

Nem kissejtes tüdőrák

A tüdőrák, ezen belül a nem kissejtes tüdőrák diagnózisa sokkaló lehet, de a dohányzást abbahagyni még ekkor sem késő. Korai stádiumban végleges gyógyulást hozhat a daganat műtéti eltávolítása, az előrehaladottabb stádiumokban lévők az új gyógyszervejlesztésekből meríthetnek reményt.



MIT JELENT AZ, HOGY „NEM KISSEJTÉS”?

A tüdőráknak alapvetően kétféle típusát különböztetjük meg: a kissejtes és a nem kissejtes tüdőrákot. A különbségtételt a szövettani kép különbözőségén túl a két daganattípus biológiai viselkedésének eltérő volta is indokolja. A nem kissejtes tüdőrákok tipikus esetben kevésbé gyorsan növekszenek, mint a kissejtések.

A nem kissejtes tüdőráknak – melyet a továbbiakban az angol nyelvű elnevezéséből származó rövidítéssel NSCLC-ként fogunk jelölni – több alfaja van, pl. adenokarcinóma, laphámrák, nagysejtes rák, karcinoid, ezeket itt részletesen nem taglaljuk. A tüdőrákos esetek többségét – kb. 85%-át – az NSCLC teszi ki.

KIKET FENYEGET LEGINKÁBB?

A tüdőráknak ez a típusa a gyakori rosszindulatú daganatok közé tartozik, több embert betegít meg, mint a vastagbél- és végbélrák vagy mint az emlőrák. A betegek között valamivel többen vannak a férfiak (száz beteg közül kb. 53 férfi, 47 nő).

A kockázati tényezőket tekintve a legfontosabb annak hangsúlyozása, hogy az NSCLC eseteinek mintegy 90%-a – tehát minden tíz eset közül kilenc! – dohányosoknál alakul ki. A dohányzással való összefüggést mi sem bizonyítja jobban, mint hogy azokban az országokban, ahol

a férfiak egyre kisebb hányada dohányzik, miközben a nők körében mind népszerűbb a dohányzás, az NSCLC előfordulási aránya egyre inkább a nők felé tolódik el.

Jóval kisebb számban vannak olyan betegek is, akik soha életükben nem dohányoztak, mégis NSCLC-ben betegszenek meg. Az ilyen eseteket többek között a passzív dohányzás, a bizonyos anyagoknak (pl. azbeszt, króm, arzén, vas-oxidok) vagy sugárzásnak való munkahelyi kitétség, előzetesen már fennálló tüdőbetegség (pl. krónikus obstruktív tüdőbetegség, korábbi rák, elsősorban fej-nyaki rákok), az érend és az ösztrogénhatás kóros szerepével magyarázzák.

Az életkor előrehaladtával az esetszám is emelkedik, ez azonban nem jelenti azt, hogy fiatal korban nem alakulhat ki NSCLC.

MILYEN TÜNETEK JELEZHETNEK NSCLC-T?

A betegség első tünetei nem jellegzetesek, számos más kórkép jelei is lehetnek. Ezek közül a leggyakoribbak a köhögés, a nehézlégzés vagy légszomj és a mellkasi fájdalom. A felsoroltakhoz egy idő után „szisztémás” tünetek is társulnak, elsősorban általános gyengeségérzés, akaratlan testsúlycsökkenés, esetleg láz. Ha köhögés kapcsán véres köpet ürül, az már határozottan arra utal, hogy az egyébként semmitmondó tünetek mögött komolyabb betegség húzódik meg.



A dohányfüst a tüdőráknak dolgozik, akkor is, ha az már kialakult!

További tünetek azt a gyanút vetik fel, hogy a betegség helyileg már kiterjedve a környező szerveket is érinti (azokat beszűri vagy összenyomja), illetve a szervezet távoli pontjaira is áttétet adott. Ezek közé tartozik a nyelészavar, a rekedtség, a csontfájdalom, a hányinger vagy hányás, a máj és/vagy a lép megnagyobbodása, a fejfájás, a zavartság, különféle idegrendszeri tünetek és a tapintható nyirokcsomó-megnagyobbodás. Viszonylag

gyakran fordul elő, hogy kezelés ellenére sem gyógyuló tüdőgyulladás alaposabb kivizsgálásakor derül fény a tüdőrákra.

KIVIZSGÁLÁS NSCLC GYANÚJAKOR

Mellkasi röntgenfelvétel. Ez a leggyakrabban végzett röntgenvizsgálat, ilyen felvétel készül pl. tüdőszűrőkor is. A hagyományos röntgenfelvételnek azonban megvannak a maga korlátai, hiszen a tüdő jelentős része a környező szervek (szív, bordák, gerinc stb.) sugárnyelkölő hatása miatt egyáltalán nem ítéhető meg. Emellett a röntgenfelvétel viszonylag gyenge térbeli felbontóképessége kicsiny elváltozások azonosítását akkor sem teszi lehetővé, ha semmilyen egyéb zavaró hatás nem érvényesül.

Számítógépes rétegvizsgálat (komputertomográfia, CT). A fenti korlátok kiküszöbölésére jórészt alkalmas a CT-vizsgálat, mely számítógép segítségével készíti sorozatos rétegvételeket a mellkasról. Így kiiktatható a szomszédos anatómiai képletek zavaró hatása, és a módszer kiváló felbontóképessége révén már egészen apró elváltozások is ábrázolódnak a felvételen. A vizsgálat közben rendszerint vénás kontrasztanyagot is beadnak, ez még pontosabbá teszi a képalkotást. A tüdődaganat feltérképezésén túl a CT-vizsgálat a leggyakrabban kért vizsgálat a távoli áttétek kizárására vagy igazolására, azaz a teljes stádiummeghatározásra.

Hörgőtükrözés (bronchoszkópia). A légutakba juttatott eszközzel közvetlen szemellenőrzés mellett győződhetnek meg a daganat kiterjedéséről. A vizsgálat fontos információval szolgál arról is, hogy van-e esély az elváltozás műtéti eltávolítására, és szövetminta is nyerhető a daganat típusának pontos meghatározásához.

Pozitronemissziós tomográfia (PET-CT vizsgálat). Az egyik legkorszerűbb képalkotó módszernek számító PET-CT az izotóp- és CT-technikát ötvözve nemcsak alaktani képet ad az elváltozásokról, hanem

segítségével megítélhető a daganatsejtek anyagcsere-aktivitása is. Hátránya, hogy elérhetősége korlátozott; előnye, hogy általa pl. egy műtét utáni maradványképlet aktivitása is meghatározható.

Biopsziás vizsgálat. A biopszia során apró mintát vesznek az elsődleges daganatból és/vagy a tumor által érintett nyirokcsomó(k)ból vagy egyéb szervekből, így meghatározható az elváltozás szövettani típusa, ami fontos támpontokat nyújt az egyénre szabott terápiás terv összeállításához. A szövettani mintavétel történhet kívülről, esetenként ultrahangos vagy CT-vezérléssel – ezt az eljárást a „felszíni” elváltozások (pl. bőr alatti nyirokcsomók) esetében választják az orvosok. Magából az elsődleges elváltozástól is vesznek mintákat további szövettani vizsgálathoz a hörgőtükrözés és/vagy a műtét során.

Citológiai vizsgálat. A citológiai vizsgálat során többnyire a köpetből vagy a mellkasban felszaporodott folyadékból származó sejteket vizsgálják mikroszkóppal, nagy nagyítással, kóros sejteket keresve.

Légzésfunkciós vizsgálat. A légzésfunkciós vizsgálat arra ad választ, hogy a daganat vagy annak következményei mennyiben károsították a tüdő működését. A kapott értékek alapján sokszor az állapotjavulás vagy állapotrosszabbodás is megítélhető.

LEHETŐSÉGEK AZ NSCLC KEZELÉSÉRE

A legfontosabb annak hangsúlyozása, hogy ha a beteg korábban dohányzott, akkor igyekezzen haladéktalanul leszokni róla. A dohányzással felhagyni soha nem késő, hiszen kutatások igazolják, hogy még a tüdőrák diagnózisának felállítását követően is számos előnnyel jár a dohányzásmentesség. Az adatok azt mutatják, hogy nem dohányzók esetében a kezelések hatásosabbak, és a túlélési eredmények is jobbak, mint azoknál, akiket a sokkoló diag-

nózis sem tud rávenni arra, hogy letegyék a cigarettát.

Minden eset más és más, ezért mindig az adott körülményekhez igazodva kell választani a terápiás lehetőségek közül – sokszor több módszert is kombinálva.

Műtét. Célja a daganatos elváltozás teljes vagy lehetőség szerint minél teljesebb eltávolítása. Ehhez esetenként elegendő az ún. ékkimetszés, míg máskor a teljes érintett lebeny vagy tüdőfél eltávolítására van szükség. A műtét előtti kivizsgálás egyik fontos célja éppen annak megítélése, hogy mekkora esély van a daganat sebészeti eltávolítására.

Sugárkezelés (radioterápia). Célja a ráksejtek minél nagyobb részének elpusztítása oly módon, hogy eközben a szomszédos, illetve a sugárnyaláb útjába eső ép sejtek minél kevésbé károsodjanak. Nem minden betegnek javasolnak besugárzást, erről a terápiás tervet összeállító orvoscsapat dönt.

Kemoterápia. Célja alapvetően kétféle lehet. Egyrészt a daganat kisebbitése, a nem operálható tumor műthető állapotba hozása, a teljes eltávolítás esélyeinek javítása (neoadjuváns kemoterápia), illetve a sebészeti eltávolítást követően esetlegesen visszamaradt ráksejtek elpusztítása (adjuváns kemoterápia). Másrészt, vannak olyan esetek is, amikor a kemoterápia célja – a betegség előrehaladott volta miatt – nem a gyógyulási esélyek javítása, hanem a túlélési idő növelése, az életminőség javítása (palliatív kemoterápia).

Számos korszerű gyógyszer áll rendelkezésre, és jelenleg is intenzív kutatások folynak a maiaknál hatásosabb szerek kifejlesztésére. Az ún. harmadik generációs kemoterápiás szerek igen jó hatékonyságot mutatnak, akár egyetlen szer (monoterápia), akár több szer együttes alkalmazása esetén (kombinációs terápia).

EZ A TÁJÉKOZTATÓ NEM HELYETTESÍTI AZ ORVOSI KEZELÉST. A BETEGEK SZÁMÁRA KÉSZÍTETT MÁSOLATOKTÓL ELTEKINTVE FELHASZNÁLÁSA CSAK A KIADÓ ÍRÁSOS HOZZÁJÁRULÁSA NYOMÁN ENGEDÉLYEZETT.