



Marzec 2025 r.

ZALECENIA
SEKCJI STANDARYZACJI NADZORU PO LECZENIU ONKOLOGICZNYM
POLSKIEGO TOWARZYSTWA ONKOLOGICZNEGO
W ZAKRESIE BADAŃ KONTROLNYCH PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU U PACJENTÓW
Z RAKIEM PŁUCA

1. Zalecenia ogólne:

- a. poradnictwo antynikotynowe, nikotynowa terapia zastępcza na wszystkich etapach leczenia oraz wspieranie utrzymania abstynencji nikotynowej;
- b. promowanie środowiskowych zmian stylu życia zmniejszających ryzyko nowotworów płuca;
- c. podstawowym narzędziem w diagnostyce nawrotu nowotworu płuca jest wywiad, badanie przedmiotowe i tomografia komputerowa klatki piersiowej;
- d. PET-TK nie jest rutynowo wykorzystywana w okresie obserwacji, jednakże po leczeniu radykalnym z zastosowaniem radioterapii ocena przy użyciu FDG-PET-TK może być wskazana (ocena nie wcześniej niż 6 miesięcy po leczeniu, lecz awidność FDG może utrzymywać się do 2 lat), w przypadku wątpliwości klinicznych/w badaniach obrazowych weryfikacja histopatologiczna jest zawsze rozstrzygająca;
- e. brak jest wskazań do rutynowego wykonywania RM mózgowia w toku obserwacji u bezobjawowych pacjentów;
- f. każde podejrzenie nawrotu na podstawie wywiadu, badania fizykalnego bądź TK klatki piersiowej powinno skutkować wykonaniem PET-TK oraz RM mózgowia z kontrastem;
- g. należy promować szczepienia ochronne wśród chorych po leczeniu raka płuca, a szczególnie coroczne szczepienie w kierunku grypy, szczepienie p/pneumokokom, p/COVID-19, p/wirusowi RSV i p/półpaścowi; szczegółowe wskazania zawarte są w corocznym Programie Szczepień Ochronnych - Rozdział II, szczepienia zalecane;
- h. brak wskazań do poradnictwa genetycznego dla chorego na raka płuca i jego rodziny.

1. Niedrobnokomórkowy rak płuca w stadium I/II po radykalnym leczeniu chirurgicznym (bez lub z) okołoperacyjnym leczeniem systemowym)

- a. wywiad i badanie przedmiotowe oraz wizyta lekarska w ośrodku prowadzącym leczenie (Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, Poradnia Onkologiczna) co 6 miesięcy przez 5 lat po leczeniu;
- b. edukacja zdrowotna;

- c. TK klatki piersiowej z kontrastem (lub bez w przypadku przeciwwskazań) co 6 miesięcy przez 2-3 lata, następnie co roku TK klatki piersiowej bez kontrastu (preferowanie w protokole niskodawkowym);
- d. TK niskodawkową należy kontynuować bezterminowo, a badanie wykonywane jest z intencją screeningu w kierunku nowego zachorowania;
- e. rutynowe badania krwi nie są zalecane, jednakże ze względu na ryzyko późnych powikłań immunoterapii należy modyfikować indywidualnie program badań laboratoryjnych;
- f. po 5 latach obserwacja powinna być prowadzona w Poradni Pulmonologicznej lub u lekarza POZ dysponującego badaniem TK w ramach screeningu raka płuca.

2. Niedrobnokomórkowy rak płuca w stadium I/II leczony radykalną radioterapią oraz stadium III oraz IV gdy leczenie było prowadzone z intencją radykalną (często metodami leczenia skojarzonego)

- a. wywiad i badanie przedmiotowe podczas wizyt w ośrodku prowadzącym leczenie (Poradnia Onkologiczna, Poradnia Radioterapii) co 3-6 miesięcy przez 5 lat;
- b. edukacja zdrowotna;
- c. TK klatki piersiowej z kontrastem oraz TK z kontrastem pozostałych obszarów ze zmianami nowotworowymi (badanie bez kontrastu w przypadku przeciwwskazań) co każde 3-6 miesięcy przez 3 lata od zakończenia leczenia;
- d. TK klatki piersiowej i pozostałych obszarów wg wskazań klinicznych co 6 miesięcy w 4 i 5 roku obserwacji;
- e. TK klatki piersiowej w protokole niskodawkowym co rok od 6 roku obserwacji;
- f. rutynowe badania krwi nie są zalecane, jednakże ze względu na ryzyko późnych powikłań immunoterapii należy modyfikować indywidualnie program badań laboratoryjnych;
- g. po 5 latach obserwacja powinna być prowadzona w Poradni Pulmonologicznej lub u lekarza POZ dysponującego badaniem TK w ramach screeningu raka płuca.

3. Niedrobnokomórkowy rak płuca w stadium III/IV leczony z intencją paliatywną oraz rak drobnokomórkowy w stadium ograniczonym i uogólnionym

- a. obserwacja prowadzona w Poradni Onkologicznej obejmująca obserwację wszystkich zmian nowotworowych przy użyciu TK tułowia i RM/TK mózgowia według indywidualnej decyzji lekarza prowadzącego;
- b. obserwacja mózgowia w raku drobnokomórkowym powinna być prowadzona przy użyciu RM;



- c. czynną obserwację należy prowadzić wyłącznie u chorych, których stan sprawności będzie pozwalał na ewentualne leczenie kolejnej linii.

Bibliografia:

- Krzakowski M, Jassem J, Antczak A i wsp. Thoracic neoplasms. Oncol Clin Pract 2022
NCCN Clinical Practice Guidelines - Non-Small Cell Lung Cancer.

Autor:

dr n. med. Mateusz Polaczek

Kierownik 3. Kliniki Chorób Płuc i Onkologii

Przewodniczący Komisji Bioetycznej

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie