

Baráttan við lungnakrabbamein – betur má ef duga skal



**Tómas
Gudbjartsson**

tomasgud@landspitali.is

**Doctors have to do better in
the fight against lungcancer**

Dr. Tomas Gudbjartsson MD,
PhD,
Dept. of Cardiothoracic
Surgery,
Landspítali University
Hospital
The Faculty of Medicine,
University of Iceland

Höfundur er
sérfræðingur í hjarta- og
lungnaskurðlækningum
og aðjúntur við læknaeild
HÍ. Hann situr í ritstjórn
Læknablaðsins.

Til er saga af Landspítalanum frá því á árunum fyrir seinna stríð. Prófessor í skurðlækningum var á stofugangi og kallaði til sín læknanema. Tilefnið var karlmaður sem lá á deildinni nýgreindur með lungnakrabbamein. Taldi prófessorinn mikilvægt að nemarnir kynntu sér þetta einstæða tilfelli, enda ósennilegt að þeir myndu sjá slíkt aftur síðar á ferlinum. Því miður reyndist prófessorinn ekki sannspár og rúmum sextíu árum síðar er lungnakrabbamein næstalgengasta krabbamein á Íslandi hjá báðum kynjum og það mein sem leggur flesta Íslendinga að velli, um 110 manns á ári (1). Svipaða sögu er að segja annars staðar í heiminum og nú er svo komið að ámóta margir látast úr lungnakrabbameini og af völdum brjóstá-, ristil- og blöðruhálskirtilskrabbameins (1). Hér er því um gífurlegt heilbrigðisvandamál að ræða, ekki einungis á Íslandi heldur á heimsvísu.

Það eru tæp 70 ár síðan fyrst var bent á orsakatengsl reykinga og lungnakrabbameins. Þúsundum vísindagreina síðar er ljóst að tengsl reykinga og lungnakrabbameins eru mjög sterk, 90% lungnakrabbameina má rekja beint til reykinga og mjög sjaldgæft að orsök algengs krabbameins sé jafn augljós.

Nú reykja 19% fullorðinna Íslendinga en fyrir 20 árum var hlutfallið 40% (2). Á sama tíma hefur sala á tóbaki dregist saman um helming og er nú 1,5 kg á hvern fullorðinn Íslending á ári. Í samanburði við hin Norðurlöndin eru það aðeins Svíar sem geta státað af lægra hlutfalli reykingafólks (15% fullorðinna reykja en margir nota reyklaust tóbak) (3). Helmings minnkun á reykingum er umtalsverður árangur og má að verulegu leyti þakka hertri löggjöf um tóbaksvarnir í upphafi áttunda áratugarins. Löggjöfin þótti bera framsýni vitni og var ein sú strangasta í heimi. Þann 1. júní á næsta ári tókum við stærsta skref okkar í tóbaksvörnum til þessa en þá taka gildi ný lög um tóbaksvarnir sem banna reykingar á veitinga- og skemmtistöðum og fetum við þar í fótspor Íra, Norðmanna, Svía og Bandaríkjamanna.

En betur má ef duga skal og mikilvægt er að ráðamenn veiti auknu fé til tóbaksvarna, sér í lagi meðal barna og unglinga. Forvarnarstarf í þessum

aldurshópi er afar brýnt, ekki síst fyrir þá staðreynd að þar hafa reykingar dregist minna saman en í öðrum aldurshópum. Deyfð hefur verið yfir reykingavarnarstarfi hér á síðustu árum. Ekki er við neinn að sakast en heilbrigðisyfirvöld og félag eins og Krabbameinsfélagið verða að taka höndum saman og blása auknu lífi í baráttuna. Læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk hafa einnig mikilvægu hlutverki að gegna og rödd þeirra verður að heyrast betur en verið hefur.

Minnkandi reykingar hér á landi hafa tvímælaust skilað árangri sem sést meðal annars á því að tíðni lungnakrabbameinstilfella er farin að lækka hjá körlum og er hætt að aukast hjá konum (1). Vonandi fækkar tilfellum áfram á næstu áratugum þegar árangur forvarna skilar sér að fullu. Hins vegar er áhyggjuefni að dánarhlutfall lungnakrabbameins er enn hátt og hefur haldist nær óbreytt á síðustu árum (1). Lífshorfur sjúklinga ráðast fyrst og fremst af útbreiðslu sjúkdómsins og því miður er það svo að næstum þríf af hverjum fjórum sjúklingum greinast með útbreiddan sjúkdóm. Flestir þeirra hafa fjarmeinvörp, meinvörp í miðmætiseitlum eða ífarandi vöxt í nálæg líffæri. Vonir eru bundnar við að skimun áhættuhópa með hraðvirkum tölvusneiðmyndataekjum verði til þess að meinin greinist fyrr og á lægri stígum. Slík skimun hefur hingað til verið talin of dýr og margir eru þeirrar skoðunar að hún svari ekki kostnaði. Nýlegar rannsóknir gætu þó breytt þessari afstöðu þar sem sýnt hefur verið fram á umtalsvert betri lífshorfur sjúklinga sem greinast með lungnakrabbamein eftir slíka skimun (4). Einnig er hugsanlegt að í nánustu framtíð komi á markað blóðpróf þar sem hægt er að greina æxlisvísa hjá sjúklingum með lungnakrabbamein á byrjunarstigi.

Skurðaðgerð er eina varanlega lækningin við lungnakrabbameini. Árangur skurðaðgerða hefur batnað verulega á síðustu áratugum og nú má gera ráð fyrir að yfir 95% sjúklinga lifi skurðaðgerðina af (5). Þetta verður að teljast góður árangur þar sem þessir sjúklingar hafa oft bæði hjarta- og æðasjúkdóma auk skertrar lungnastarfsemi vegna mikilla reykinga. Framfarir innan svæfinga- og

gjörgæslulækninga vega þungt í bættum árangri skurðaðgerða. Betri skurðtækni hefur einnig haft sitt að segja og hægt er að nema á brott stærri æxli en áður, jafnvel æxli sem vaxin eru út í brjóstvegg eða miðmæti. Í síðarnefndu tilfellunum getur komið til greina að beita geisla- og krabbameinslyfjameðferð fyrir skurðaðgerð (6). Með þessu móti er hægt að minnka æxlin og auðvelda brottnáam þeirra. Svipuð meðferð getur átt við hjá sjúklingum með meinvörp í miðmætiseitlum. Þetta er ekki hættulaus meðferð og því er mikilvægt að vanda val á sjúklingum fyrir slíka meðferð. Nákvæm stigun sjúkdómsins er algjört lykilatriði í þessu sambandi, ekki síst mat á útbreiðslu eitilmeinvarpa í miðmæti. Auðvelt er að taka sýni úr flestum þessara eitla með miðmætisspeglun sem er hættulítill aðgerð en krefst þó svæfingar. Margt bendir til þess að speglunin eigi rétt á sér hjá þorra sjúklinga sem ekki hafa fjarmeinvörp, enda hefur verið sýnt fram á að tölvusneiðmyndir eru ónákvæmar í greiningu eitilmeinvarpa. Svokallaður PET-skanni gæti þó komið í stað miðmætisspeglunar, að minnsta kosti hjá hluta sjúklinga, en þessi rannsókn krefst hvorki skurðstofu né svæfingar (7). PET-skanni er hins vegar ekki til á Íslandi og er brýnt að bæta úr því sem allra fyrst.

Eitt helsta vandamál eftir skurðaðgerðir er að rúmur þriðjungur sjúklinga greinist með endurkomu krabbameins (8). Í flestum tilvikum er um fjarmeinvörp að ræða, til dæmis í heila eða beinum. Á síðustu árum hafa rannsóknir því beinst að viðbótarmeðferð með krabbameinslyfjum eftir skurðaðgerð og hefur sjúklingum hér á landi verið boðin slík meðferð. Gagnsemi hennar er ekki fullkönnuð en alþjóðlegar rannsóknir (til dæmis IALT og SALT) benda til þess að sjúklingum farnist betur eftir slíka viðbótarmeðferð (6, 9). Tilkoma nýrra og öflugra krabbameinslyfja sem þolast betur en eldri lyf er mikilvæg í þessu sambandi. Þessi lyf skipta þó mestu máli fyrir þann stóra hóp sjúklinga sem eingöngu er gefin líknandi meðferð og á vonandi eftir að lengja líf þeirra og auka lífsgæði. Af nýjum lyfjum eru mestar vonir bundnar við svokallaða *tyrosine kinasa* hemjara

sem hamla vexti krabbameinsfrumna, meðal annars með því að hemja svokallaða EGF-viðtaka (epidermal growth factor receptors) og virðist hluti sjúklinga svara meðferðinni mun betur en meðferð með eldri krabbameinslyfjum (10).

Ljóst er að ofantalin atriði eru aðeins áfangasigrar í baráttunni við lungnakrabbamein. Við vitum hver er langalgengasta orsök þessa mannskæða krabbameins og því verður meginbaráttan enn um sinn að felast í öflugum tóbaksvörnum.

Heimildir

1. Jónasson J, Tryggvadóttir L. Cancer in Iceland. Icelandic Cancer Society, Reykjavík 2004.
2. Umfang reykinga. Samantekt 2006. Lýðheilsustöð/Capacent Gallup, Reykjavík 2006.
3. Del av folkhälsomål 11. Minskat bruk av tobak - var står vi i dag? Statistik november 2005. Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se/upload/ar2005/ovrigt/Tobaksfakta_nov05.pdf.
4. Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med* 2006; 355: 1763-71.
5. Myrdal G, Gustafsson G, Lambe M, Horte LG, Stahle E. Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20: 694-9.
6. Betticher DC. Adjuvant and neoadjuvant chemotherapy in NSCLC: a paradigm shift. *Lung Cancer* 2005; 50/Suppl 2: S9-16.
7. Poncelet AJ, Lonnew M, Coche E, Weynand B, Noirhomme P. PET-FDG scan enhances but does not replace preoperative surgical staging in non-small cell lung carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20: 468-74.
8. Socinski MA. The current status of adjuvant chemotherapy for resected non-small cell lung cancer. *Semin Oncol* 1999; 26/5 Suppl 15: 27-33.
9. Arriagada R, Bergman B, Dunant A, Le Chevalier T, Pignon JP, Vansteenkiste J. Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 351-60.
10. Paez JG, Janne PA, Lee JC, Tracy S, Greulich H, Gabriel S, et al. EGFR mutations in lung cancer: correlation with clinical response to gefitinib therapy. *Science* 2004; 304: 1497-500.