

Streszczenie w języku polskim

Rak płuca w przebiegu POChP – charakterystyka kliniczna, wyzwania diagnostyczne i lecznicze z uwzględnieniem pacjentów poniżej 55 roku życia.

Rak płuca i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) są jednymi z głównych przyczyn zgonów na świecie. Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonu z przyczyn onkologicznych i drugim najczęściej diagnozowanym rakiem po raku piersi. POChP jest trzecią najczęstszą przyczyną zgonu na świecie. Rokowanie w obu chorobach, a szczególnie przy ich współwystępowaniu jest bardzo poważne. Ekspozycja na dym tytoniowy w sposób czynny lub bierny jest wspólnym głównym czynnikiem ryzyka raka płuca i POChP. Dodatkowo POChP jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju raka płuca. Rak płuca i POChP są chorobami związanymi z podeszłym wiekiem. Największa zachorowalność występuje w 7 i 8 dekadzie życia. Jednak obie te choroby występują także u młodszych pacjentów. U palaczy powyżej 55 roku życia z wywiadem palenia papierosów i ponad 20 paczkoletach w wywiadzie wskazane są coroczne badania przesiewowe w kierunku raka płuca z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej (Polska). Jednak postuluje się możliwość włączenia do badań profilaktycznych pacjentów młodszych niż 55 lat, szczególnie chorych na POChP. POChP ma wpływ na diagnostykę raka płuca oraz jego leczenie. Objawy ze strony układu oddechowego spowodowane przez POChP lub tylko palenie papierosów mogą maskować objawy raka płuca, szczególnie gdy narastają powoli, i opóźniać diagnostykę. Dodatkowo POChP zwiększa ryzyko działań niepożądanych podczas inwazyjnych badań diagnostycznych takich jak bronchoskopia z pobraniem biopsji czy biopsja płuca przez ścianę klatki piersiowej. Co więcej POChP ogranicza możliwości leczenia raka płuca. Zaawansowana POChP i ciężka nieodwracalna obturacja są przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego i chemioradioterapii radykalnej.

Cykl publikacji składa się z 3 artykułów - jednej pracy pogładowej, jednej pracy oryginalnej, opisu cyklu przypadków oraz nieopublikowanych wyników analizy przeżyć grupy badanej. Wszystkie publikacje są poświęcone specyfice współwystępowania raka płuca i POChP w różnych aspektach.

Celem cyklu prac jest:

- prezentacja obecnego poziomu wiedzy i literatury naukowej na temat współwystępowania raka płuca i POChP,

- szczegółowa charakterystyka kliniczna grupy chorych na raka płuca i POChP pod względem czynników klinicznych w świetle aktualnych wytycznych i specyfiki polskiej populacji oraz ocena różnic pomiędzy podgrupami ze względu na dane demograficzne i cechy POChP oraz raka płuca,
- przedstawienie i opis historii diagnostyki i leczenia przykładowych pacjentów poniżej 55 roku życia z grupy badanej,
- analiza przeżyć chorych i czynników na nie wpływających.

Publikacja nr 1 “Lung Cancer in the Course of COPD-Emerging Problems Today” jest niejako wstępem do zagadnienia. Stanowi aktualne podsumowanie problemu współwystępowania raka płuca i POChP. Omawia kolejno, epidemiologię raka płuca i POChP, mechanizmy patogenetyczne obu chorób i ich zazębianie się zarówno pod względem immunologicznym: przewlekły stan zapalny, rolę komórek układu odpornościowego, mechanizmy autoimmunologiczne i immunosupresyjne oraz predyspozycje genetyczne i epigentyczne. Następnie opisuje specyfikę pacjentów z współwystępowaniem obu chorób oraz wpływ POChP na diagnostykę, leczenie i przeżycie w raku płuca, a także dokładnie klasyfikuje fenotypy POChP. Jest szerokim przeglądem aktualnej literatury z podsumowaniem najnowszych i najważniejszych aspektów wyżej wymienionego zagadnienia.

Publikacja nr 2 „Lung cancer in the course of chronic obstructive pulmonary disease – the clinical picture in light of current diagnostic recommendations” jest wynikiem badania retrospektywnego z szczegółową charakterystyką grupy 180 pacjentów z współwystępowaniem raka płuca i POChP diagnozowanych w oddziale pulmonologii w latach 2016-2022. Grupa badana była analizowana pod względem czynników demograficznych, charakterystyki raka i POChP. W badanej grupie odsetek kobiet wynosił 46,9%. 99% pacjentów było palaczami tytoniu, z wywiadem do 60 paczkolet. U 46,7% pacjentów rozpoznanie POChP ustalono w trakcie diagnostyki guza płuca. Rozedma występowała u 55,9% pacjentów. Najczęściej stwierdzano umiarkowaną obturację (56,9%). U 86,7% rozpoznawano przynajmniej jedną chorobę z zakresu innych narządów, najczęściej układu krążenia.

Dominował typ raka niedrobnokomórkowego (NDRP) – w 41,4%, podtyp płaskonabłonkowy. Większość chorych w chwili rozpoznania była w III (52,5%) lub IV (38,4%) stopniu zaawansowania. Całościowe przeżycie pacjentów wyniosło jedynie 6,25%.

W publikacji nr 3 „Early-Onset COPD and Lung Cancer: Case Studies Highlighting Diagnostic Challenges in Younger Patients” przybliżono szczegółowo przypadki 3 pacjentów w wieku 46, 50, 53 lat, którzy w zaskakująco młodym wieku zachorowali na raka płuca i POChP z niekorzystnym przebiegiem. Ta podgrupa pacjentów jest niezwykle interesująca i uwypuklająca wyzwania diagnostyczne i lecznicze chorych ze współwystępowaniem obu chorób. Analiza tych przypadków może stanowić przesłankę do poprawy czujności onkologicznej i modyfikacji programów badań przesiewowych.

Dodatkowo zebrano dane dotyczące oceny przeżycia chorych z grupy badanej oraz czynników rokowniczych co do przeżycia. Zastosowano analizę RMST (ang. *Restricted mean survival time*). Dłuższe przeżycie prezentowali pacjenci, u których rozpoznano POChP w trakcie diagnostyki guza płuca, w porównaniu do pacjentów z POChP w wywiadzie, pacjenci z NDRP w porównaniu do DRP, pacjenci bez płynu w opłucnej, pacjenci o stopniu zaawansowania raka płuca I i II, oraz I-IIIa. Wraz ze wzrostem liczby przerzutów, następował spadek średniego przeżycia chorych. Dodatkowo gorsze przeżycie opisaliśmy u pacjentów z laboratoryjnymi wykładnikami stanu zapalnego i niedokrwistością.

Ostatecznie, połączone publikacje dają aktualny i pełny wgląd w zagadnienie. Należy stwierdzić, że współwystępowanie raka płuca i POChP jest częste. Częstość występowania jest podobna u mężczyzn i kobiet. Wieloletnia historia palenia papierosów pozostaje głównym czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój obu chorób. Współwystępowanie raka płuca i POChP u osób poniżej 55 roku życia stanowi przesłankę do modyfikacji wskazań do programu badań przesiewowych w kierunku raka płuca o osoby młodsze, obciążone dużym narażeniem na dym papierosowy, szczególnie z współwystępowaniem POChP. W grupie chorych na raka płuca i POChP rokowanie co do przeżycia było gorsze u chorych z długotrwałym przebiegiem POChP, z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego, obecnością płynu w jamie opłucnej, niedokrwistością i laboratoryjnymi wykładnikami infekcji. Zebranie dużej grupy pacjentów z współwystępowaniem raka płuca i POChP pozwoliło dokładnie przybliżyć cechy tej grupy oraz podkreślić wyzwania związane z leczeniem i diagnostyką.