



# OD PODEJRZENIA DO LECZENIA

Ścieżka pacjenta  
z rakiem płuca



Podejrzenie raka płuca lub usłyszenie diagnozy to moment, który często wywołuje wiele pytań, niepewności i obaw. W krótkim czasie trzeba zmierzyć się z nowymi pojęciami, licznymi badaniami, wizytami u specjalistów i decyzjami dotyczącymi leczenia. W takiej sytuacji łatwo poczuć się zagubionym.

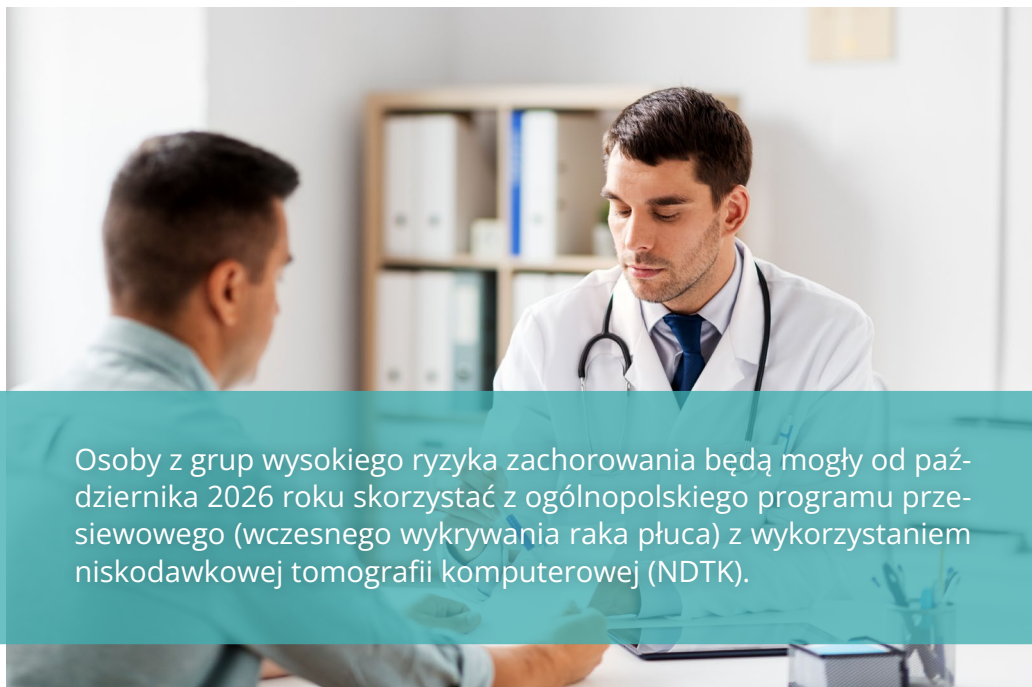


**Ten Poradnik powstał po to, aby pomóc pacjentom i ich bliskim lepiej zrozumieć kolejne etapy diagnostyki oraz leczenia raka płuca. Wyjaśniamy, jak powinna wyglądać ścieżka pacjenta – od pierwszego podejrzenia choroby, przez rozpoznanie i badania molekularne, aż do wyboru najskuteczniejszej metody leczenia.**

W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w leczeniu raka płuca. Dzięki nowoczesnej diagnostyce, innowacyjnym terapiom (immunoterapii czy leczeniu ukierunkowanemu molekularnie) wielu pacjentów żyje dłużej, a w części przypadków możliwe jest całkowite wyleczenie choroby. Kluczowe znaczenie ma jednak szybka diagnostyka oraz rozpoczęcie właściwego leczenia w odpowiednim czasie.

Mamy nadzieję, że ten **Poradnik** będzie dla Państwa praktycznym przewodnikiem i wiarygodnym źródłem wiedzy. Świadomy pacjent łatwiej odnajduje się w systemie ochrony zdrowia, aktywnie uczestniczy w podejmowaniu decyzji terapeutycznych i wie, gdzie szukać pomocy oraz wsparcia.

**Nie jesteście Państwo sami.** Fundacja TO SIĘ LECZY od lat wspiera osoby chore na raka płuca i ich bliskich, pomagając im przejść przez kolejne etapy leczenia z dostępem do rzetelnej wiedzy i sprawdzonych informacji.



Osoby z grup wysokiego ryzyka zachorowania będą mogły od października 2026 roku skorzystać z ogólnopolskiego programu przesiewowego (wczesnego wykrywania raka płuca) z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK).

Program umożliwi wykonanie bezpłatnego badania osobom z grup wysokiego ryzyka, przede wszystkim z wieloletnią historią palenia tytoniu. Jego celem jest wykrywanie raka płuca na etapie, gdy leczenie daje największe szanse na powodzenie.

### PROGRAM JEST PRZEZNACZONY GŁÓWNIE DLA:



osób w wieku 55–74 lat z historią palenia wynoszącą co najmniej **20 paczkołat**, które nadal palą lub rzuciły palenie w ciągu ostatnich 15 lat



oraz wybranych osób w wieku 50–74 lat z podobną historią palenia i **do-datkowymi czynnikami ryzyka** (np. POChP, narażenie zawodowe na substancje rakotwórcze lub obciążający wywiad onkologiczny)



**Badanie trwa  
do 10 minut**

**Nie wymaga  
specjalnego  
przygotowania  
ani podania  
kontrastu**



## Czym jest Niskodawkowa Tomografia Komputerowa?

Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej umożliwia **ocenę obrazu płuc**, przy użyciu niskiej dawki promieniowania jonizującego. Dodatkowo pozwala na **wykrycie zmian w innych narządach** – w naczyniach wieńcowych, aortalnych, w gruczołach piersiowych, tarczycy, kręgosłupie, a także w obrębie jamy brzusznej – w nerkach, nadnerczach, wątrobie, czy też pęcherzyku żółciowym.

Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej jest **badaniem bezpiecznym** – dawka promieniowania jest o około 70% niższa w porównaniu do zwykłego badania TK. Równocześnie NDTK znacznie skuteczniej niż zwykłe badanie radiologiczne klatki piersiowej wykrywa zmiany podejrzane. Badanie jest szybkie i bezbolesne, trwa do 10 minut, nie ma potrzeby pozostawiania na czczo. Nie wymaga podania środka kontrastowego.

Po wykonaniu badania pacjent odbywa konsultację lekarską, podczas której omawiane są jego wyniki. W trakcie wizyty lekarz udziela również porady antytytoniowej.

W razie wykrycia zmian wymagających dalszej diagnostyki, zostanie zaproponowane dalsze postępowanie diagnostyczne i ewentualnie terapeutyczne.

# Narodowy Portal Onkologiczny

Serwis [www.onkologia.gov.pl](http://www.onkologia.gov.pl) to pierwsze w Polsce źródło wiedzy onkologicznej stworzone z myślą o tym, by w jednym miejscu zgromadzić przystępne, sprawdzone i aktualne informacje. Jest przeznaczony dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich osób zainteresowanych onkologią.



**Sprawdzone  
informacje  
o nowotworach**



**Profilaktyka  
i diagnostyka**



**Metody leczenia**



**Prawa pacjenta  
i wsparcie**



**Materiały dla  
pacjentów  
i ich bliskich**



# Krajowa Sieć Onkologiczna – co oznacza dla pacjenta?

Od 1 kwietnia 2025 r. w Polsce działa Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO). Jej celem jest zapewnienie wszystkim pacjentom z chorobą nowotworową dostępu do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia – niezależnie od miejsca zamieszkania.

W praktyce oznacza to, że opieka nad pacjentem ma przebiegać według jednolitych standardów, a poszczególne etapy diagnostyki i leczenia powinny być lepiej skoordynowane. Krajowa Sieć Onkologiczna ma również skrócić czas oczekiwania na kolejne etapy leczenia oraz zapewnić równy dostęp do nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

## Ośrodki SOLO – co oznaczają?



### **SOLO I**

prowadzą diagnostykę oraz leczenie najczęściej występujących nowotworów i współpracują z ośrodkami o wyższym poziomie referencyjności.



### **SOLO II**

dysponują większym doświadczeniem i możliwościami diagnostyczno-terapeutycznymi, prowadzą leczenie bardziej złożonych przypadków.



### **SOLO III**

to ośrodki o najwyższym poziomie referencyjności, które zapewniają najbardziej zaawansowaną diagnostykę i leczenie, wykonują najbardziej skomplikowane zabiegi oraz leczą pacjentów wymagających wysokospecjalistycznej opieki.



Niezależnie od poziomu ośrodka pacjent powinien otrzymać leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną. W razie potrzeby może zostać skierowany do ośrodka o wyższym poziomie referencyjności.

## Konsylium – plan leczenia ustalany wspólnie przez specjalistów

Jednym z najważniejszych elementów opieki onkologicznej jest **konsylium wielodyscyplinarne**. To spotkanie lekarzy różnych specjalności, którzy wspólnie analizują wyniki badań i ustalają indywidualny plan leczenia.

Dzięki temu decyzja o leczeniu jest podejmowana wspólnie, z uwzględnieniem rodzaju nowotworu, jego zaawansowania, wyników badań molekularnych oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta.



### W przypadku raka płuca w skład konsylium najczęściej wchodzi:

- pulmonolog
- torakochirurg
- onkolog kliniczny
- radioterapeuta
- radiolog
- patomorfolog
- a w razie potrzeby również inni specjaliści

W przypadku raka płuca niezwykle ważne jest, aby leczenie było prowadzone w ośrodkach dysponujących pełnym zespołem specjalistów oraz możliwością wykonania kompleksowej diagnostyki, w tym badań patomorfologicznych, immunohistochemicznych i molekularnych. Tylko wtedy możliwe jest szybkie ustalenie optymalnego planu leczenia zgodnego z aktualnymi standardami.

# Koordynator opieki onkologicznej

Koordynator to osoba, która prowadzi pacjenta przez cały proces diagnostyki i leczenia. Dzięki jego wsparciu droga od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia jest krótsza, lepiej zorganizowana i mniej stresująca.

**Każdy pacjent leczony w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej powinien mieć przydzielonego koordynatora opieki onkologicznej.**

Koordynator nie podejmuje decyzji medycznych, ale jest ważnym wsparciem organizacyjnym dla pacjenta i jego bliskich, pomagając sprawniej przejść przez proces leczenia.





Umawia kolejne badania i wizyty



Przekazuje informacje o planie leczenia



Pomaga w organizacji kolejnych etapów diagnostyki i terapii



Ułatwia kontakt z ośrodkiem i personelem medycznym



Wspiera pacjenta w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia

# Co to jest karta DiLO?



**Karta DiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, nazywana również zieloną kartą)** to dokument, który ułatwia szybkie i skoordynowane diagnozowanie oraz leczenie nowotworów. Powstała w ramach pakietu onkologicznego, by zapewnić pacjentkom i pacjentom krótszy czas oczekiwania na badania i rozpoczęcie leczenia.

## Główne cele karty DiLO

### **Przyspieszenie diagnostyki i leczenia**

Daje dostęp do tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”, dzięki czemu wykonuje się badania i konsultacje w krótszym czasie.

### **Koordinacja opieki**

Pomaga specjalistom współpracować i wymieniać się informacjami na temat Twojego leczenia.

### **Kompleksowa opieka**

Dokumentuje etapy od podejrzenia nowotworu po leczenie i opiekę po jego zakończeniu.

### **Co oznacza posiadanie karty DiLO?**

Masz dostęp do „szybkiej ścieżki onkologicznej”, co skraca czas oczekiwania na badania.

Masz pewność, że diagnoza i leczenie będą prowadzone kompleksowo przez odpowiednie osoby.

## W ramach karty DiLO określone są czasy trwania diagnostyki:

- **Diagnostyka wstępna** (do 28 dni) – służy potwierdzeniu lub wykluczeniu wystąpienia choroby nowotworowej.
- **Diagnostyka pogłębiona** (do 21 dni) – pozwala dokładnie określić typ nowotworu i jego stopień zaawansowania w celu dobrania odpowiedniego leczenia.

Po zakończeniu diagnostyki placówka ma dodatkowe 14 dni na rozpoczęcie leczenia od momentu przedstawienia wyników pacjenta konsylium lekarskiemu.

### Co zawiera karta DiLO?

Plan leczenia  
(gdy diagnoza potwierdzi nowotwór).

Ważne terminy  
i etapy terapii.

## Jak otrzymać kartę DiLO?

### Kartę może wystawić:

- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli podejrzewa nowotwór
- Lekarz specjalista (np. chirurg, onkolog, neurolog, ginekolog), gdy zauważy objawy sugerujące nowotwór
- Szpital, jeśli w trakcie hospitalizacji wykryto nowotwór

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><small>Karta Diagnostyki i Leczenia onkologicznego jest przeznaczona do użycia w ramach systemu DiLO, może być drukowana dwustronnie, każdą stronę należy być dołączoną do zgłoszenia choroby.</small>                                                                                                 |  |
| <b>IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><small>Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____ Data wystawienia karty: _____</small>                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>AA. WYSTAWIENIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><small>1. Data wystawienia: _____ 2. Wzrost: _____ 3. Ciężar ciała: _____ 4. Ciężar ciała w kg: _____ 5. Ciężar ciała w kg: _____ 6. Ciężar ciała w kg: _____ 7. Ciężar ciała w kg: _____ 8. Ciężar ciała w kg: _____ 9. Ciężar ciała w kg: _____ 10. Ciężar ciała w kg: _____</small> |  |
| <b>AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><small>1. Nazwa placówki: _____ 2. Adres: _____ 3. Telefon: _____ 4. E-mail: _____ 5. Strona internetowa: _____ 6. Inne dane: _____</small>                                                                                                                              |  |
| <b>AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><b>AC.1. DANE PACJENTA</b><br><small>1. Nazwa placówki: _____ 2. Adres: _____ 3. Telefon: _____ 4. E-mail: _____ 5. Strona internetowa: _____ 6. Inne dane: _____</small>                                                                                                  |  |
| <b>AC.2. DANE PRZEWODZĄCEGO USTAWOWEGO ALBO OPISUJĄCEGO TĄCZYNIEGO</b><br><small>1. Nazwa placówki: _____ 2. Adres: _____ 3. Telefon: _____ 4. E-mail: _____ 5. Strona internetowa: _____ 6. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                        |  |
| <b>AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b><br><small>1. Nazwa placówki: _____ 2. Adres: _____ 3. Telefon: _____ 4. E-mail: _____ 5. Strona internetowa: _____ 6. Inne dane: _____</small>                                                                                                                               |  |
| <b>AE. WYSTAWIENIE KARTY W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (AMBULATORYJNEJ) OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ / PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH</b><br><b>EA.1. PODSTAWOWE INFORMACJE O CHOROBY NOWOTWOROWEJ</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                        |  |
| <b>EA.2. DALSZE POSTĘPOWANIE</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>EA.3. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>EA.4. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>EA.5. INFORMACJA O PRZEWODZĄCZYM SPECJALISTYCZNYM</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>EA.6. WYNIK DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>EA.7. DALSZE POSTĘPOWANIE</b><br><small>1. Nazwa choroby: _____ 2. Lokalizacja: _____ 3. Stopień zaawansowania: _____ 4. Inne dane: _____</small>                                                                                                                                                                                                         |  |

# Podejrzenie choroby – czujność onkologiczna

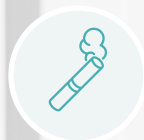
Jeżeli odczuwasz niepokojące objawy utrzymujące się **dłużej niż 3 tygodnie**, nieustępujące pomimo zastosowania leczenia doraźnego - zgłoś to niezwłocznie lekarzowi pierwszego kontaktu, który zleci dodatkowe badania, prowadzące do postawienia prawidłowej diagnozy.

## PAMIĘTAJ!

Głównym czynnikiem ryzyka raka płuca jest czynne i bierne palenie papierosów (odpowiada ono za ok. 90% zachorowań).

Coraz częściej diagnozowane są też osoby w młodym wieku, nigdy niepalące (5-10%).

**DOTYCZY TO SZCZEGÓLNIE OSÓB O PODWYŻSZONYM RYZYKU ZACHOROWANIA NA RAKA PŁUCA, DO KTÓRYCH ZALICZANI SĄ M.IN.:**



**CZYNNI I BIERNI  
PALĄCZE WYROBÓW  
TYTONIOWYCH**



**OSOBY ZAWODOWO  
NARAŻONE NA  
TOKSYCZNE SUBSTANCJE**



**CHOROZY  
NA POCHP**



**OSOBY MAJĄCE  
HISTORIĘ ONKOLOGICZNĄ  
W RODZINIE**



**UTRZYMUJĄCY SIĘ  
KASZEL I STANY  
PODGORĄCZKOWE**

**Na co należy  
zwrócić  
szczególną  
uwagę?**



**KREW  
W ODKRZTUSZANEJ  
WYDZIELINIE**



**DUSZNOŚCI**



**ZADYSZKĘ**



**OSŁABIENIE**



**SPADEK MASY CIAŁA**



**CZĘSTE POCENIE SIĘ**



**BÓL W KLATCE  
PIERSIOWEJ**



**CHRYPKĘ**



**BÓL LUB TRUDNOŚCI  
W POŁYKANIU**



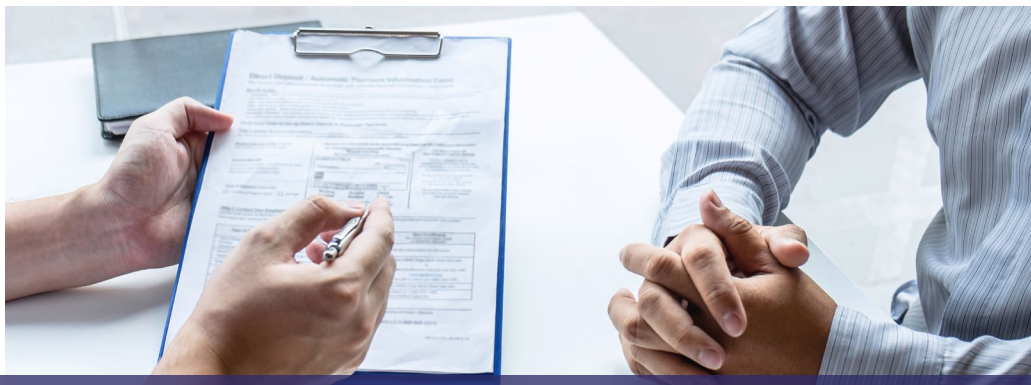
**BÓLE KOSTNE**  
(BARKU, RAMIENIA,  
KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO,  
OKOLICY ŻEBER, BIODRA)

# Diagnostyka podstawowa

LEKARZ  
RODZINNY

Jeżeli zauważysz u siebie jeden z wymienionych objawów - **udaj się niezwłocznie do lekarza rodzinnego**. Lekarz POZ przeprowadzi wywiad lekarski, a następnie w celu rozpoznania problemu zleci wykonanie badania RTG - rentgenu klatki piersiowej.

Po zapoznaniu się z wynikiem badania obrazowego, który może wskazywać podejrzenie raka płuca - lekarz rodzinny może skierować bezpośrednio na badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej (TK) bądź do specjalisty - pulmonologa lub torakochirurga, wystawiając odpowiednie skierowanie.



Ważne! Już na tym etapie lekarz rodzinny może wystawić kartę DiLO kierując pacjenta na szybką ścieżkę diagnostyki onkologicznej.



## Lekarz POZ

profilaktyka

czujność  
onkologiczna

badania  
diagnostyczne/  
obrazowe (RTG/TK)

skierowanie  
do specjalisty/  
karta DILO



# Diagnostyka rozszerzona

LEKARZ  
SPECJALISTA

Ocenia zdjęcie klatki piersiowej, a następnie w celu wykonania diagnostyki pogłębionej, kieruje na **tomografię komputerową (TK)** z kontrastem, jeżeli nie była wcześniej wykonana, lub na **pozytonową tomografię emisyjną (PET)**.

Ma to na celu wskazanie umiejscowienia nowotworu pierwotnego, jak również ocenę stadium zaawansowania choroby.



**UWAGA!** Wynik TK jest ważny tylko **28 dni**

Kolejnym etapem w diagnostyce raka płuca jest uzyskanie materiału tkankowego do oceny przez **patomorfologa**. Pozyskuje się go poprzez wykonanie bronchoskopii, bronchofiberoskopii, czy też biopsji.

**Wynik histopatologiczny** określa typ jak i podtyp nowotworu oraz stadium jego zaawansowania.

## Rodzaje i podtypy histologiczne raka płuca:



### **rak niedrobnokomórkowy (NDRP / NSCLC)**

stanowi ok. 85% przypadków:



**rak gruczołowy**  
(*adenocarcinoma*)

ok. 45%



**rak płaskonabłonkowy**  
(*squamous cell carcinoma*)

ok. 30%



**rak wielkokomórkowy**  
(*large cell carcinoma*)

ok. 5%



**rak nieokreślony**  
(NOS)

ok. 5%



### **rak drobnokomórkowy (DRP / SCLC)**

ok. 15% przypadków, biologicznie i klinicznie odmienny (bardziej agresywny, szybciej daje przerzuty)



# Stopnie zaawansowania raka płuca:

Od 1 stycznia 2025 r. obowiązuje 9. edycja klasyfikacji TNM (TNM9) opracowana przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Rakiem Płuca (*International Association for the Study of Lung Cancer*).

| Stadium | Charakterystyka                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0       | Rak in situ (TisN0M0)                                                                                 |
| IA1     | Bardzo mały guz (≤1 cm), bez zajęcia węzłów i przerzutów                                              |
| IA2     | Guz >1-2 cm, N0, M0                                                                                   |
| IA3     | Guz >2-3 cm, N0, M0                                                                                   |
| IB      | Guz >3-4 cm lub spełniający określone kryteria T2a, N0, M0                                            |
| IIA     | Najczęściej guz >4-5 cm bez zajęcia węzłów (wybrane T2bN0M0)                                          |
| IIB     | Większy guz (>5-7 cm) lub mniejszy guz z zajęciem węzłów N1                                           |
| IIIA    | Choroba miejscowo zaawansowana - wybrane kombinacje T1-T4 z N1 lub N2                                 |
| IIIB    | Bardziej zaawansowana choroba miejscowa - wybrane kombinacje T3-T4 z N2                               |
| IIIC    | Najbardziej zaawansowana choroba miejscowa bez przerzutów odległych (najczęściej N3)                  |
| IVA     | Przerzuty ograniczone (np. pojedynczy narząd, wysięk opłucnowy/osierdziowy z komórkami nowotworowymi) |
| IVB     | Rozsiane przerzuty do jednego lub wielu narządów                                                      |

T – wielkość i miejscowe zaawansowanie guza  
N – zajęcie regionalnych węzłów chłonnych (N0 – brak, N1–N3 – obecne)  
M – przerzuty odległe (M0 – brak, M1 – obecne)



## Pulmonolog / Torakochirurg

badanie  
TK/PET

rozpoznanie

badania  
molekularne

bronchoskopia

EBUS

biopsja



# Diagnostyka molekularna



W zależności od typu i podtypu nowotworu płuca, badane są tzw. czynniki predykcyjne, które służą do wskazania zastosowania odpowiedniej ścieżki leczenia wg. aktualnych wytycznych klinicznych i kształtu programu lekowego B.6 "leczenie raka płuca i międzybłoniaka opłucnej".

**Od rodzaju raka płuca zależy rodzaj wykonywanych badań:**

## Rak drobnokomórkowy płuca

w tym przypadku nie są wykonywane żadne badania molekularne

## Rak niedrobnokomórkowy płuca

- **płaskonabłonkowy**  
w tym podtypie określa się ekspresję białka PD-L1
- **gruczołowy (gruczołakorak)**  
określa się rodzaje mutacji m.in. EGFR, ALK, ROS1, KRAS, NTRK, BRAFV600E, a także ekspresję białka PD-L1
- **neuroendokryny wielkokomórkowy**  
określa się rodzaje mutacji m.in. EGFR, ALK, ROS1, KRAS, NTRK, BRAFV600E, a także ekspresję białka PD-L1
- **NOS (o nieokreślonym podtypie)**  
określa się rodzaje mutacji m.in. EGFR, ALK, ROS1, KRAS, NTRK, BRAFV600E, a także ekspresję białka PD-L1

# Leczenie

W ostatnich latach dokonał się ogromny przełom w leczeniu raka płuca m.in. poprzez pojawienie się wielu **innowacyjnych terapii ukierunkowanych molekularnie oraz immunoterapii**, które mają zasadniczy wpływ na poprawę rokowania pacjentów, nie tylko w zaawansowanych stadiach nowotworu, ale również na wczesnym etapie choroby.

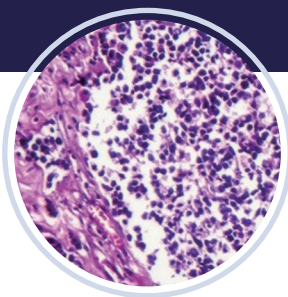
Lekarzem decydującym o wyborze schematu leczenia systemowego (chemioterapia, lek ukierunkowany molekularnie, immunoterapia) jest **onkolog kliniczny** i/lub **pulmonolog**.

**Wybór sposobu leczenia zależy od stopnia zaawansowania nowotworu, jak również podtypu.**



## **leczenie radykalne**

leczenie prowadzone z intencją wyleczenia pacjenta (nie wlicza się do linii leczenia)



## **leczenie systemowe**

w zaawansowanych stadiach nowotworu prowadzone z intencją przedłużenia życia i poprawy jego jakości



## **leczenie paliatywne**

w celu uniknięcia lub złagodzenia objawów takich jak ból, osłabienie, spadek masy ciała i inne

# Schemat postępowania w przypadku podejrzenia raka płuca

**Podejrzenie  
raka płuca  
(objawy)**

**01**

**Konsultacja  
z lekarzem  
pierwszego  
kontaktu (POZ)**

Wywiad oraz  
badanie  
przedmiotowe

**02**

**Badania obrazowe**

- RTG klatki piersiowej
- tomografia komputerowa klatki piersiowej

**03**

**Badania  
histopatologiczne  
bronchoskopia  
(EBUS, EUS) lub  
biopsja**

**04**

**Rozpoznanie  
typu i podtypu**

**rak  
niedrobnokomórkowy**  
(gruczolowy,  
płaskonabłonkowy,  
neuroendokrynnny, NOS)  
lub **rak  
drobnokomórkowy**

**05**

**Określenie  
stopnia  
zaawansowania  
nowotworu**

PET, TK/MRI głowy,  
USG/TK jamy brzusznej,  
scyntygrafia kości,  
badania krwi

**06**

## Badania molekularne

- **w przypadku raka niedrobnokomórkowego w stadium operacyjnym:**  
badanie mutacji EGFR oraz ALK oraz ekspresji białka PD-L1
- **w przypadku raka niedrobnokomórkowego w stadium nieoperacyjnym, przerzutowym:**  
badania molekularne metodą NGS oraz ekspresja białka PD-L1

Optymalnie powinien zostać wykonany zaawansowany panel diagnostyczny metodą sekwencjonowania nowej generacji (NGS) z uwzględnieniem oceny genów, m.in.

- |        |         |
|--------|---------|
| • EGFR | • NTRK  |
| • ALK  | • MET   |
| • ROS1 | • RET   |
| • KRAS | • HER-2 |
| • BRAF |         |

07

## Dobór właściwego leczenia

- program lekowy
- wczesny dostęp do terapii lekowych
- RDTL (ratunkowy dostęp do terapii lekowych)
- badania kliniczne

08



## Leczenie

torakochirurg

pulmonolog /  
onkolog

radioterapeuta

leczenie  
chirurgiczne

badania  
molekularne

radioterapia

program  
lekowy

badania  
kliniczne

# Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne stosuje się u 15-20% wszystkich chorych, ponieważ aktualnie większość chorych jest diagnozowana w zaawansowanych stadiach raka.

Do leczenia chirurgicznego kwalifikują się pacjenci bez przeciwwskazań do resekcji mięszu płucnego wraz z guzem, w zakresie tolerowanym przez chorego, ale koniecznym do całkowitego wyjęcia nowotworu oraz okolicznych węzłów chłonnych.

# Leczenie systemowe

Leczenie systemowe prowadzone według wytycznych programu lekowego B.6. („Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”) obejmuje: chemioterapię, radioterapię, sekwencyjną chemio-radioterapię, jednoczasową chemio-radioterapię konsolidującą z immunoterapią, terapię ukierunkowane molekularnie (celowane), immunoterapią oraz immuno-chemioterapię.



## Metody leczenia w zależności od rodzaju nowotworu

Kryteria kwalifikacji oraz szczegóły dotyczące programu lekowego B.6 leczenia raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej znajdują się na stronie Ministerstwa Zdrowia

 [www.gov.pl/web/zdrowie/programy-lekowe](http://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-lekowe)



### **Rak drobnokomórkowy, ograniczony (rzadko operacyjny):**

- radiochemioterapia (sekwencyjna lub jednoczasowa) w konsolidacji z immunoterapią pod warunkiem stabilizacji bądź regresji zmian w kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej po radiochemioterapii
- chemioterapia skojarzona z radioterapią, profilaktyczna radioterapia mózgowia

### **Rak drobnokomórkowy, rozległy:**

- chemioterapia z immunoterapią lub chemioterapia i/lub radioterapia paliatywna

**Jedną z opcji leczenia  
jest także udział  
w badaniach klinicznych,**  
które są czasem jedyną  
możliwością skorzystania  
przez pacjenta  
z innowacyjnej terapii,  
jeszcze nierefundowanej  
lub niedostępnej w Polsce.

## **Rak niedrobnokomórkowy, operacyjny leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe)**

- immunoterapia w skojarzeniu z chemioterapią dla osób kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej w zależności od statusu ekspresji białka PD-L1

## **Rak niedrobnokomórkowy, operacyjny leczenie pooperacyjne (adjuwantowe)**

- w przypadku stwierdzenia mutacji EGFR leczenie celowane po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii (1-4 kursów)
- w przypadku stwierdzenia mutacji w genie ALK - leczenie celowane po radykalnej resekcji
- w zależności od statusu ekspresji białka PD-L1 (po wykluczeniu obecności mutacji) - zastosowanie immunoterapii lub immunochemioterapii po radykalnej resekcji
- chemioterapia i/lub radioterapia

## **Rak niedrobnokomórkowy, nieoperacyjny, miejscowo zaawansowany (bez przerzutów odległych)**

- jednoczasowa radiochemioterapia z możliwością konsolidującej immunoterapii pod warunkiem stabilizacji bądź regresji zmian w kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej po radiochemioterapii
- radiochemioterapia z możliwością konsolidującego leczenia celowanego w przypadku potwierdzenia mutacji w genie EGFR - pod warunkiem stabilizacji bądź regresji zmian w kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej po radiochemioterapii

## **Rak niedrobnokomórkowy, nieoperacyjny, przerzutowy (stadium zaawansowane):**

- leczenie ukierunkowane molekularnie (na mutacje EGFR, EGFR ex.20, ALK, KRAS, ROS1, BRAF V600) lub
- immunoterapia w monoterapii lub
- immunochemioterapia lub
- podwójna immunochemioterapia lub
- chemioterapia i/lub radioterapia paliatywna



 **tosieleczy®**

[www.tosieleczy.pl](http://www.tosieleczy.pl)



### **POTRZEBUJESZ WSPARCIA?**

Dołącz do Grupy Wsparcia dla Pacjentów  
na Facebook: RAK PŁUCA.TO SIĘ LECZY:

*[facebook.com/groups/rakplucatosieleczy](https://facebook.com/groups/rakplucatosieleczy)*



### **POTRZEBUJESZ PORADY?**

Umów się konsultację w ramach bezpłatnej  
Telefonicznej Infolinii dla Pacjentów  
z rakiem płuca i ich bliskich na:

*<https://tosieleczy.asysto.pl/>*



Partnerzy Sekcji Raka Płuca

**AstraZeneca** 

 **Bristol Myers Squibb®**

 **MSD**

 **Pierre Fabre**  
Médicament

 **Roche**