

POROČILO BOLNIŠNIČNEGA REGISTRA
TUMORJEV PRSNEGA KOŠA KLINIKE
GOLNIK ZA LETA 2010 – 2020

Univerzitetna Klinika Golnik
Oddelek za registre

Odgovorna urednica

Urška Janžič

Osebe Bolnišničnega registra tumorjev prsnega koša

Katja Abruč

Urška Hribar

Statistična obdelava podatkov

Inštitut za biomedicinsko informatiko MF UNI LJ

Kontakt:

Oddelek za registre
Univerzitetna Klinika Golnik
Golnik 36
4204 Golnik
E-naslov: register@klinika-golnik.si

Spletna stran: [Klinični register bolnikov z rakom pljuč | Klinika Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik \(klinika-golnik.si\)](#)

Golnik, oktober 2022

Kazalo vsebine

1. Uvod	4
2. Število novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč na letnem nivoju	7
3. Struktura novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč po spolu in starosti	8
4. Kadilski status	10
5. Trajanje simptomov ob diagnozi	11
6. Stadij bolezni ob postavitvi diagnoze	12
7. Histološki tip raka pljuč	13
8. Molekularni označevalci raka pljuč	15
9. Napotitev na prvo zdravljenje	17
10. Zdravljenje	19
11. Operativno zdravljenje	20
12. Drobnocelični rak pljuč.....	23
13. Nedrobnocelični rak pljuč.....	25

1. Uvod

V Sloveniji za rakom pljuč letno zbolijo okoli 1600 ljudi, kar je 10% vseh, ki letno zbolijo za rakom, medtem ko jih za posledicami te bolezni umre okoli 1200 (www.slora.si). Incidenca navkljub osveščanju populacije o škodljivosti kajenja še vedno narašča, največji krivec za zbolevanje ostaja cigaretni dim.

Na Kliniki Golnik se že od leta 2010 vodi Bolnišnični register tumorjev prsnega koša, v katerem se zbirajo podatki vseh novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč, malignim mezoteliomom in timičnimi neoplazmami na Kliniki. Nadalje se zbirajo podatki o napotitvi na prvo zdravljenje, o operativnem zdravljenju na Kirurgiji Bitenc in o bolnikih, zdravljenih s sistemsko terapijo na Enoti za internistično onkologijo Klinike Golnik. Podatke vpisuje za to posebej izurjeno osebje, ki v primeru nepopolno izpolnjenih obrazcev podatke tudi računalniško poišče in ustrezno dopolni.

VIR PODATKOV

V Bolnišnični register tumorjev prsnega koša so vpisani vsi bolniki, ki so kadarkoli diagnosticirani s katerimkoli od zgoraj naštetih torakalnih tumorjev in predstavljeni na multidisciplinarnem kirurško – onkološko – pulmološkem konziliju Klinike Golnik, od koder se jih tudi usmeri na prvo zdravljenje.

Med absolutno najštevilčnejšimi v Bolnišničnem registru tumorjev prsnega koša so bolniki z rakom pljuč, na kar se bo osredotočala tudi nadaljnja analiza poročila.

ZAJEM PODATKOV

Zajem podatkov za to analizo vključuje vse bolnike, diagnosticirane z rakom pljuč med 1.1.2010 in 31.12.2020. Diagnoza je postavljena na Oddelku za patologijo Klinike Golnik – datum potrjene citološke ali histološke diagnoze šteje tudi za prvi datum diagnoze rakave bolezni. Zajem podatkov za izračun preživetij te analize je bil julij 2021.

STADIJ BOLEZNI

Stadij bolezni se določi ob sami diagnozi oz. odkritju bolezni. V Bolnišničnem registru tumorjev prsnega koša Klinike Golnik se že ves čas uporablja IASLC (The International Association for the study of lung cancer) TNM (tumor – node – metastasis) klasifikacija. Dokončen stadij bolezni se v primeru možnosti operativnega zdravljenja določi pooperativno (patološki stadij bolezni), v kolikor je bolezen napredovala oz. metastatska pa se ob diagnozi z zamejitvenimi preiskavami (CT, MRI, PET CT) kot izhodni določi klinični stadij bolezni.

Zavoljo lažje obdelave podatkov v Registru uporabljamo poenostavljene stadije bolezni, in sicer omejena bolezen (možnost operativne odstranitve), lokoregionalno napredovala bolezen (večinoma možnost radikalnega zdravljenja s kemo-radioterapijo) in razsejana bolezen (prisotnost oddaljenih zasevkov, možnosti radikalnega zdravljenja ni).

HISTOLOŠKA DELITEV

V Bolnišničnem registru tumorjev prsnega koša Klinike Golnik se uporablja osnovna WHO klasifikacija raka pljuč, brez delitve na specifične podtipe. Bolniki so razdeljeni v eno izmed dveh velikih skupin, in sicer tiste z drobnoceličnim rako pljuč in tiste z nedrobnoceličnim rakom pljuč. Nadalje se nedrobnocelična histologija deli v 3 večje histološke skupine : adenokarcinom, epidermoidni karcinom in neopredeljen nedrobnocelični karcinom (*angl. not otherwise specified*). Pri bolnikih z adenokarcinomom in NOS se že od leta 2010 refleksno določa in poroča v Register prisotnost EGFR mutacij na površini celic, od leta 2013 prisotnost ALK fuzij, od leta 2015 pa ROS1 preureditve. Od leta 2018 so vsi bolniki z nedrobnoceličnim rakom pljuč testirani na prisotnost PDL1 na površini celic.

ZDRAVLJENJE

V Bolnišnični register tumorjev prsnega koša Klinike Golnik se vpisujejo ne samo prva, ampak tudi vsa naslednja zdravljenja, v kolikor so bila izvedena na Kliniki Golnik. V to spadajo operativni posegi, opravljeni na Kirurgiji Bitenc d.o.o. in pa sistemska terapija, ki jo bolniki prejemajo znotraj Enote za internistično onkologijo. Za sledenje in način zdravljenja se izgubijo

bolniki, ki so zdravljeni z radioterapijo, saj se le-ta ne izvaja na Kliniki Golnik, ampak na Onkološkem inštitutu v Ljubljani ali na UKC Maribor na Oddelku za radioterapijo. Kar se tiče sistemske terapije, se zbirajo podatki o liniji sistemske terapije, vrsti sistemske terapije (neoadjuvantna, adjuvantna, terapija za metastatsko bolezen), zdravilih, ki jih vsebuje določena shema sistemske terapije, datumu pričetka in konca sistemske terapije, o hudih neželenih učinkih zdravljenja gradusa 3 in 4, o učinku zdravljenja po RECIST kriterijih ter o datumu progressa oz. prvega razsoja bolezn. Na ta način lahko prikažemo predvsem čas zdravljenja z določeno sistemsko terapijo, ki jo bolnik prejema.

IZRAČUN PREŽIVETJA

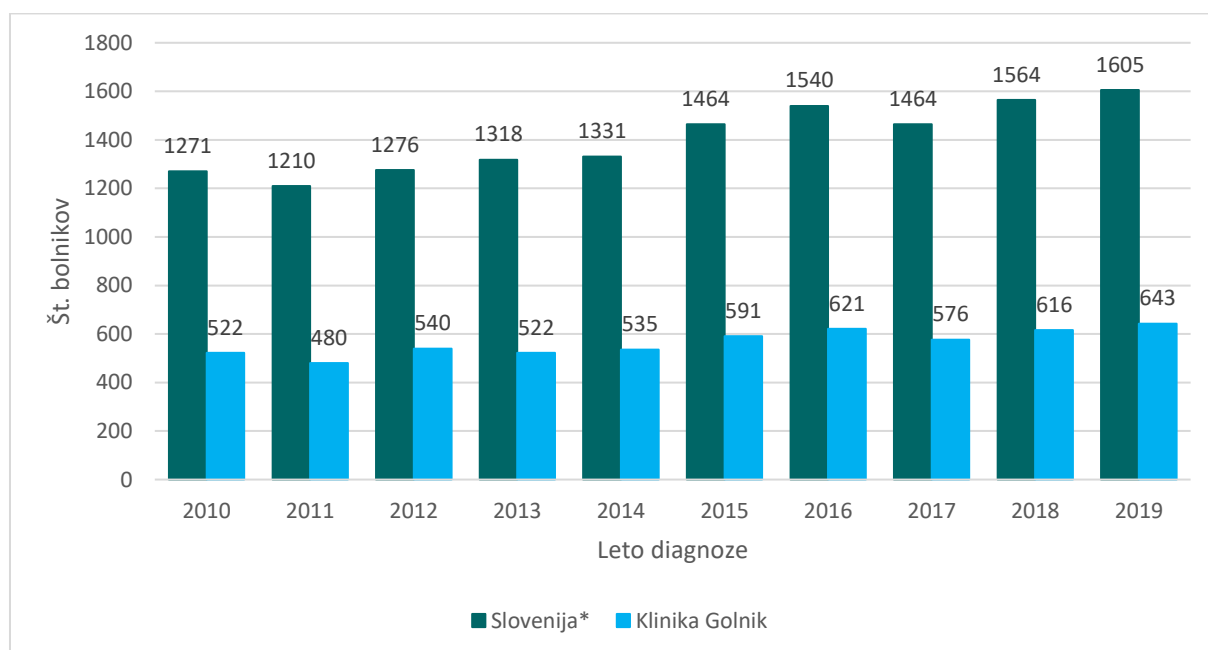
Bolnišnični register tumorjev prsnega koša s strani NIJZ oz. Nacionalnega registra prebivalstva pridobiva datume o smrti bolnikov, ki so vpisani in vodeni v Registru. Na ta način se lahko izračuna opazovano preživetje, in sicer od datume diagnoze rakave bolezn. pa do smrti bolnika.

2. Število novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč na letnem nivoju

Letno je v Sloveniji v zadnjih letih diagnosticiranih med 1500 – 1600 novih bolnikov z rakom pljuč, od tega približno 40% na Kliniki Golnik. Po podatkih Registra raka republike Slovenije incidenca raka pljuč narašča, medtem ko umrljivost ne upada in se giblje okoli 1200 oseb / leto. ([Rak v Sloveniji 2019 povzetek.pdf \(onko-i.si\)](#))

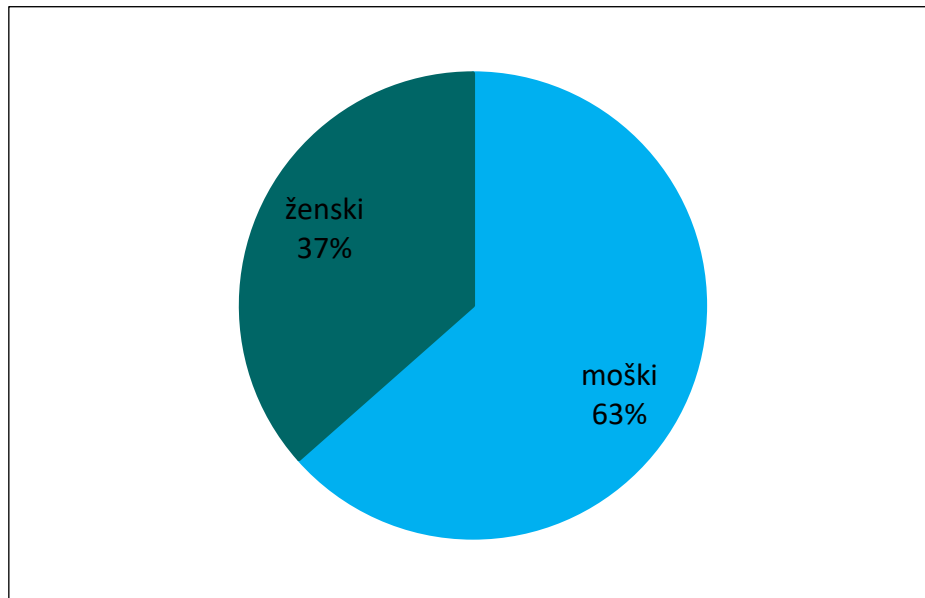
V Bolnišničnem registru tumorjev prsnih organov Klinike Golnik je v letih 2010 – 2020 vpisanih 6303 novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč. Na podlagi tega števila so izvedene tudi analize poročila.

Slika 1: Število novo odkritih bolnikov z rakom pljuč v Sloveniji (zeleno) in število bolnikov, diagnosticiranih na Kliniki Golnik (modro).

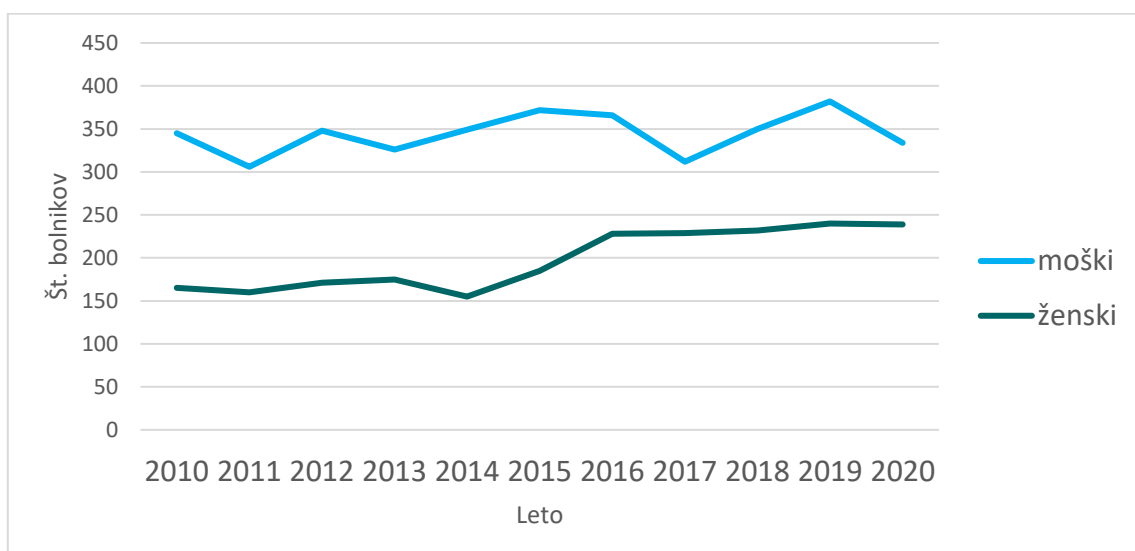


3. Struktura novo diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč po spolu in starosti

Slika 2: Delež bolnikov z rakom pljuč glede na spol, 10-letno povprečje

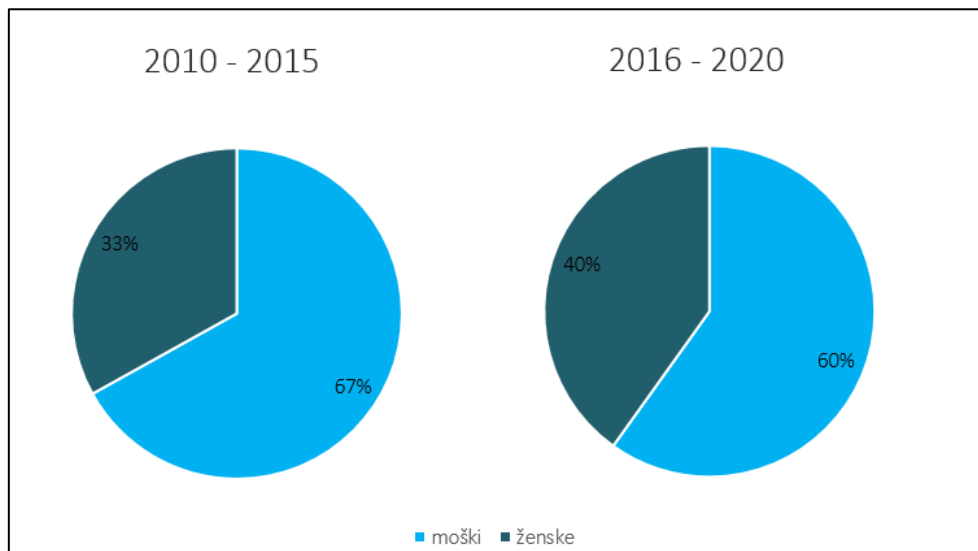


Slika 3: Število bolnikov z novo diagnosticiranim rakom pljuč po spolu glede na leto diagnoze



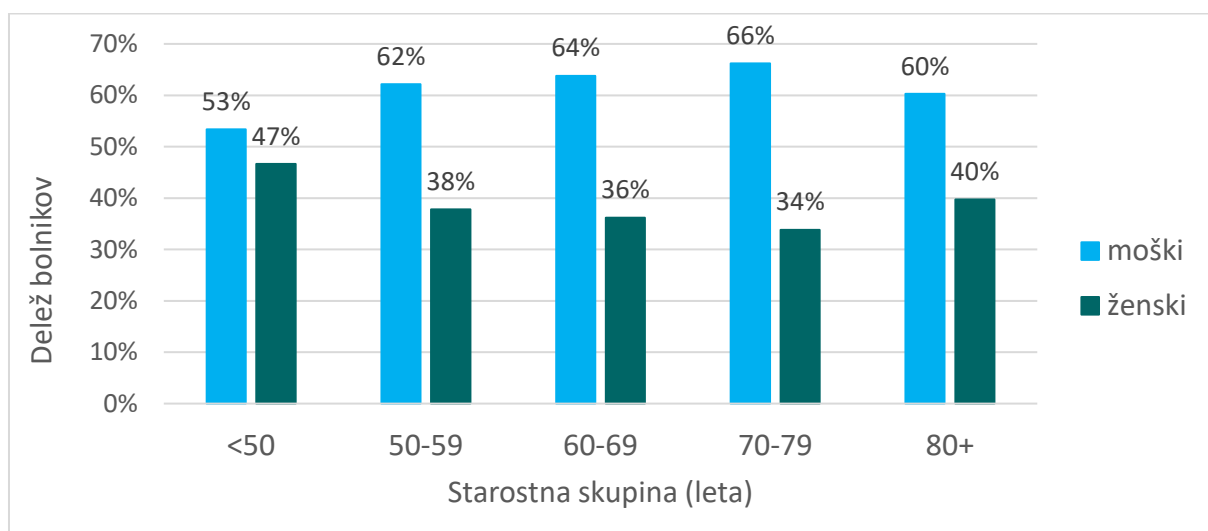
Ne glede na to, da so moški v večini med novo diagnosticiranimi bolniki z rakom pljuč, pa je v zadnjih 5 letih moč opaziti premik k večjemu številu novo diagnosticiranih žensk, kar se pozna tudi v razmerju vseh novih bolnikov z rakom pljuč.

Slika 4: Delež bolnikov z novo diagnosticiranim rakom pljuč po spolu v letih 2010 - 2015 (levo) in 2016 - 2020 (desno)



V letih 2010 – 2020 je bila povprečna starost bolnikov ob diagnozi raka pljuč 67.0 let. Delitev po starostnih skupinah in spolu je prikazana na Sliki 5.

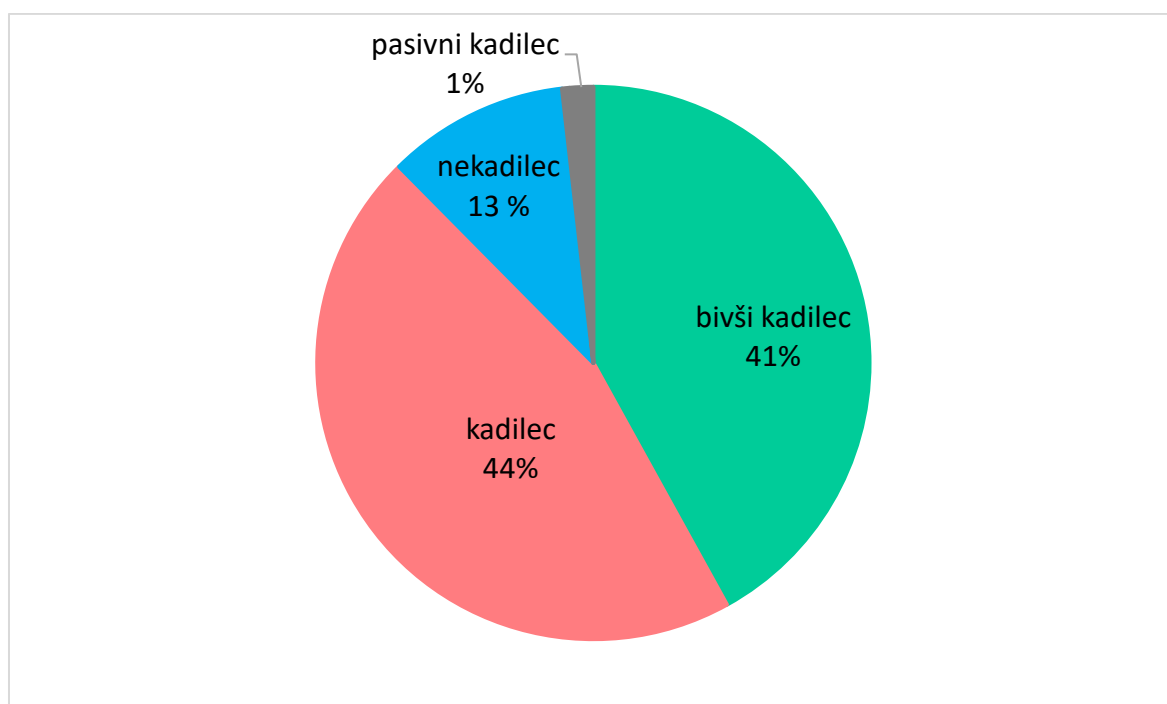
Slika 5: Porazdelitev bolnikov z novo diagnosticiranim rakom pljuč po starostnih skupinah glede na spol



4. Kadilski status

Kajenje je še zmeraj najpogostejši vzrok za zbolevanje in umiranje zaradi raka pljuč, ki ga je moč preprečiti. Po podatkih Registra raka pljuč Klinike Golnik je aktivnih ali bivših kadilcev več kot 80% novo diagnosticiranih bolnikov. Za bivšega kadilca se štejejo vse osebe, ki so prenehale kaditi v ≥ 1 letu od postavitve diagnoze, ne glede na količino in trajanje aktivnega kadilskega statusa. več podrobnosti na Sliki 6.

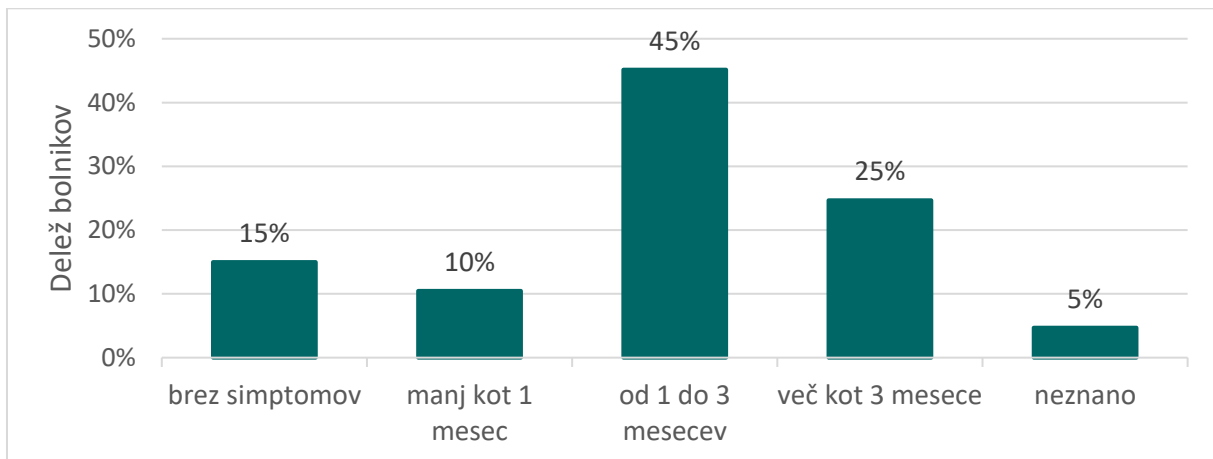
Slika 6: Kadilski status bolnikov z novo diagnosticiranim rakom pljuč



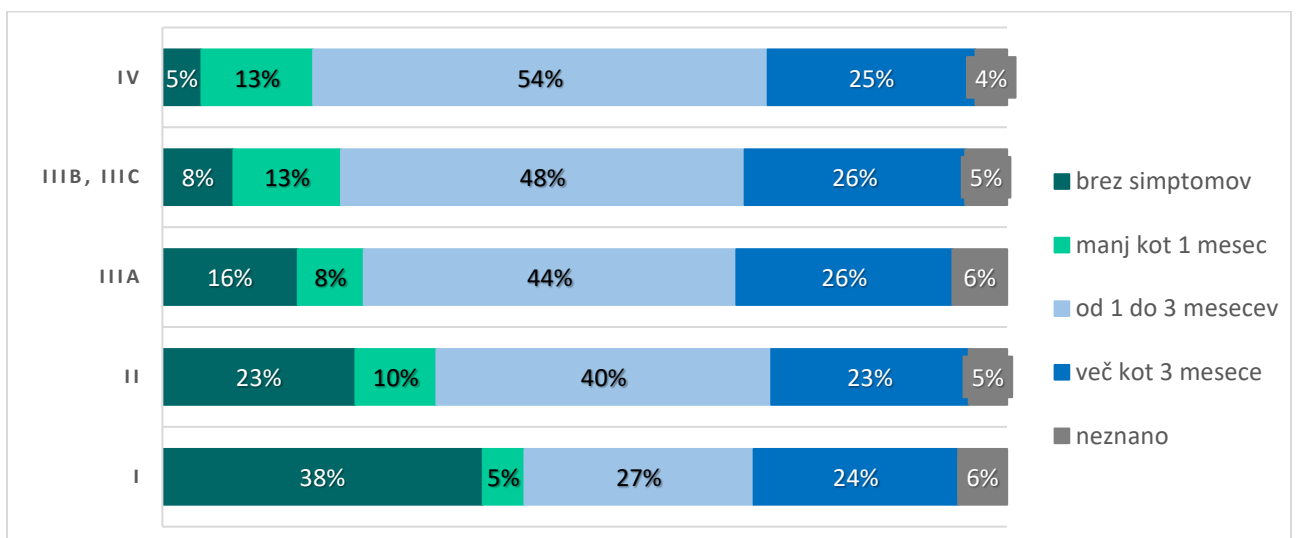
5. Trajanje simptomov ob diagnozi

Anamnestično je pri vsakem novo diagnosticiranem bolniku moč preveriti, kako dolgo pred diagnozo raka pljuč so imeli simptome rakave bolezni. Skoraj polovica bolnikov navaja simptome, ki so trajali med 1 in 3 meseci, pri 15% bolnikov pa simptomov pred samo diagnozo rakave bolezni ni zaznati in je bolezen odkrita naključno.

Slika 7: Trajanje simptomov pred postavitvijo diagnoze raka pljuč



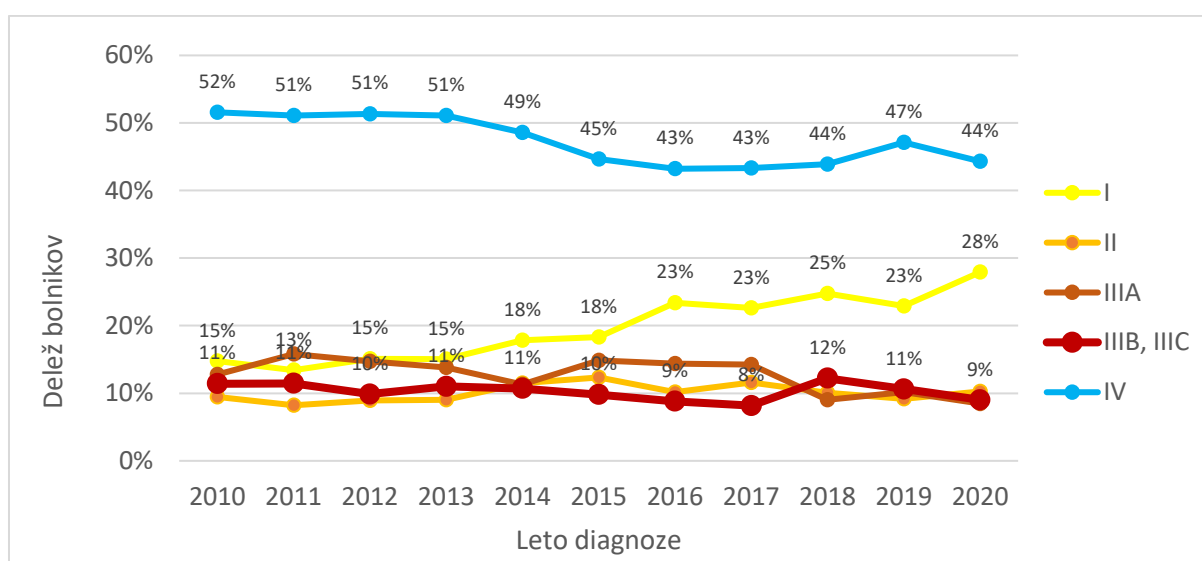
Slika 8: Trajanje simptomov pri novo diagnosticiranih bolnikih z rakom pljuč glede na stadij bolezni



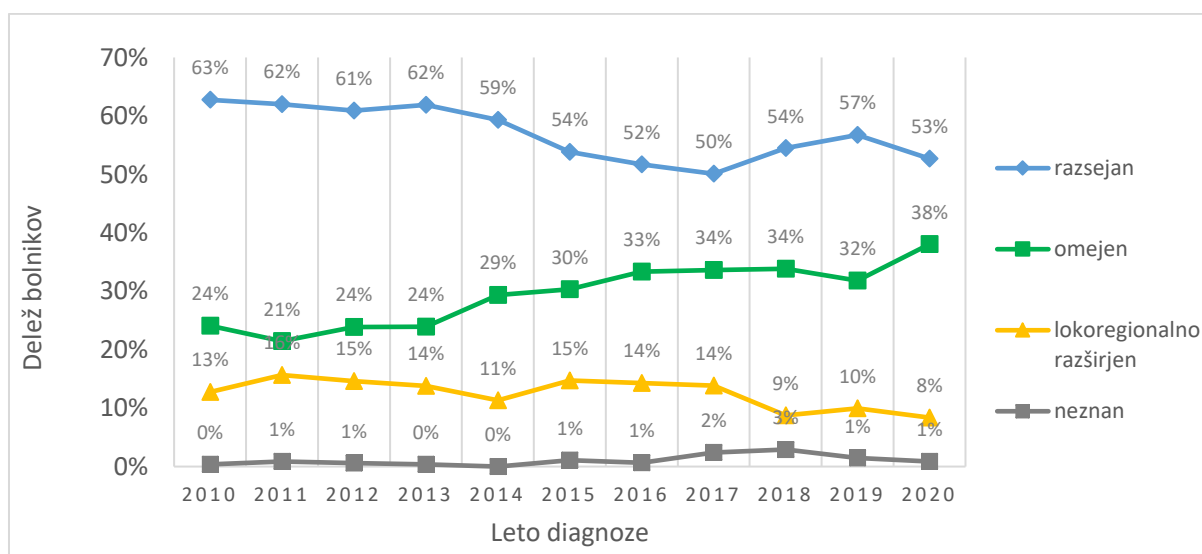
6. Stadij bolezni ob postavitvi diagnoze

Pri določanju stadija bolezni se upošteva IASLC TNM klasifikacija. Do leta 2017 j e bila v uporabi 7.klasifikacija, od tega leta pa je v uporabi 8.klasifikacija TNM. V Bolnišničnem registru raka pljuč Klinike Golnik se zbirajo podatki ločeno za posamezne imenovalce in je bilo zatorej možno s pomočjo računalniškega algoritma pretvoriti stadije iz ene klasifikacije v drugo. Podatki o stadiju bolezni so zatorej prikazani glede na 8. klasifikacijo IALSC TNM.

Slika 9: Delež bolnikov, diagnosticiranih z rakom pljuč v stadiju I, II, III in IV po letih diagnoze



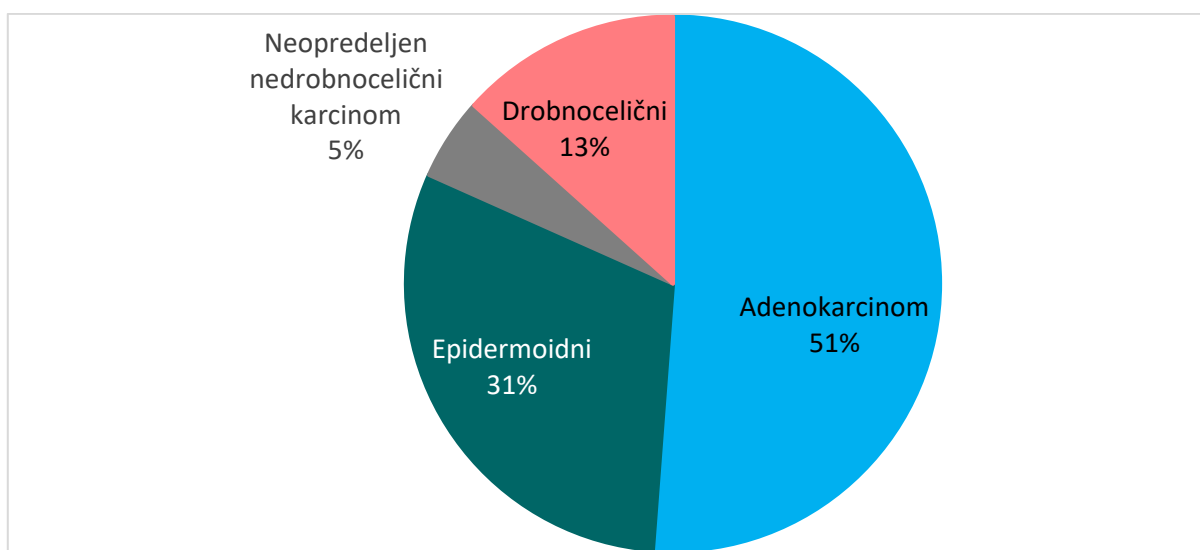
Slika 10: Delež bolnikov, diagnosticiranih z rakom pljuč v letih 2010 - 2020 glede na poenostavljen stadij bolezni



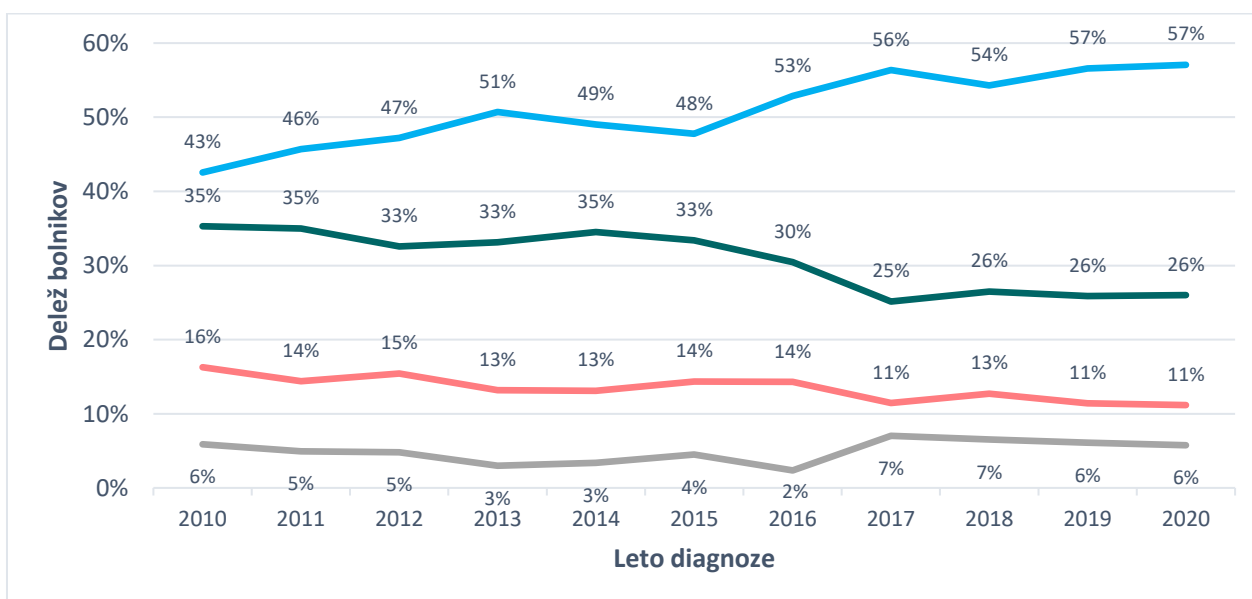
7. Histološki tip raka pljuč

Bolnike, diagnosticirane z rakom pljuč glede na histologijo tumorja delimo v dve veliki skupini – drobnocelični in nedrobnocelični rak pljuč. Slednjo skupino po poenostavljeni WHO klasifikaciji delimo še na adenokarcinome, epidermoidne karcinome in neopredeljene nedrobnocelične karcinome (NOS – angl. not otherwise specified).

Slika 11: Histološka delitev tumorjev pri novo diagnosticiranih bolnikih) z rakom pljuč v letih 2010 - 2020 (n= 6303). Drobnocelični karcinom in nedrobnocelični karcinom s histološkimi podvrstami – adenokarcinom, epidermoidni karcinom in neopredeljen nedrobnocelični karcinom.

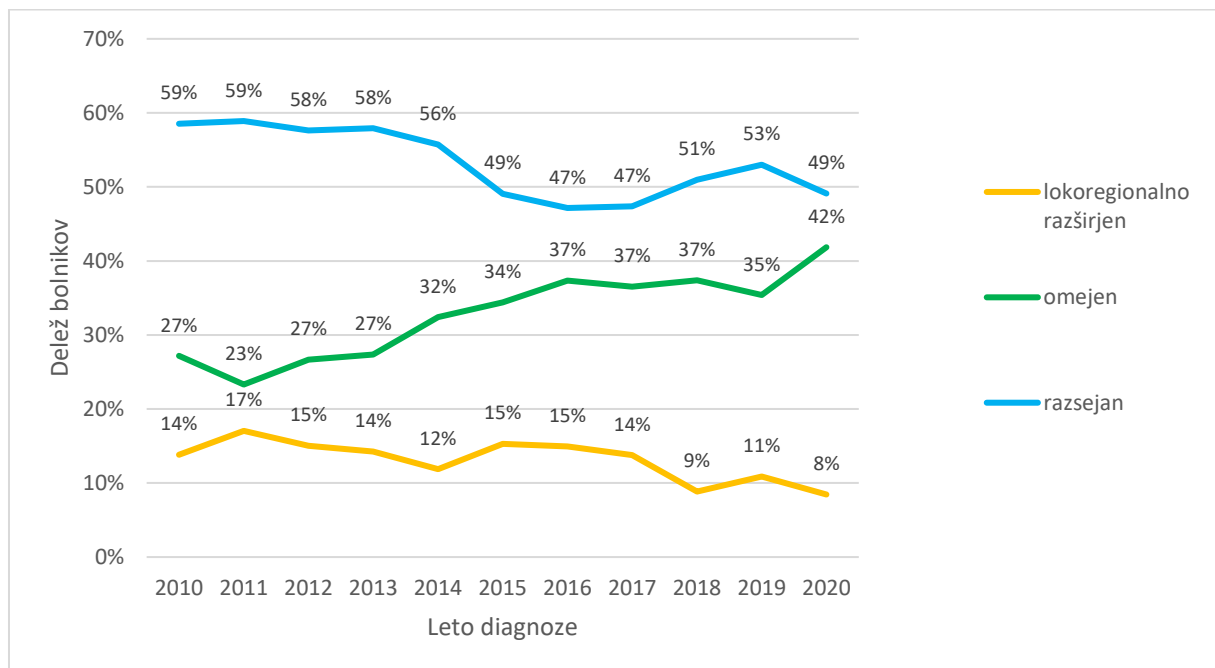


Slika 12: Delež bolnikov z določenim histološkim tipom raka pljuč po letih 2010 – 2020 (n=6303)

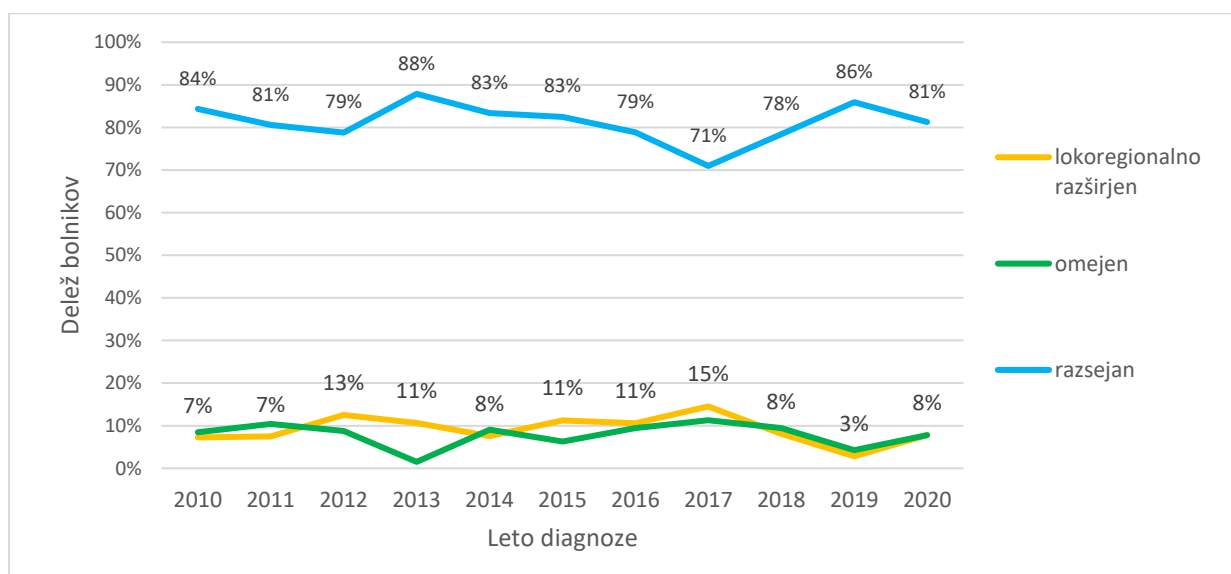


Drobnocelični rak pljuč je biološko navadno bolj agresivna vrsta pljučnega raka in so zato bolniki s tem tipom raka diagnosticirani v napredovalem (metastatskem) stadiju bolezni – kar 80%, medtem ko delež bolnikov z razsejanim nedrobnoceličnim rakom pljuč upada in je zadnja leta opaziti trend dviga predvsem novo diagnosticiranih bolnikov v omejenem stadiju bolezni. Več na *Sliki 13 in 14*.

Slika 13: Delež bolnikov, diagnosticiranih z nedrobnoceličnim rakom pljuč v letih 2010 - 2020 glede na poenostavljen stadij bolezni, ob katerem je bila postavljena diagnoza.



Slika 14: Delež bolnikov, diagnosticiranih z drobnoceličnim rakom pljuč v letih 2010 - 2020 glede na poenostavljen stadij bolezni, ob katerem je bila postavljena diagnoza.



8. Molekularni označevalci raka pljuč

Pri bolnikih z adenokarcinomom in NOS se že od leta 2010 refleksno določa prisotnost aktivirajočih EGFR mutacij na površini celic, od leta 2013 prisotnost ALK fuzij, od leta 2015 ROS-1 preureditve. Testiranje je refleksno in stopenjsko. Te molekularne alteracije so poročane in zabeležene v Bolnišničnem registru raka tumorjev prsnega koša. V letu 2018 so vsi bolniki z nedrobnoceličnim rakom pljuč (adenokarcinom, epidermoidni karcinom, NOS), testirani tudi na prisotnost PDL1 na površini celic.

Tabela 1: Prisotnost EGFR mutacije pri testiranih bolnikih z adenokarcinomom in NOS v letih 2010 - 2020. (n=3352)

LETO DIAGNOZE	EGFR POZITIVEN (%)	NI PODATKA (%)
2010	9	35
2011	17	23
2012	11	18
2013	12	14
2014	11	13
2015	12	11
2016	9	7
2017	10	10
2018	12	10
2019	13	13
2020	9	7

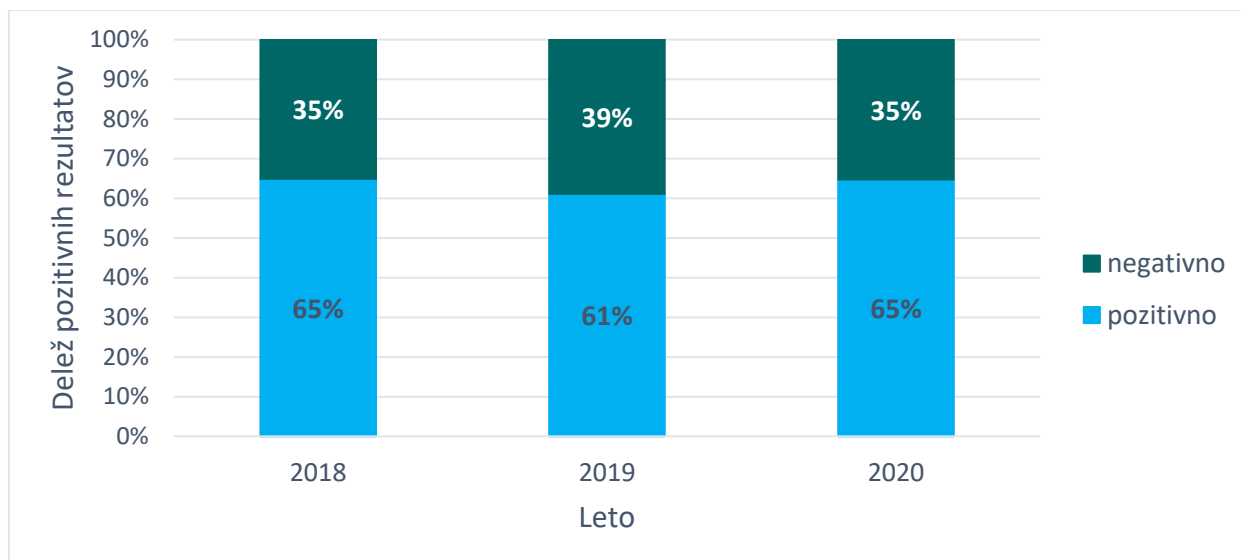
Tabela 2: Prisotnost ALK fuzije pri testiranih bolnikih z adenokarcinomom in NOS v letih 2013 - 2020. (n=2239)

LETO DIAGNOZE	ALK POZITIVEN (%)
2013	2
2014	4
2015	4
2016	4
2017	4
2018	3
2019	2
2020	4

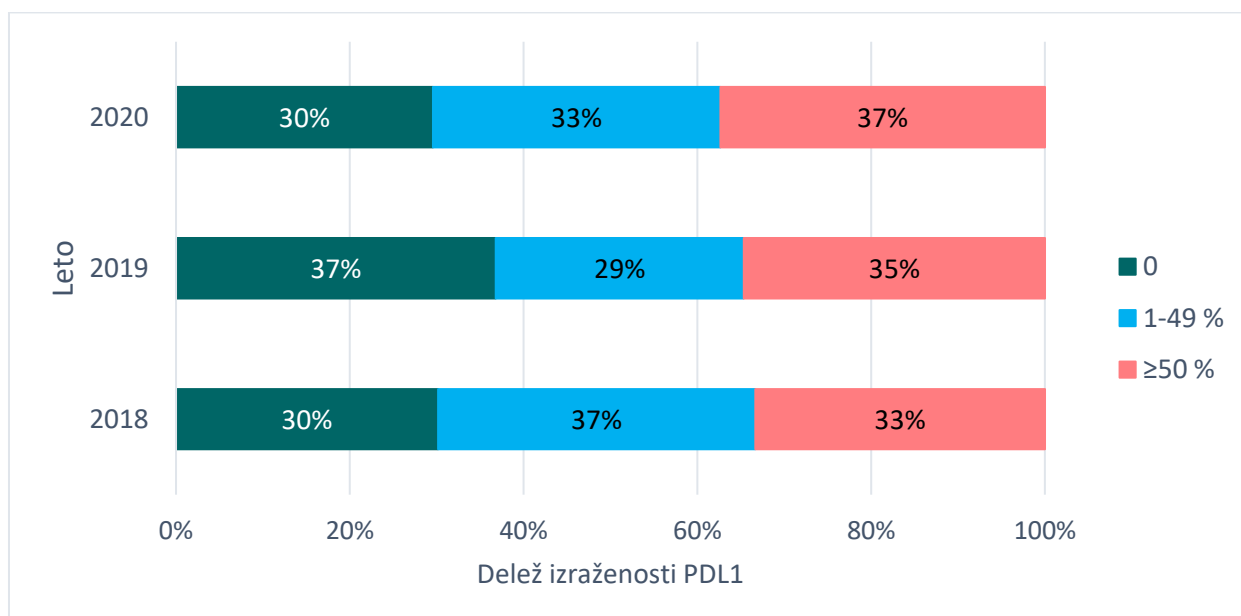
Tabela 3: Prisotnost ROS-1 preureditve pri testiranih bolnikih z adenokarcinomom in NOS v letih 2015 - 2020. (n=1772)

LETO DIAGNOZE	ROS-1 POZITIVEN (%)
2015	1
2016	2
2017	2
2018	0
2019	2
2020	2

Slika 15: Delež pozitivnih in negativnih rezultatov prisotnosti PDL-1 na površini tumorskih celic bolnikov z nedrobnoceličnim karcinomom pljuč v letih 2018 - 2020. (n=1882)



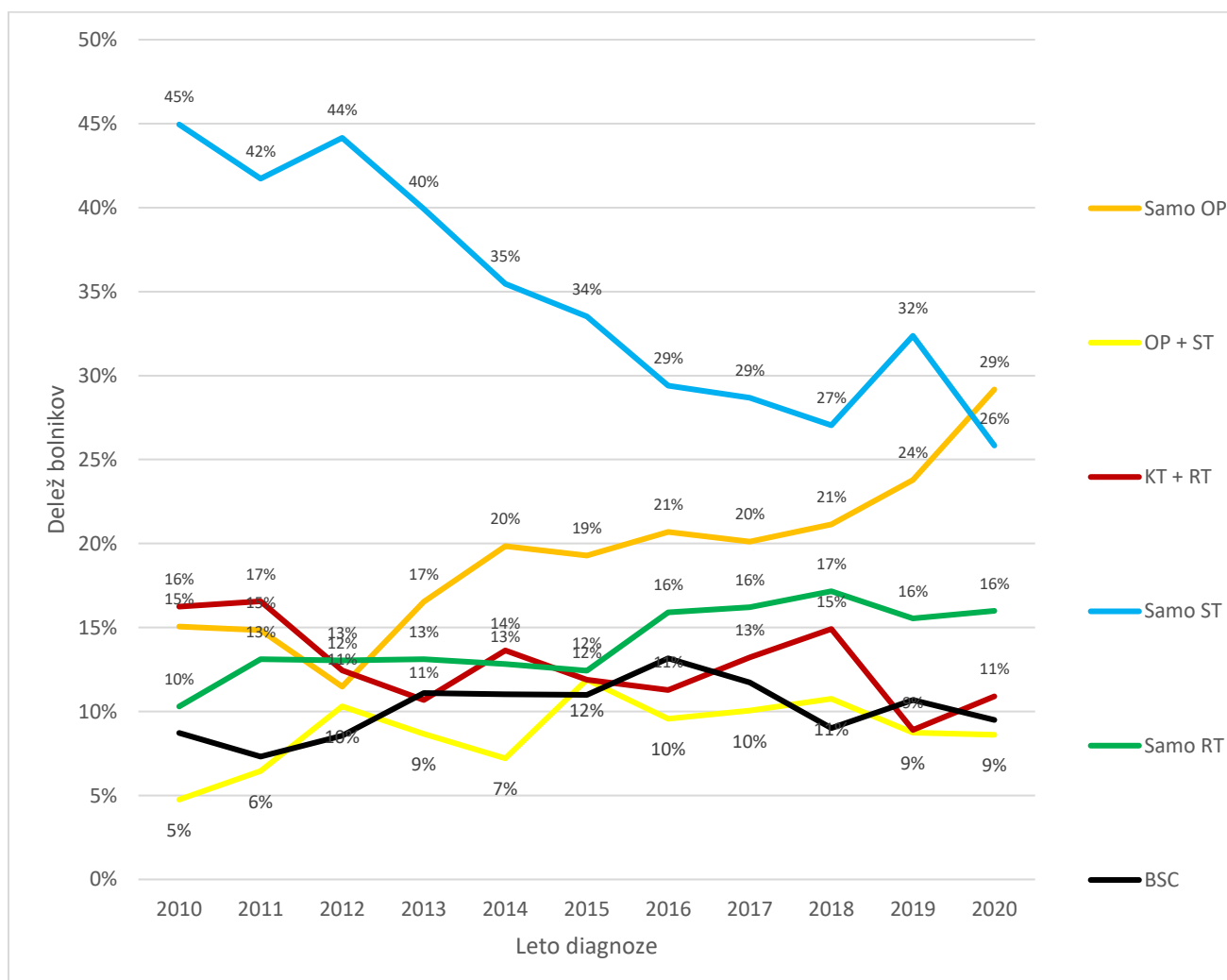
Slika 16: Delež izraženosti PDL-1 na površini tumorskih celic pri bolnikih z nedrobnoceličnim karcinomom stadija III in IV, diagnosticiranih v letih 2018 - 2020. (n=1882)



9. Napotitev na prvo zdravljenje

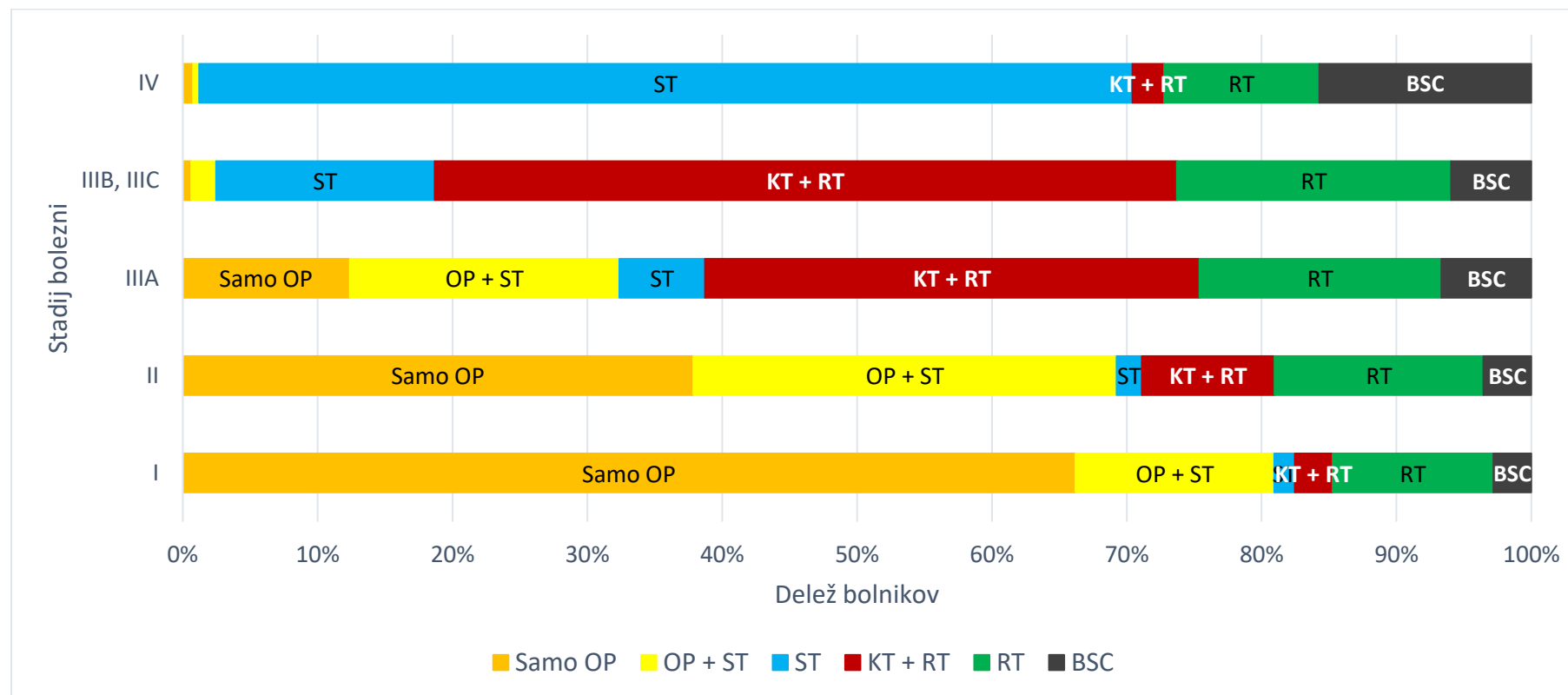
Vsi bolniki z rakom pljuč, diagnosticirani na Kliniki Golnik, so po pridobitvi prve diagnoze predstavljeni na multidisciplinarnem kirurško – onkološko – pulmološkem konziliju, na katerem se odloča glede napotitve na prvo zdravljenje bolnika. Člani konzilija so: pulmolog, radiolog, patolog, kirurg, internist onkolog in radioterapevt. Odločitve o napotitvah na prvo zdravljenje so prikazane na Sliki 17 in 18.

Slika 17: Prikaz napotitve na prvo zdravljenje vseh diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč na Kliniki Golnik v letih 2010 - 2020 (n=6303).



OP - operativno zdravljenje, OP+ST - operacija + sistemska terapija; KT + RT - kemoradioterapija; ST - sistemska terapija; RT – radioterapija; BSC – (angl. best supportive care) - paliativna podporna terapija

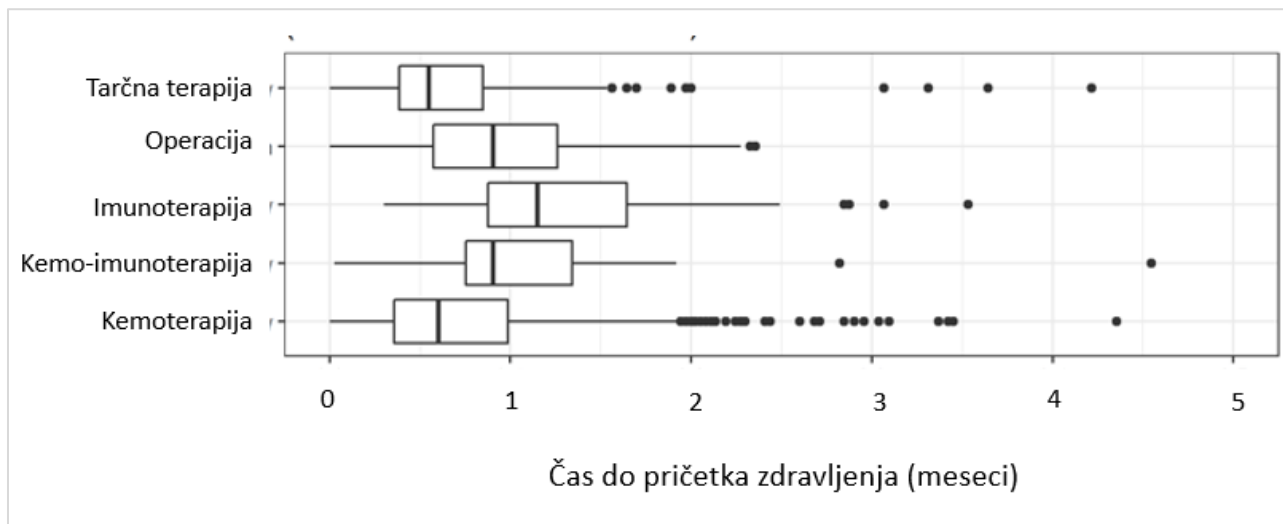
Slika 18: Prikaz napotitve na prvo zdravljenje vseh diagnosticiranih bolnikov z rakom pljuč na Kliniki Golnik po stadijih bolezni v letih 2010 - 2020 (n=6303).



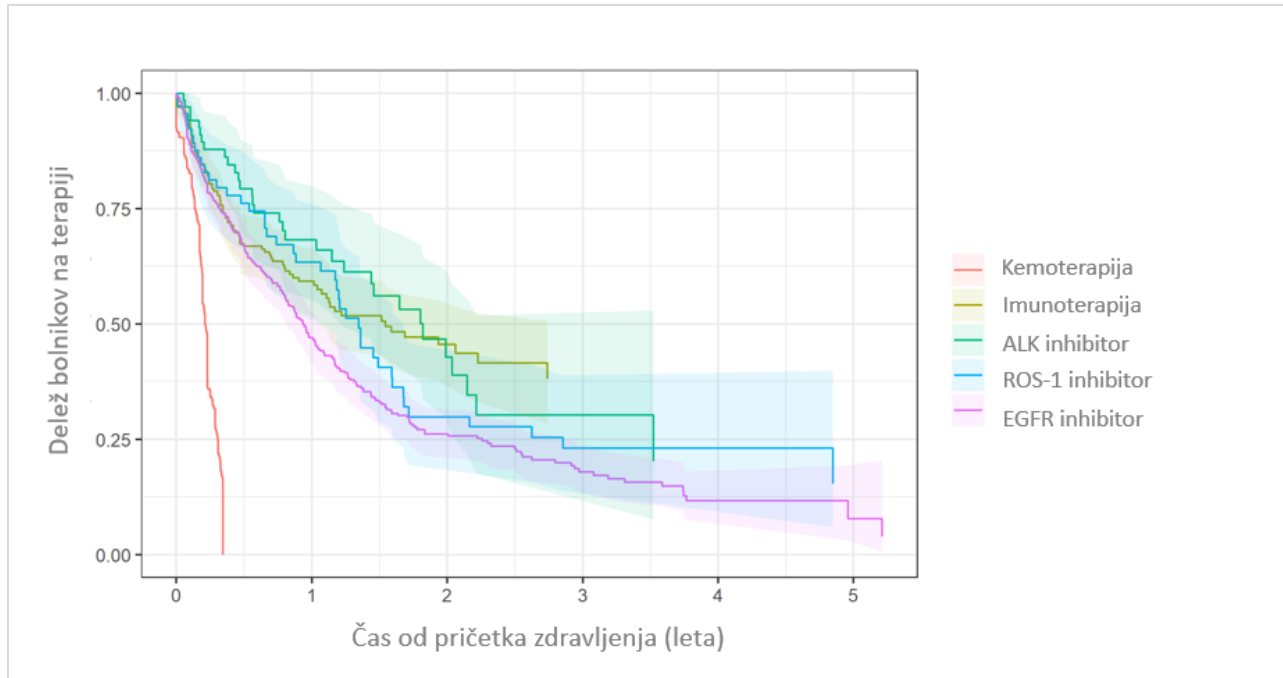
OP - operativno zdravljenje, OP+ST - operacija + sistemska terapija; KT + RT - kemoradioterapija; ST - sistemska terapija; RT – radioterapija; BSC – (angl. best supportive care) - paliativna podporna terapija

10. Zdravljenje

Slika 19: Grafični prikaz časa do pričetka zdravljenja s kirurškim posegom ali sistemsko terapijo za bolnike, ki so bili napoteni kot prvo zdravljenje (t_0 = datum diagnoze)



Slika 20: Trajanje zdravljenja bolnikov s 1.linijo sistemske terapije za metastatski rak pljuč, prikazano s Kaplan – Meierjevo krivuljo (n=1677)



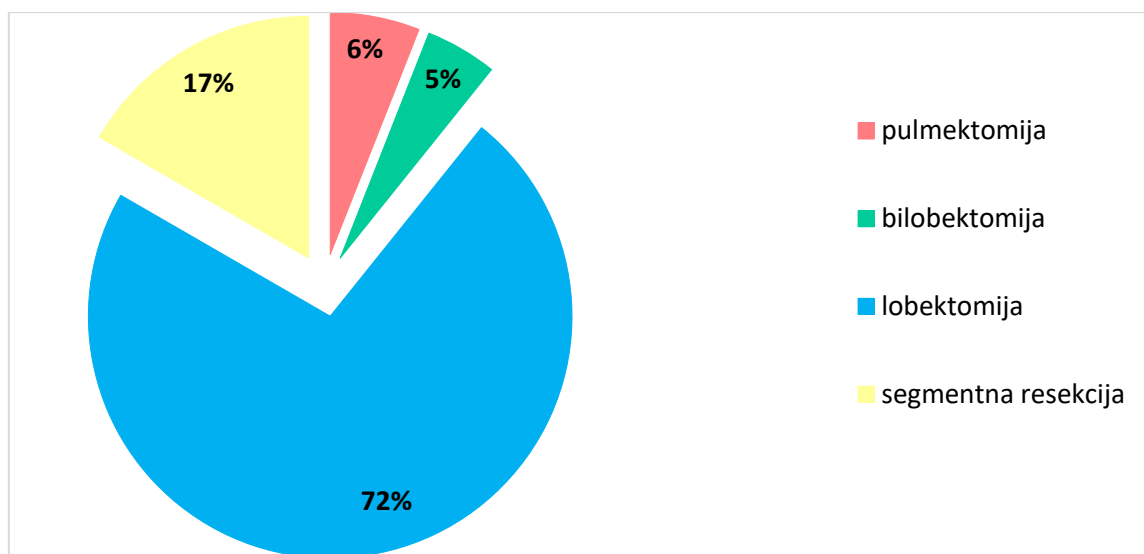
11. Operativno zdravljenje

Bolniki z omejenim rakom pljuč (stadij I, II in nekateri stadiji III, ki so operabilni) so kot prvo zdravljenje za operativni poseg navadno napoteni na Kirurgijo Bitenc. Grafični prikaz vseh operiranih bolnikov v letih 2010 – 2020 je v *Tabeli 4 na Sliki 21 in 22*.

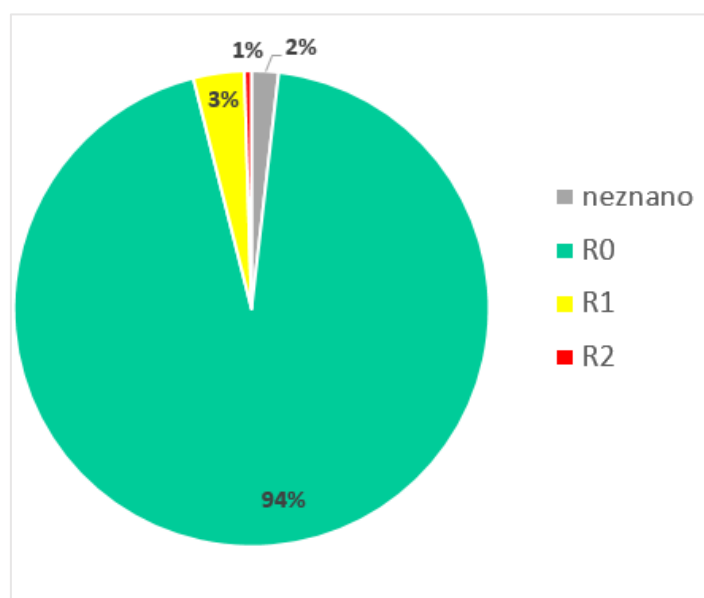
Tabela 1: Vrste operativnih posegov pri bolnikih z omejenim rakom pljuč, operiranih na Kirurgiji Bitenc v letih 2010 - 2020 (n=1254)

Leto	Lobektomija (n)	Segmentna resekcija (n)	Bilobektomija (n)	Pulmektomija (n)	SKUPAJ (n)
2010	23	3	0	1	27
2011	24	10	1	0	35
2012	46	5	3	6	60
2013	61	10	5	6	82
2014	70	10	9	11	100
2015	110	16	6	18	150
2016	104	24	6	10	144
2017	104	18	5	5	132
2018	114	41	7	4	166
2019	110	38	13	11	172
2020	144	34	5	3	186
SKUPAJ (n)	910	209	60	75	1254

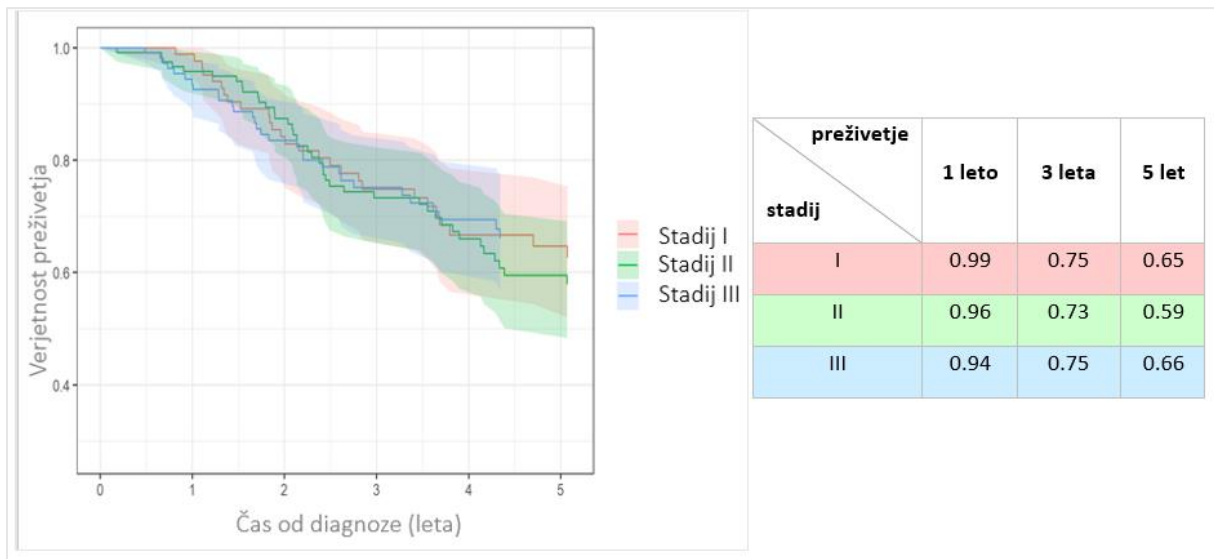
Slika 21: Vrste operativnih posegov, opravljenih na Kirurgiji Bitenc pri bolnikih z omejenim rakom pljuč v letih 2010 - 2020 (n=1254)



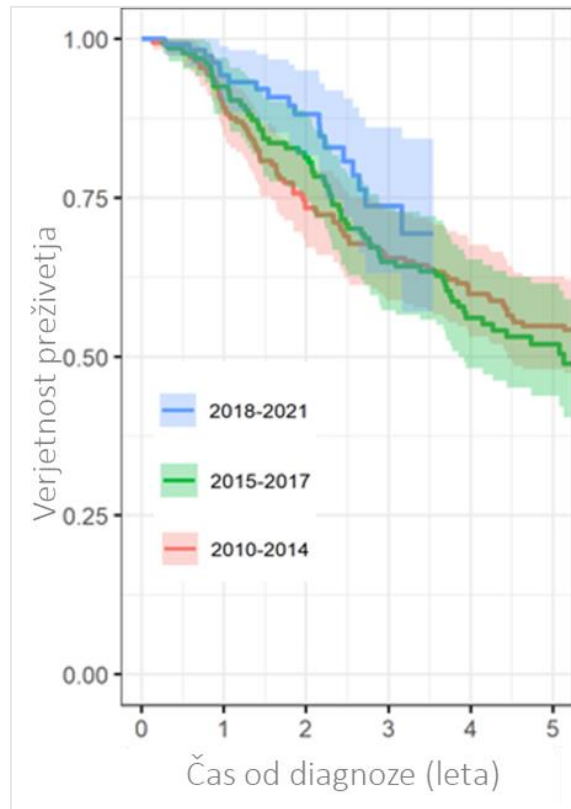
Slika 22: Radikalnost operativnih posegov pri bolnikih z omejenim rakom pljuč, operiranih na Kirurgiji Bitenc v letih 2010 - 2020 (n=1254)



Slika 23: 1-, 3-, in 5-letno preživetje bolnikov z operabilnim rakom pljuč, zdravljenih na Kirurgiji Bitenc in Kliniki Golnik, ločeno za stadij I, II in III. (n=1254)



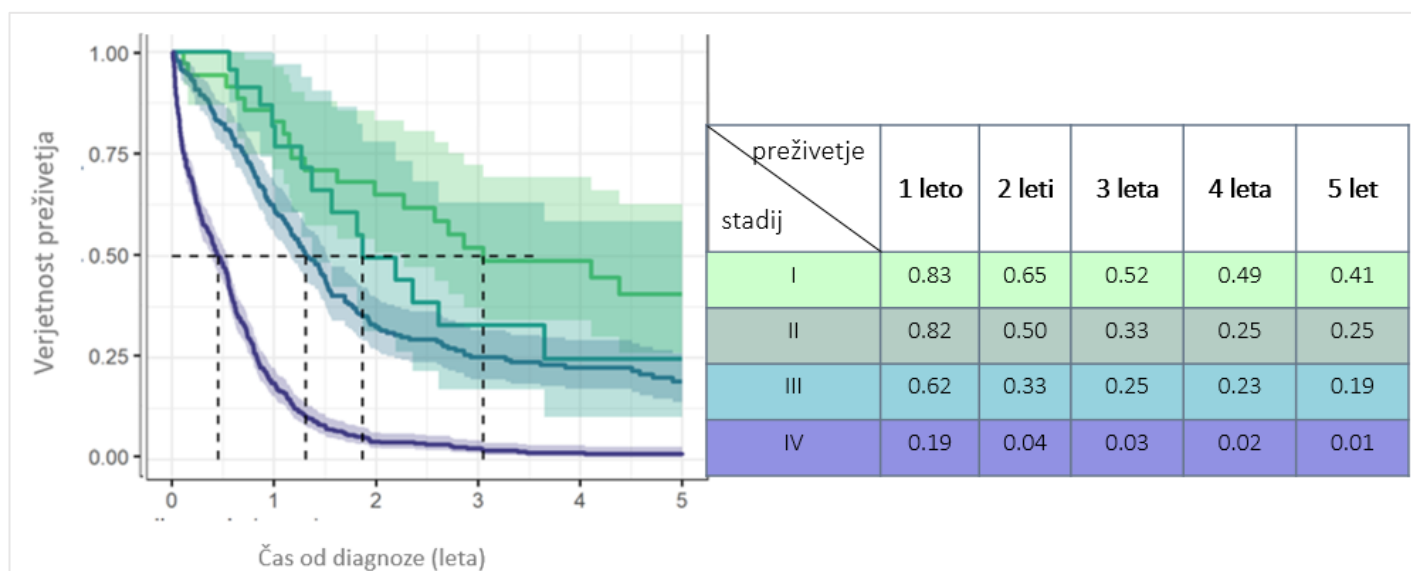
Slika 24: Verjetnost preživetja bolnikov z operabilnim rakom pljuč (vsi stadiji), zdravljenih na Kirurgiji Bitenc in Kliniki Golnik v različnih časovnih obdobjih 2010 – 2014; 2015 – 2017; 2018 - 2021. (n=1254)



12. Drobnocelični rak pljuč

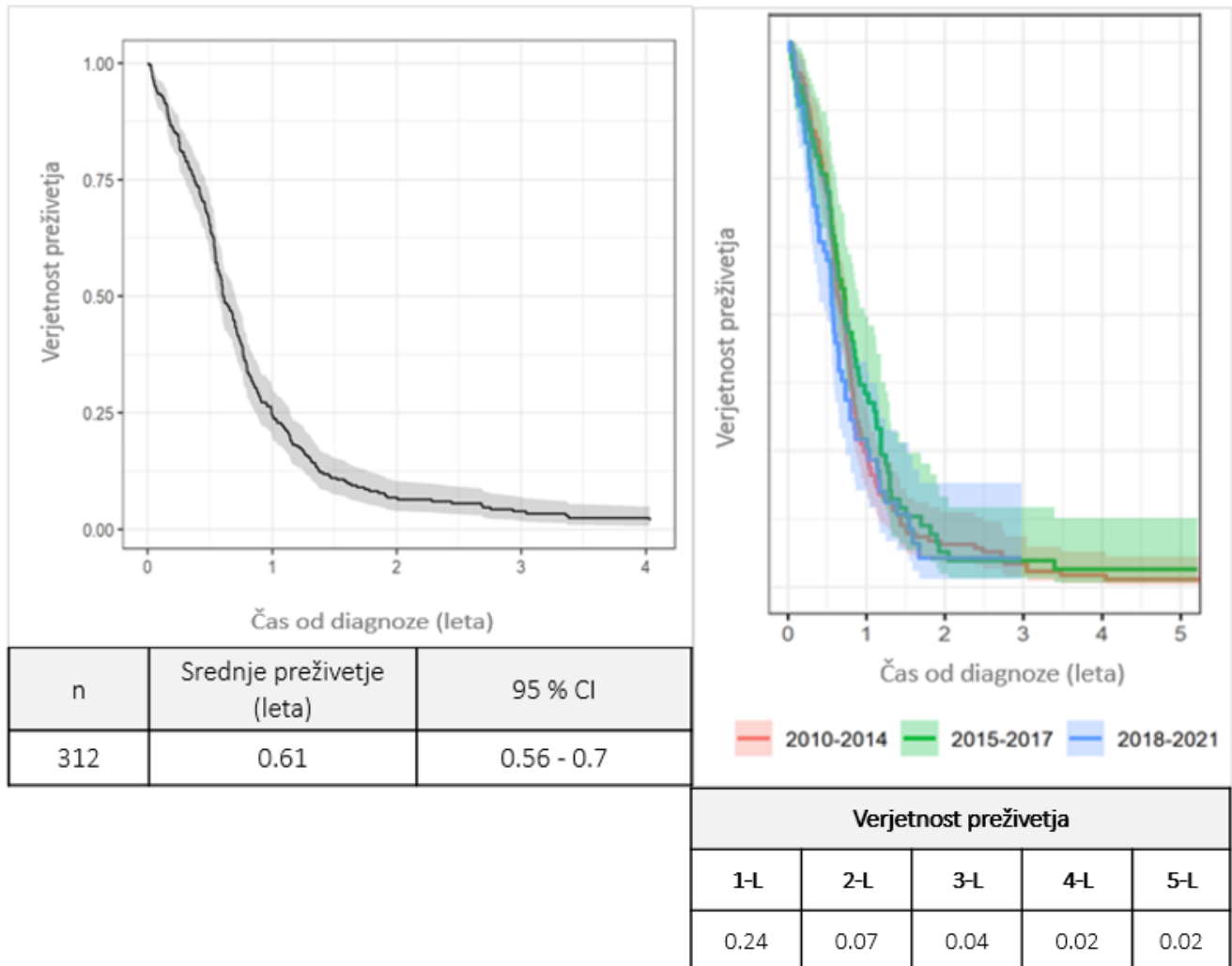
Kot je prikazano na Sliki 14, je večina bolnikov z drobnoceličnim rakom pljuč odkritih v napredovalem oz. metastatskem stadiju bolezni. Tudi bolniki, ki so diagnosticirani v zgodnjem stadiju bolezni pa imajo veliko možnosti za ponovitev oz. razsoj bolezni ter slabše preživetje kot bolniki z nedrobnoceličnim rakom pljuč z enakim stadijem bolezni.

Slika 25: Verjetnost preživetja bolnikov z drobnoceličnim rakom pljuč, diagnosticiranih na Kliniki Golnik v letih 2010 - 2020 po stadijih bolezni (n=783)



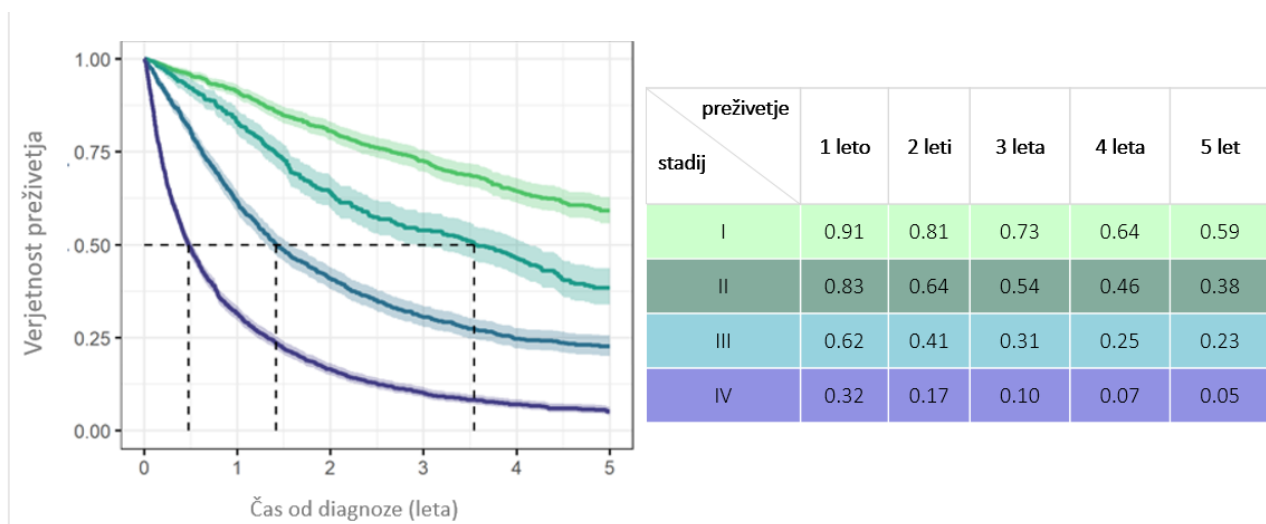
Osenčena področja predstavljajo 95% CI. Črtkane črte prikazujejo srednje preživetje za določen stadij drobnoceličnega raka pljuč.

Slika 26: Srednje preživetje bolnikov z metastatskim drobnoceličnim rakom pljuč, zdravljenih na Kliniki Golnik v letih 2010 - 2020 (levo) in verjetnost preživetja bolnikov z metastatskim drobnoceličnim rakom pljuč, zdravljenih na Kliniki Golnik v različnih časovnih obdobjih; 2010 – 2014; 2015 – 2017; 2018 - 2021 (desno) (n=312)



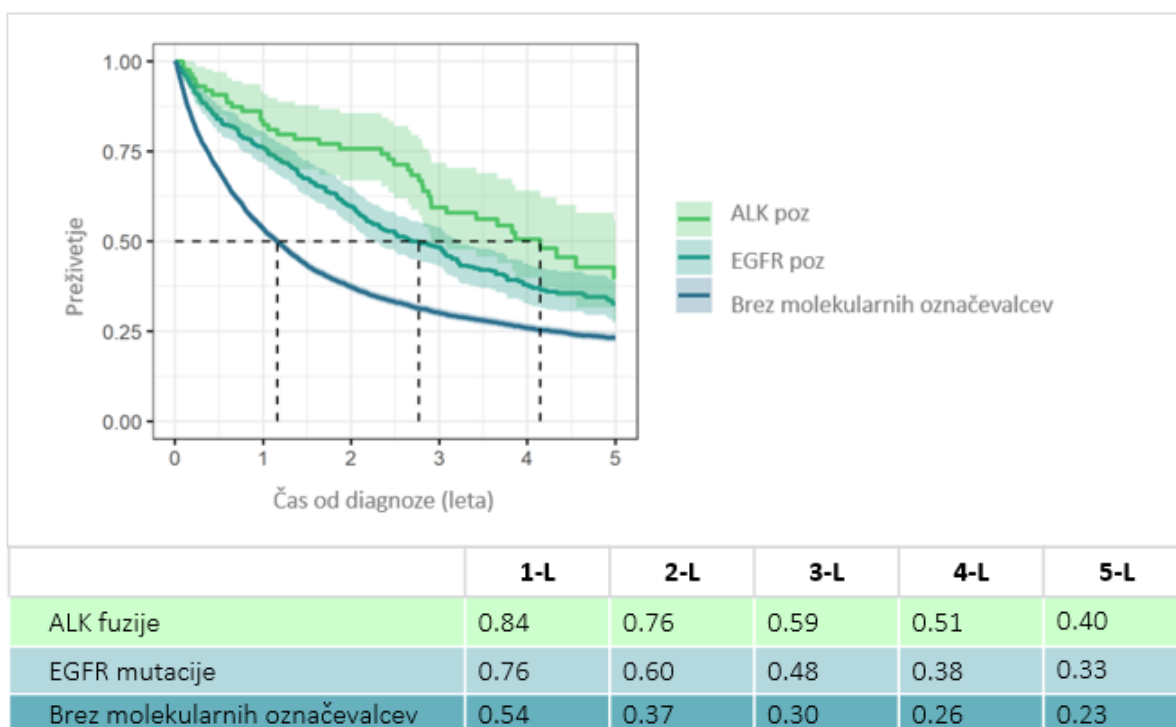
13. Nedrobnocelični rak pljuč

Slika 27: Verjetnost preživetja bolnikov z nedrobnoceličnim rakom pljuč, diagnosticiranih na Kliniki Golnik v letih 2010 - 2020 po stadijih (n=5519)



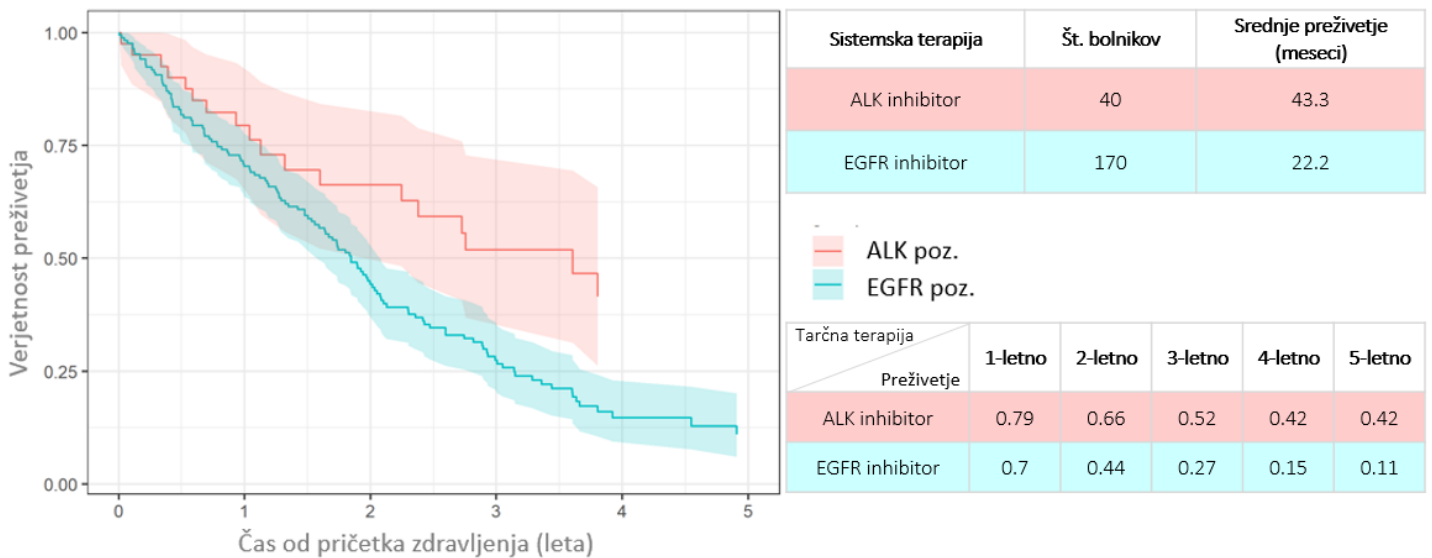
Osenčena področja predstavljajo 95% CI. Črčkane črte prikazujejo srednje preživetje za določen stadij nedrobnoceličnega raka pljuč.

Slika 28: Verjetnost preživetja po letih za bolnike z nedrobnoceličnim rakom pljuč, v kolikor so prisotne molekularne spremembe na površini celic (EGFR mutacije ali ALK fuzije) in če molekularne spremembe niso prisotne; za vse stadije bolezni, diagnosticirane v letih 2010 – 2020. (n=5519)



Bolniki z metastatskim nedrobnoceličnim rakom pljuč, ki imajo na površini celic prisotne aktivirajoče EGFR mutacije, so že od leta 2010 zdravljeni z EGFR inhibitorji - gefitinib, erlotinib in afatinib, kasneje še osimertinib (v zaporednih letih glede na registracijo zdravil in razvrstitev na pozitivno listo zdravil ZZS). Podobno so bolniki od leta 2014 v okviru rutinske klinične prakse zdravljeni z ALK inhibitorji, in sicer krizotinib, ceritinib, alektinib, brigatinib (v zaporednih letih glede na registracijo zdravil in razvrstitev na pozitivno listo zdravil ZZS). Na Sliki 29 so prikazani podatki za preživetje bolnikov s prisotnimi aktivirajočimi EGFR mutacijami ali ALK fuzijami, ki so v 1.liniji zdravljenja prejeli tarčno terapijo s katerim od zgoraj naštetih tarčnih zdravil.

Slika 29: Verjetnost preživetja bolnikov z metastatskim nedrobnoceličnim rakom pljuč s prisotnimi EGFR mutacijami ali ALK fuzijami, ki so bili v 1.liniji zdravljeni s tarčno terapijo na Kliniki Golnik v letih 2010 - 2020 (n=210): Osenčena področja predstavljajo 95% CI.



Bolniki z metastatskim nedrobnoceličnim rakom pljuč, ki na površini nimajo prisotnih molekularnih označevalcev, niso kandidati za zdravljenje s tarčno terapijo. Pri teh bolnikih se je v preteklosti uporabljalo predvsem zdravljenje s kemoterapijo na osnovi platine.

V letu 2015 se je pričela uporaba imunoterapije z zaviralci imunskih nadzornih točk, sprva v 2.liniji zdravljenja, od leta 2018 pa v 1. liniji zdravljenja. Do leta 2020 je postala uporaba imunoterapije z zaviralci imunskih nadzornih točk rutinska v prvi liniji v monoterapiji, v kolikor je bil delež PDL1 na površini tumorskih celic $\geq 50\%$ oz. v kombinaciji s kemoterapijo, v kolikor je bil delež PDL1 $< 50\%$.

Napredek v preživetju bolnikov ob zdravljenju z imunoterapijo z zaviralci imunskih nadzornih točk je prikazan na *Sliki 30*. Bolniki, ki so bili kadarkoli zdravljeni z imunoterapijo, imajo statistično pomembno boljše preživetje (HR 0.70, $p = 0.002$)

Slika 30: Verjetnost preživetja bolnikov z metastatskim nedrobnoceličnim rakom pljuč brez molekularnih označevalcev, zdravljenih na Kliniki Golnik po različnih časovnih obdobjih; 2010 - 2014 ko je bila na voljo zgolj kemoterapija; 2015 - 2017, ko se je uporabljala imunoterapija v 2. liniji zdravljenja in 2018 – 2021, ko se je pričela uporabljati imunoterapija v monoterapiji ali kombinaciji s kemoterapijo v 1. liniji zdravljenja (n=1046)

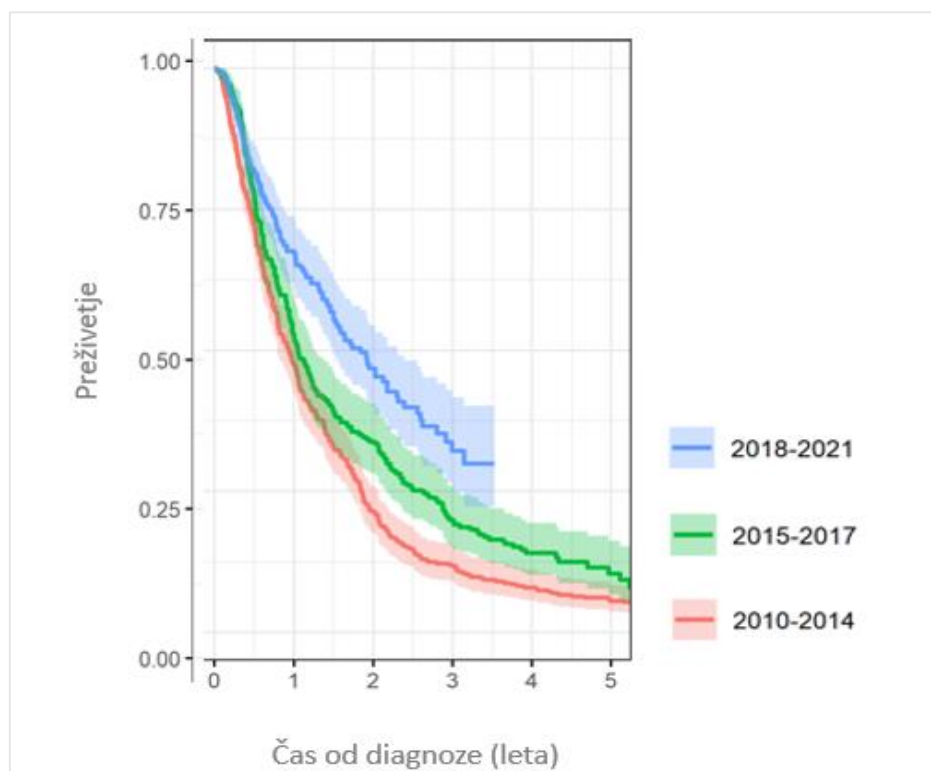
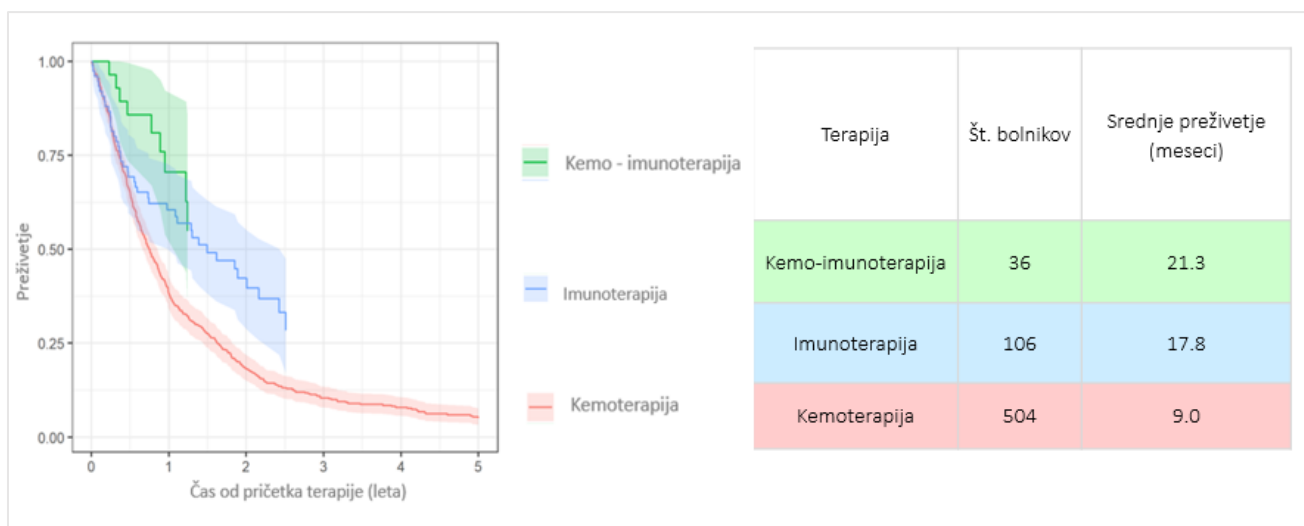


Tabela 2: Delež bolnikov z metastatskim rakom pljuč, ki so živi po 1 letu, 1.5 letih, 2 letih, 3 letih, 4 letih in 5 letih glede na izbor 1.linije sistemske terapije (n=646)

Zdravljenje	1-L	1.5-L	2-L	3-L	4-L	5-L
Kemoterapija	0.38	0.28	0.18	0.1	0.08	0.05
Imunoterapija	0.6	0.49	0.42	0.28	NA	NA
Kemo-imunoterapija	0.7	0.55	NA	NA	NA	NA

Slika 31: Verjetnost preživetja bolnikov z nedrobnoceličnim rakom pljuč brez molekularnih označevalcev glede na 1.linijo prejete terapije in prikaz srednjega preživetja teh bolnikov (n=646)



*v času analize se je kombinacija kemo-imunoterapije uporabljala prekratek čas, da bi lahko trdili, da je ta vrsta terapije superiorna nad drugo.