecografie endobronșică
- biopsie excizională sau biopsia unei metastaze
- citologia sputei în cazuri rare.

Stadializarea cancerului pulmonar implică:

- CT toracic și abdominal (*în toate cazurile*) și RMN cerebral (*în unele cazuri*)
- PET-CT când intenția de tratament curativ este luată în considerare
- evaluarea de către un chirurg toracic cu expertiză în chirurgia cancerului pulmonar în cazurile în care se ia în considerare tratamentul curativ.

Testarea biomarkerilor poate informa alegerea celui mai potrivit tratament pentru NSCLC.

Testarea genetică

Cauzele familiale sunt rare în cancerul pulmonar iar testarea nu este de obicei necesară.

Planificarea tratamentului

Echipa multidisciplinară ar trebui să discute ~~toți~~ cu fiecare dintre pacienții nou diagnosticați cu cancer bronhopulmonar înainte de începerea tratamentului și cât mai curând posibil după consultul de specialitate inițial.

Cercetare și studii clinice

Luați în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al ~~pacienții~~ pacientului despre diagnostic, planul de tratament și recomandări din partea comisiei multidisciplinare

CHECKLIST

- Diagnostic confirmat
- Rezultatul histopatologic complet este disponibil
- Rezultatele testării biomarkerilor sunt disponibile (în cazul NSCLC avansat)
- Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Pacientul a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Investigațiile diagnostice trebuie finalizate în termen de **2 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru cancerul bronhopulmonar și tipurile de tratament recomandate depind de tipul, etapa și localizarea cancerului, cât și de vârsta, starea de sănătate și preferințele pacienților.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ
- Terapie anti-cancer pentru îmbunătățirea calității vieții, fără intenție curativă
- Paliativă

Chirurgia este indicată pentru pacienții:

- cu NSCLC în stadiu incipient și care au indicație clinică pentru operație

Radioterapia este indicată pentru pacienții cu:

- NSCLC în stadiu incipient (I – II) care nu au indicație clinică pentru operație sau refuză operația
- NSCLC local avansat (III), inoperabil
- SCLC stadiile (I – III) care vor efectua un tratament combinat cu chimioterapie sau care pot beneficia din iradiere craniană profilactică.

Toți pacienții cu NSCLC și SCLC pot beneficia de radioterapie cu intenție paliativă

Terapiile ablativă locale pot fi o alternativă la terapia curativă sau paliativă la unii pacienți:

- cu NSCLC localizat care nu se pretează la tratament chirurgical sau radioterapie
- cu NSCLC oligometastatic care nu se pretează la tratament chirurgical sau radioterapie
- la pacienții care efectuează tratament multi-modal în asociere cu radioterapie, chimioterapie sau imunoterapie.

Boala oligometastatică se referă la o situație clinică în care există o limită a numărului de tumori metastatice care ar ~~pot~~ putea fi gestionate cu intenție curativă.

Terapia sistemică este indicată pentru pacienții cu:

- boală avansată și status de performanță bun
- NSCLC care efectuează terapie neo-adjuvantă sau adjuvantă coroborată cu rezecție completă a bolii loco-regionale
- NSCLC inoperabil, localizat care efectuează un tratament combinat cu chimioradioterapie definitivă
- SCLC.

Paleație

Recomandarea timpurie la îngrijiri paliative poate îmbunătăți calitatea calitatea vieții și, în unele cazuri supraviețuirea.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- explicarea rolului CMDT în planificare, tratament și coordonarea îngrijirii
- discutarea planificării prelabile a îngrijirilor terminale cu pacientul și / sau aparținătorii, unde este necesar

CHECKLIST

- Intenția de tratament este stabilită
- Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii
- Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientului
- Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Inițiați tratamentul în maxim **6 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacienții, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (tipuri și dată)
- toxicitate și efecte adverse actuale (severitate, management și rezultatele așteptate)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și managementul acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de

CHECKLIST

- Rezumatul tratamentului și monitorizării pacienților este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacientului
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Marea majoritate a formațiunilor recurente la nivel local sau metastatic vor fi detectate prin monitorizarea de rutină sau prin apariția simptomelor clinice

Tratament

Evalueați pentru fiecare pacient opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul anterior al afecțiunii și preferințele pacientului.

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toți pacienții dar mai ales pentru pacienții cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacienții și / sau aparținătorilor și medicului

CHECKLIST

- Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacienților și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacientului.
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată, iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacientul și / sau aparținătorii
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacientul și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative