



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 6 września 2024 r.

Poz. 66

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 września 2024 r.

w sprawie kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej dotyczących organizacji i postępowania klinicznego w nowotworach klatki piersiowej

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) ogłasza się kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w nowotworach klatki piersiowej, stanowiące załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

Izabela Leszczyna

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia

Ministra Zdrowia

z dnia 6 września 2024 r. (poz. 66)

Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w nowotworach klatki piersiowej

Podstawa: Krzakowski M, Jassem J, Antczak A et al. „Thoracic neoplasms. Oncol Clin Pract.” 2022; 18. DOI: 10.5603/OCP.2021.0022.

Numer zalecenia	Zalecenie	Siła zalecenia
1.	U pacjenta z podejrzeniem raka płuca wymagane jest ustalenie rozpoznania patomorfologicznego zgodnie ze standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii ¹⁾ oraz stosując wytyczne dla pracowni i zakładów patomorfologii ²⁾ .	(-)
2.	Rozpoznanie patomorfologiczne należy uzupełnić wynikami badań immunohistochemicznych oraz w przypadku pacjenta z rozpoznaniem zaawansowanego raka płuca — badań statusu genów EGFR, ALK i ROS1, w celu wykrycia zaburzeń ułatwiających optymalny dobór leczenia systemowego.	I, A
3.	Wynik badania patomorfologicznego w raku płuca obejmuje ustalenie typu i podtypu histologicznego nowotworu, a w przypadku badania pooperacyjnego zawiera rozpoznanie raka płuca (typ i podtyp histologiczny oraz stopień złośliwości), określenie stanu węzłów chłonnych, a także naczyń krwionośnych i chłonnych, ocenę stanu marginesów chirurgicznych i zaawansowania nowotworu według obowiązującej klasyfikacji patomorfologicznej ³⁾ .	IV, A
4.	U pacjenta z podejrzeniem raka płuca należy przeprowadzić wywiad rodzinny i rozważyć ocenę ryzyka.	I, A
5.	U pacjenta z podejrzeniem raka płuca należy przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe, badania obrazowe klatki piersiowej (RTG, TK, a w uzasadnionych przypadkach MR) oraz bronchofiberoskopię.	IV, A
6.	Należy przeprowadzić ocenę genetyczną molekularną na podstawie badania materiału tkankowego lub cytologicznego (w przypadku obecności dostatecznej liczby komórek nowotworu w próbce).	II, A
7.	Ocenę zaawansowania niedrobnokomórkowego i drobnokomórkowego raka płuca należy prowadzić z wykorzystaniem zasad i kryteriów obowiązującej klasyfikacji TNM ⁴⁾ .	IV, A
8.	Rozpoczęcie leczenia należy poprzedzić ustaleniem rozpoznania patomorfologicznego raka płuca na podstawie badania materiału tkankowego lub komórkowego.	IV, A

¹⁾ Standardy określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. poz. 2435).

²⁾ R. Langfort i wsp.: Standardy organizacyjne oraz standardy postępowania w patomorfologii. Wytyczne dla pracowni/zakładów patomorfologii.

³⁾ WHO Classification of Tumours, 5th Edition, Volume 5, 2021.

⁴⁾ UICC 2016, J.D. Brierley et al., TNM Classification of malignant tumours (wyd. 8), John Wiley and Sons Inc, Oksford, 2016.

9.	Rozpoznanie nieokreślonego raka niedrobnokomórkowego płuca jest zalecane wyłącznie w przypadku braku możliwości określenia typu i podtypu histologicznego.	IV, A
10.	U pacjenta z rozpoznaniem raka płuca z cechami zajęcia węzłów chłonnych śródpiersia w badaniach obrazowych podczas kwalifikowania do resekcji mięszu płucnego należy uzyskać patomorfologiczne potwierdzenie charakteru podejrzanych zmian.	IV, B
11.	U pacjenta kwalifikowanego do resekcji mięszu płucnego lub radioterapii lub chemioterapii z intencją radykalną należy wykonać badanie pozytonowej tomografii emisyjnej.	II, A
12.	U pacjenta z rozpoznaniem niedrobnokomórkowym rakiem płuca w stopniu I-II i IIIA z cechą N1 zalecanym postępowaniem jest resekcja mięszu płucnego z usunięciem węzłów chłonnych wnęki i śródpiersia.	I, A
13.	U pacjenta z rozpoznaniem niedrobnokomórkowym rakiem płuca w stopniu I-III, który nie kwalifikuje się do resekcji oraz radioterapii stereotaktycznej, należy stosować konwencjonalną radykalną radioterapię lub radiochemioterapię.	II, A
14.	U pacjenta z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuca, który nie kwalifikuje się do resekcji, należy stosować radykalną radiochemioterapię. Leczenie sekwencyjne jest dopuszczalne tylko w przypadku uzasadnionego klinicznie braku możliwości równoczesnego zastosowania obu metod. W przypadku przeciwwskazań do chemioterapii zalecana jest wyłączna radioterapia (zalecana w obu sytuacjach dawka 60-66 Gy, z objęciem guza pierwotnego oraz węzłów chłonnych wnęki i śródpiersia po stronie guza).	I, A
15.	U pacjenta z rozpoznaniem drobnokomórkowym rakiem płuca w stopniu I-III należy stosować jednoczesną radiochemioterapię, a w przypadku przeciwwskazań do jednoczesnej radiochemioterapii kolejno chemioterapię i radioterapię.	I, A
16.	U pacjenta z rozpoznaniem drobnokomórkowego raka płuca w stopniu I-III z odpowiedzią na radiochemioterapię lub chemioterapię należy stosować selektywne napromienianie ośrodkowego układu nerwowego (zalecana dawka 25 Gy w 10 frakcjach i rozpoczęcie leczenia w okresie 2-5 tygodni od zakończenia radiochemioterapii lub chemioterapii).	I, A
17.	Należy prowadzić wielokierunkowe działania zmniejszające narażenie pacjenta na działanie składników dymu tytoniowego (palenie czynne i bierne).	I, A
18.	Pacjentowi należy zapewnić dostęp do wczesnej rehabilitacji, specjalistycznej pomocy psychologicznej oraz, w przypadkach tego wymagających, konsultacji psychiatrycznej.	(-)
19.	Po zakończonym leczeniu należy opracować plan opieki nad pacjentem z określeniem zadań dla onkologa i lekarza pierwszego kontaktu w zakresie obserwacji pacjenta pod kątem powikłań po leczeniu i wczesnego wykrycia możliwej wznowy.	(-)