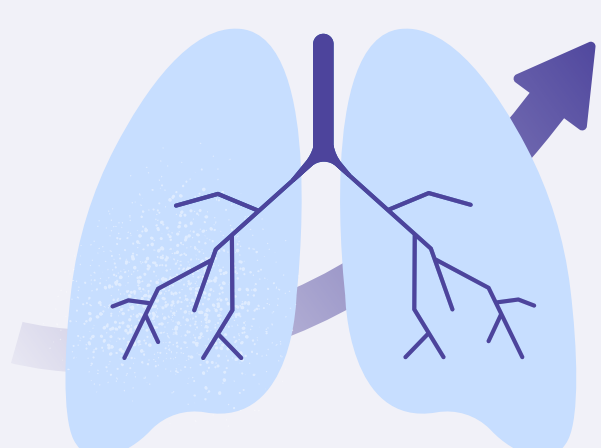
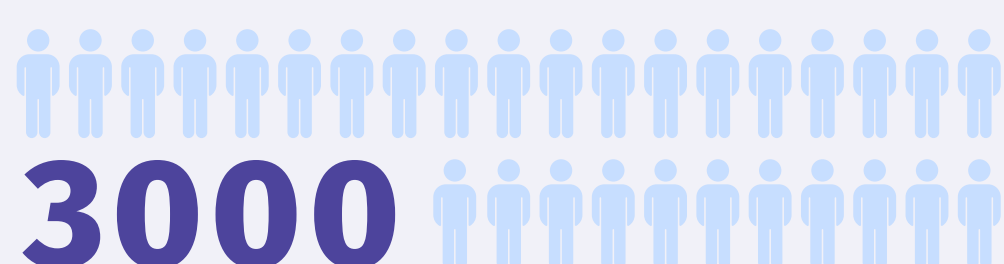


JEDNOCZASOWA RADIOCHEMIOTERAPIA W LECZENIU CHORYCH NA MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO, NIEOPERACYJNEGO NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA



Rak płuca jest w Polsce najczęściej występującym nowotworem złośliwym i pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych. Wg KRN zachorowalność na raka płuca w Polsce wynosi około 22 tys. oraz 23,5 tys. wg prognozy na 2025.



3000

stanowią pacjenci z miejscowo zaawansowanym nieoperacyjnym NDRP.



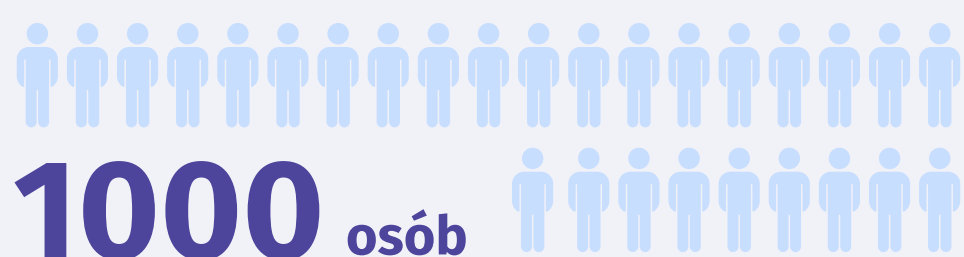
Według obowiązujących na świecie standardów leczenia, a także w świetle polskich wytycznych klinicznych, za najskuteczniejszą i podstawową formę leczenia pacjentów na miejscowo zaawansowanego nieoperacyjnego (stadium III) NDRP jest **jednoczasowa radiochemioterapia (RT-CHT)**.

42%

Dzięki zastosowaniu jednoczasowej RT-CHT odsetek chorych przeżywających 5 lat wzrasta o 42% względem zastosowania sekwencyjnej RT-CHT (przeżycia 5-letnie dla jednoczasowej vs sekwencyjna RT-CHT wynoszą odpowiednio 15,1% vs 10,6%).



W Polsce niestety, najczęściej stosowana jest sekwencyjna RT-CHT, co jest niezgodne z zalecanym na świecie i w Polsce standardem leczenia (jednoczasowa RT-CHT).



1000 osób

mogłyby się kwalifikować do jednoczasowej RT-CHT w Polsce, tymczasem poddawanych tej procedurze jest maksymalnie 30% pacjentów.



Brak zastosowania standardów terapeutycznych, czyli jednoczasowej RT-CHT zamyka drogę do leczenia konsolidującego immunoterapią, która w istotnym stopniu wydłuża przeżycie chorych.



Strategia kojarzenia jednoczasowej RT-CHT z konsolidującą immunoterapią w leczeniu lokalnie zaawansowanego nieoperacyjnego NDRP jest w Polsce refundowana i stanowi międzynarodowy standard terapeutyczny o najwyższej kategorii rekomendacji.

JAKIE ZMIANY NALEŻY WPROWADZIĆ ABY POPRAWIĆ PRZEŻYCIE PACJENTÓW?

REKOMENDACJE EKSPERTÓW



Właściwa diagnostyka wstępna – optymalna ścieżka diagnostyczna, która powinna być formalnie zatwierdzona przez MZ.



Kontrola jakości konsyliów lekarskich podsumowujących diagnostykę i podejmujących decyzję o wyborze ścieżki leczenia, zwłaszcza pod względem udziału w nich radioterapeuty i rozważenia zastosowania radiochemioterapii przed zainicjowaniem jakichkolwiek metod leczenia, które mogłyby ją wykluczyć.



Utworzenie Lung Cancer Units w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.



Poprawa rozliczania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem raka płuca - NFZ powinien pokrywać dodatkowe koszty koordynacji oraz inne np. transportu chorego w sytuacji, gdy radioterapia nie może być prowadzona w tym samym miejscu co chemioterapia.



Prowadzenie jednoczasowej RT-CHT i rozliczenie podwyższonej stawki za jednoczasową RT-CHT powinno być możliwe zarówno przy leczeniu w jednej lokalizacji jak też przy jednoczasowym leczeniu w dwóch ośrodkach (np. pulmonologii i radioterapii), w których jeden (np. ośrodek pulmonologiczny) spełnia rolę ośrodka referencyjnego, który koordynuje ścieżkę pacjenta.



Na poziomie Krajowej Rady ds. Onkologii powinny zostać przedyskutowane zasady oceny ośrodków, standard i minimalny poziom akceptowalnych wskaźników w zakresie wykonania ścieżek pacjenta – jako przygotowanie decyzji i rekomendacje dla Ministra Zdrowia. Po wprowadzeniu Krajowej Sieci Onkologicznej, wojewódzki ośrodek koordynujący powinien na bieżąco monitorować praktykę postępowania we wszystkich ośrodkach leczących i wspierać NFZ w decyzjach.



Konieczne jest zwiększenie świadomości specjalistów (pulmonologów oraz onkologów) na temat RT-CHT.