

Problematika základní prevence a screeningu nádorových onemocnění v praxi praktického lékaře

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

praktický lékař pro dospělé, Lanškroun

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Odborný asistent Ústavu sociálního lékařství LF UK, Hradec Králové

Obecné zásady prevence a screeningu jednoznačně prokazují, že primární péče je základním pilířem screeningových programů. Konkrétní data ze screeningového vyšetření testu na okultní krvácení ve stolici v ordinaci gastroenterologa prakticky ukázala, že screening není dostatečně plošně prováděn. O tom svědčí i celostátní data z let 2001–2005, ani data kvalitativně jinak hodnocená od roku 2006 neprokazují zlepšení. Naopak ale zlepšení mortality je možné očekávat nejdříve v následujících 3–5 letech.

Klíčová slova: screening, prevence, nádorové onemocnění, role praktického lékaře, role gastroenterologa, test na okultní krvácení ve stolici.

Issues of primary prevention and screening for tumourous disease at the primary care physician level

General principles of prevention and screening unequivocally show that primary care is the cornerstone of screening programmes. Specific data from faecal occult blood test screening at a gastroenterologist's practice showed that screening was not performed at a sufficient scale as is also suggested by the national data from the years 2001–2005; neither the data after 2006, assessed qualitatively differently, have shown any improvement. By contrast, though, an improvement in mortality can be expected in the following 3–5 years at the earliest.

Key words: screening, prevention, tumourous disease, role of primary care physician, gastroenterologist's role, faecal occult blood test.

Onkologie 2009; 3(6): 365–368

V neposledním čase se opakovaně v odborném i laickém tisku objevují nové a nové poznatky o řadě civilizačních onemocnění, které mají epidemiologický význam a zasahují velké skupiny obyvatel. Takovou oblastí je oblast nádorových onemocnění. Nádorová onemocnění hrají jednu z předních rolí v počtu nových onemocnění, bohužel také jsou na jednom z předních míst v příčinách smrti. I přes nárůst technických možností se nezabýváme strachy my lékaři, ani naši pacienti při vyslovení diagnózy – nádor, rakovina. Stále a opakovaně stojíme před problémem, jak pacientovi diagnózu sdělit, jak mu sdělit, že je nalezen nádor v pozdějším stadiu, tedy že má menší šanci na uzdravu nebo má vyšší pravděpodobnost snížené kvality života, ne-li úmrtí. Neboť právě onkologická onemocnění, jejich léčba a následná terapeutická a preventivní opatření jsou modelem pro porovnávání nejen ekonomických nákladů vs. pravděpodobné úspěšnosti léčby. Jsou také modelem pro porovnání nežádoucích účinků léčby, kvality života a opět pravděpodobnosti uzdravy nebo přežití, tím otevírají diskuzi například o zbytečné léčbě anebo o nedostatečně chápané paliativní

(symptomatické) léčbě a péči. Jako základní problém stále zůstává otázka prevence a depistáže – kdy, kde, co a v neposlední řadě za kolik. V možnostech lékaře první linie jsou přece jen jedinečné a exkluzivní nástroje – znalost pacienta, znalost jeho rodinné, osobní, pracovní anamnézy, které mohou vést k cílenému směřování diagnóz nádorového onemocnění, respektive závažných onemocnění obecně.

Diagnóza rakoviny je stále spojena s mnoha nejasnostmi a mnoha tabu – v lepší společnosti se o rakovině nehovoří. Vládne strach z diagnózy. Ani lékaři nejsou plně erudováni, aby s pacientem o problematice nádorového onemocnění dovedli komunikovat způsobem, že by pacient informaci přijal a věnoval se sebezpozorování, neboť dle opakovaných zkušeností je sebezpozorování i v této oblasti jednou z nejcennějších metod a zdrojem informací (Poznej sám sebe – gnothi seauto – platí i v prevenci, respektive vyhledávání možného nádorového onemocnění). Jsou to zásadní chyby komunikace mezi lékaři a našimi pacienty, kdy se na konci objevuje pozdně rozpoznané nádorové onemocnění. Právě oblast primární péče, oblast praktického lékaře – kde je většina jeho pacientů registrována a lékaři je známo zázemí,

rodinná anamnéza, pracovní prostředí, prostě to vše, co tvoří základ budoucí profese dnes všeobecného praktického lékaře – je nezastupitelná v prevenci a screeningu nádorových onemocnění. Pravděpodobně je v této fázi zbytečné metodologicky bazírovat na tom, jakou prevenci vlastně děláme – primární, sekundární a co je screening nebo depistáž, vyhledávání. Přece jen několik slov k uvedeným termínům.

Screening

- zásadou je vytipovat a oslovit skupinu asymptomatických jedinců
- screeningové testy nejsou testy diagnostickými, pouze při své pozitivitě vyslovují podezření na onemocnění nádorem, které je nutné přesnými diagnostickými metodami prokázat nebo vyvrátit
- přesná a definitivní diagnóza je možná (pokud je patologická tkáň dostupná) pouze histologicky, biopsií vyšetřením, odebráním tkáně

Screeningové vyšetření musí být takové, které vykáže minimum falešně negativních výsledků, otázkou zůstává, jak velké procento falešně pozí-

tivních je ještě únosné pro pacienta – riziko dalšího vyšetření (zátěž pacienta). Základními ukazateli je senzitivita, což je skutečnost, že vyšetřovaná osoba s nádorovým onemocněním bude mít opravdu pozitivní test, specificita je skutečnost, že osoba bez nádorového onemocnění má negativní vyhledávací test. Dalšími hodnotami určujícími citlivost testu jsou: pozitivní prediktivní hodnota – skutečnost, zda osoba s pozitivním testem má nádorové onemocnění a negativní prediktivní hodnota – skutečnost, že osoba s negativním testem nemá nádorové onemocnění.

Metody screeningu

- a) **Pozorování** je nejdostupnější metodou – vyšetření zrakem, doplněné o optické pomůcky – vyšetření kůže, retiny, rtů, dutiny ústní, laryngu, externího genitálu, cervixu uteri.
- b) Druhá nejčastější a nejdostupnější metoda je **palpace** – palpace prsních žláz, uzlin nebo přímo tumorů prsou, palpace čelistních uzlin, slinných žláz, štítné žlázy, podkožní tkáň a útvarů hmatných v podkoží, vyšetření anu, rektu, prostaty, varlat, gynekologické palpační bimanuální vyšetření – ovarií, dělohy, dlouhodobě perzistujících uzlin na krku, podpaždí nebo ve tříse.
- c) Nádory vnitřních dutin a nádory na aspekci a palpaci nedostupné lze detekovat **rtg vyšetřením, NMR, endoskopickými metodami. Některé laboratorní testy, PAP test, test na OK jsou pomocnými ukazateli** a vyslovují podezření na nádorové onemocnění.
- d) Jsou nádorová onemocnění, která nemají žádné pomocné depistážní metody, například ca pankreatu a prakticky všechny leukemie (proto je vhodné věnovat pozornost náhodně zjištěným hodnotám krevního obrazu a věnovat pozornost nespecifickým příznakům – únava, subfebrilie).

Obecně je dále důležité **důkladné fyzikální vyšetření asymptomatických jedinců v pravidelných intervalech (zde je bezpodmínečně nutná celoplošná edukace pacienta k využití možnosti dvouletých preventivních prohlídek dle zdravotního řádu).**

Je jasné, že včasné odhalení nádoru podporuje dobu přežití. Řada autorů z oblasti preventivního lékařství, ale hlavně celá řada kliniků z praxe věnovala svou pozornost a svou práci sledování právě úspěšnosti 5letého přežití a otázka stále častěji zní: **Je zvyšující se 5leté přežití nemocných důkazem úspěchu boje proti zhoubným nádorům?**

Tabulka 1. Tabulka vztahu velikosti a stupně nádorového onemocnění na střední délce přežití v letech některých typů solidních nádorů

Typ nádoru a jeho stupeň	< 1	Velikost nádoru v cm					
	Roky přežití	1	2	3	4	5–9	> 10
Nádory prsu							
Lokální	> 13	> 13	> 13	12	11	10	10
Regionální uzliny	12	13	11	8	7	6	4
Vzdálené metastázy	1	2	2	2	2	2	2
Nádory kolorekta							
Lokální	> 10	> 10	> 10	9	9	8	8
Regionální uzliny	5	4	4	4	4	4	4
Vzdálené metastázy	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8
Nádory plic							
Lokální	6	6	4	3	2	1	0,8
Regionální uzliny	2	2	2	2	1	1	0,8
Vzdálené metastázy	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

Od roku 1950 do roku 1995 došlo ke zvýšení 5letého přežití u každého z 20 základních typů solidních tumorů. Tento absolutní vzestup byl v rozmezí od 3 % (karcinom pankreatu) do 50 % (karcinom prostaty). Ve stejném období klesla úmrtnost u 12 typů nádorů, naopak se zvýšila u zbylých 8. Incidence klesla pouze u 5 nádorů z 20. Byly studovány údaje, které nepotvrdily, respektive prokázaly malou korelaci mezi zvýšením 5letého přežití u jednotlivých nádorů a změnou úmrtnosti vázané na příslušný nádor. Je však zřejmá pozitivní korelace – tedy **zvýšení 5letého přežití je vázáno na zvýšení incidence daného nádoru**. Bylo ale zjištěno, že zvýšení 5letého přežití má malý vztah k úmrtnosti způsobené nádorem. Proč? Jsou tři cesty ke zvýšení 5letého přežití:

1. zdokonalení léčby vlastního nádorového procesu, nemocní dosáhnou vyššího věku v důsledku zlepšeného léčení
 2. Nás ale zajímá spíše bod 2 a 3:
 3. odhalí se více pacientů v časnějším bodu průběhu nemoci a každým posunutím doby diagnózy k začátku nemoci se zvýší 5leté přežití z důvodů zdánlivého účinku doby od diagnózy k výsledku
3. pokud je časná léčba účinná, dojde k dalšímu zvýšení 5letého přežití, pacient bude žít do vyššího věku a úmrtnost rovněž poklesne, pokud léčba bude neúčinná, pacient zemře ve stejném věku a úmrtnost se nezmění

Dochází ke zvýšení přeživších 5 let zvýšením podílu přeživších pacientů nikoliv „doprava“ na ose času, ale „doleva“.

Zvýšení incidence vyplývá z úsilí stanovit diagnózu co nejdříve a odhalování subklinických

forem (z nichž některé se třeba nikdy nestanou symptomatickými) ještě dále incidenci zvyšuje.

Ze závěrů prací zabývajících se vztahem odhalení nádoru v čase, tedy zvýšením šance na léčbu a eventuální vyléčení časného stadia onkologického onemocnění, vyplývá několik základních věcí:

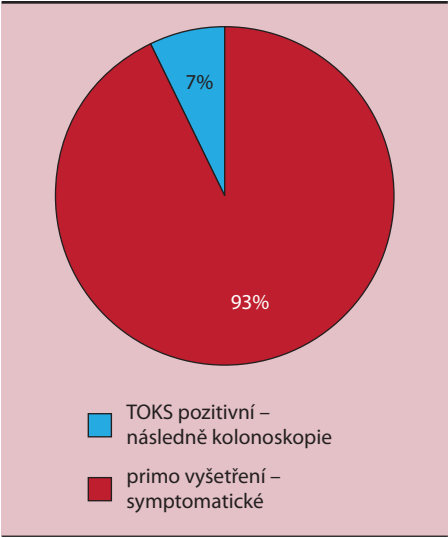
- a) 5leté přežití není ukazatelem účinnosti časné diagnózy nebo léčby
- b) panuje jednoznačná shoda na půdě Nacional Cancer Institute, že nejdůležitějším kritériem úspěšnosti boje proti zhoubným nádorům je úmrtnost, či spíše letalita (tedy úmrtí na vybrané dané onemocnění). Jejím pokles můžeme očekávat po každém zlepšení účinného zvládání nádorového onemocnění – po snížení počtu rizikových faktorů (zlepšení primární prevence), po úspěchu v systému včasné detekce nádorů (screeningové programy) nebo po zvýšení účinnosti léčby

Přežívání pacientů s nádorovým onemocněním má ještě jeden rozměr – kvalita života, který má nemocný před sebou.

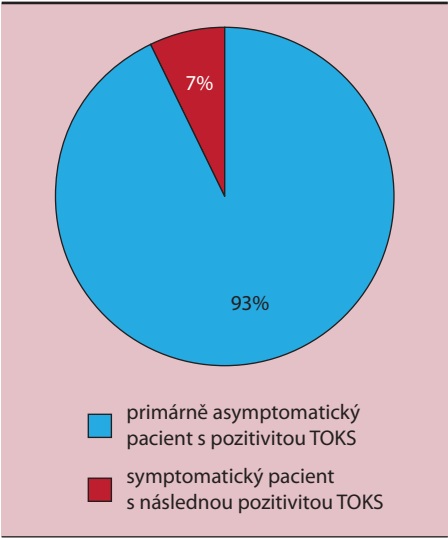
Kde provádět prevenci a screening – role praktického lékaře

Heywood, et al. ve své zprávě jednoznačně dokladují, že riziková pacienta ve smyslu rizik výše jmenovaných jsou nejvíce známi svým praktickým lékařům a že hlavním organizátorem a realizátorem programů prevence a screeningu nádorového onemocnění musí být praktický lékař (1). Toto je fakt, který se postupně začíná prosazovat i v našem systému zdravotnictví. Jedině registrující praktický lékař má dostatek a ucelené množství informací o svých klientech

Graf 1. Podíl primovýšetření TOKS+/klinika



Graf2. Podíl TOKS: splňujících kritéria screeningu/ symptomatictí pacient s následným TOKS (data GEP Zábřeh)



a může tak vybrat účinný nástroj ke zjištění nádorového onemocnění, eventuálně ke způsobu ovlivnění rizikového chování ve smyslu rizika vzniku nádoru.

Význam prevence je popsán i v dokumentu Charta proti rakovině, která byla podepsána 4. února 2000 v Paříži – některá ustanovení týkající se prevence a screeningu si dovolím ocitovat. Musí být plně podporována a praktická realizace závěrů této charty ozřejmují snahu praktických lékařů být koordinátory základních vybraných screeningových programů, jak se to již děje.

Jaká je skutečnost v praxi

Spolupracuji již řadu let s Gastroenterologickou ordinací v Zábřehu. V letošním roce jsem požádal gastroenterologa o srovnání dat z pohledu odborné ordinace a naší ordinace ve vztahu k problematice screeningu kolorektálního karcinomu. V tabulce 2 je vidět podíl primovýšetření, respektive podíl kolonoskopií provedených v le-

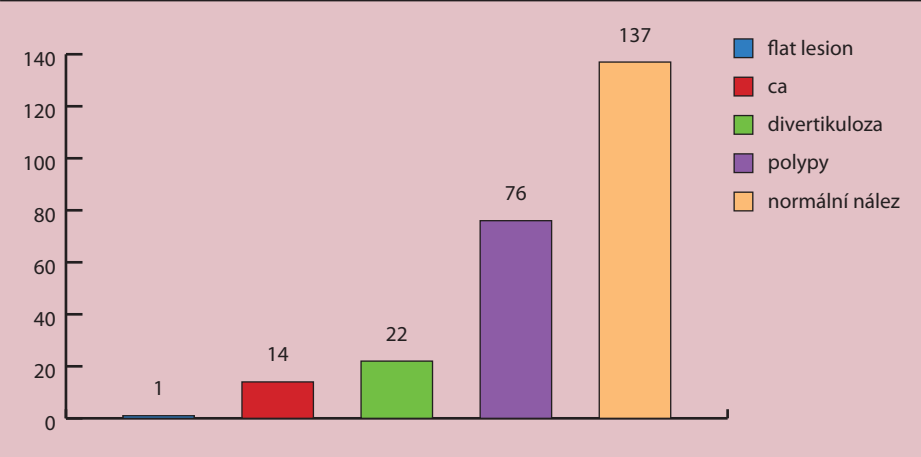
Tabulka 2. Podíl kolonoskopických vyšetření – primovýšetření pro symptomy/pro pozitivitu TOKS (data GEP Zábřeh)

Pro bližší ujasnění bylo provedeno TOKS pozitivní – následně kolonoskopie	235
primovýšetření – symptomatické	3 105

Tabulka 3. Metodická chyba screeningu – počet asymptomatických pac s TOKS+/počet symptomatických pacientů s provedeným TOKS + (data GEP Zábřeh)

primárně asymptomatický pacient s pozitivitou TOKS	219
symptomatický pacient s následnou pozitivitou TOKS	16

Graf 3. Rozložení nálezů získaných kolonoskopickým vyšetřením (data GEP Zábřeh)



tech 2001–2008 pro pozitivní TOKS (test na okultní krvácení ve stolici) u pacientů praktických lékařů v rámci preventivní prohlídky.

Zde docházelo také ze strany praktických lékařů k metodologické chybě, neboť screening má základní premisu v tom, že se vyšetřují asymptomatictí jedinci, tabulka 3 ukazuje, že to tak nebylo vždy pochopeno.

V grafu 3 je vidět rozložení nálezů získaných kolonoskopickým vyšetřením.

Jako číslo je to nesmysl, ale jednoznačně vypovídá o tom, že asi TOKS není v terénu realizován celoplošně.

Příčiny ???

Srovnání s ordinací praktického lékaře

Ve své ordinaci pracuji 25 let, mám stabilní strukturu pacientů, registrovaných pacientů mám 1992.

Závěry gastroenterologa

Gastroenterologie Zábřeh spolupracuje s 20 praktickými lékaři v okolí a kolonoskopie provádí od 1. července 2001 systematicky (jsou podklady).

Z celkového počtu kolonoskopických primovýšetření připadá pouze 7 % na vyšetření indikované praktickým lékařem na základě positivity TOKS, 45 % vyšetření při TOKS pozitivitě prokázalo patologii, 30 % pacientů mělo tedy nově zjištěnou diagnózu polyp v tlustém střevě – potvrzená prekanceróza (76 pacientů), u 6 % pacientů již diagnostikován karcinom kolorekta (14 pacientů) (není stanoveno stadium).

Z toho plyne, že 11,07 pacientů s pozitivitou TOKS připadá průměrně na jednoho PL, který spolupracuje s gastroenterologií Zábřeh, v průběhu 8 let je to sice statistický průměr, ale na straně druhé je to tedy 1,04 pacienta s pozitivním TOKS ročně.

Jak dopadlo srovnání

Praktičtí lékaři jsou zapojeni do screeningového programu TOKS od roku 2001, sledovaná skupina PL předávala data a nejlepší praktici byli schopni realizovat 150 TOKS u svých pacientů, po sestavení následujících tabulek jsem se nemohl této skupině kolegů rovnat.

Pro srovnání jsem si vybral skupinu pacientů symptomatických (nejčastěji krev ve stolici) za stejné časové období.

Pohled praktického lékaře

- Za devět let je provedeno 234 vyšetření TOKS (1992 registrovaných pacientů)
- 20 pozitivních TOKS odesláno na kolonoskopii
- Tedy 2,22 pacienta ročně
- Z 20 pozitivních TOKS bylo 5 nálezů verifikovaných na kolonoskopii
- 2 karcinomy kolorekta

Tabulka 4. Počty provedených TOKS 2000–2008

rok	počet vyšetření	muži	ženy
2000	2	1	1
2001	21	12	9
2002	33	17	16
2003	8	7	1
2004	34	20	14
2005	33	14	18
2006	41	18	23
2007	62	26	36
2008	57	28	29

Tabulka 5. Symptomatictí pacienti odeslaní na kolonoskopii (krev ve stolici primárně)

rok	ženy	muži	počet vyšetření
2000	22	15	37
2001	17	24	41
2002	16	18	34
2003	16	5	21
2004	16	11	27
2005	11	20	31
2006	14	10	24
2007	6	1	7
2008	16	3	19

Tabulka 6. Výsledky screeningového programu – nepřímá data 2000–2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
gTOKS	13 716	139 575	159 575	206 098	232 930	239 795
Kolonoskopie	59 252	68 897	86 342	95 685	98 134	139 926
Endoskopická polypektomie	10 383	13 605	20 756	23 802	24 957	34 842

Tabulka 7. Výsledky screeningového programu 2005

	Celkem	gTOKS (+)	gTOKS (+) %
Kolonoskopie	139 926	14 885	10,6
Karcinomy	5 707	951	16,7
Adenomy	46 304	6 272	13,5
Pacienti s adenomy	26 365	4 682	17,8
Endoskopické polypektomie	34 842	5 572	16,0

- 3 dysplastické polypy (u jedné pacientky korelace s karcinomem prsu)
- Je to málo, nebo moc?

Otázky byly položeny a zbývá konstatovat, že otázka screeningu kolorektálního karcinomu je opravdu nedořešená a je stále podceňovaná, nebo jinak řečeno, není jí věnována dostatečná pozornost jak ze strany lékařů, tak pacientů (současná PR kampaň by mohla věci napomocť).

Dokládají to i celostátní data (tabulka 6).

Závěr

V 5 letech bylo provedeno 977 973 TOKS, karcinom byl diagnostikován u 2 797 (0,29%)

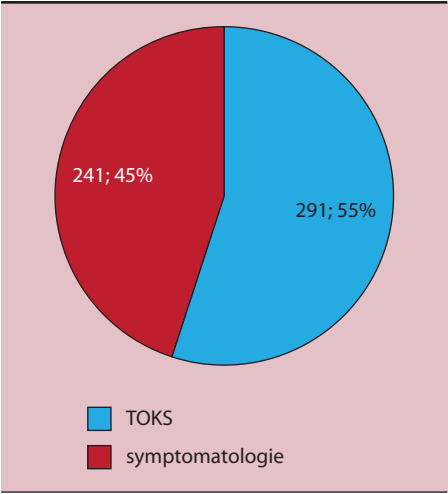
a adenomy byly odstraněny u 19 257 (1,97%) jedinců.

Od roku 2005 jsou data zpracovávána jiným způsobem, sofistikovaněji a je otázkou času, kdy získáme výsledky směřované na konkrétní rodné číslo, tedy na konkrétního pacienta.

Závěrem můžeme konstatovat, že zatím se screening kolorektálního karcinomu (KRK) nedaří plošně, na straně druhé je nutné říci, že vyhodnocení epidemiologických ukazatelů spojených s KRK je složité:

- Zastavení růstu incidence
- Relativně vysoký poměr nově diagnostikovaných KRK v pokročilém stadiu
- Vysoká prevalence pacientů, u kterých byl KRK diagnostikován v minulých letech

Graf 4. Podíl TOKS/symptomatologie



- Vztah ke screeningovému programu:
- Je stále na začátku, viditelná změna v incidenci a mortalitě KRK může být očekávána nejdříve v následujících 3–5 letech
 - Zásadní je komunikace s cílovou skupinou asymptomatických jedinců starších 50 let

Česká republika má dobrou kontrolu nad populačními daty zhoubných onemocnění. Tato data jsou rutinně a standardizovaně sbírána a centralizována (od r. 1997). Celá databáze je k dispozici on-line: www.svod.cz.

Pokusil jsem se na obecném úvodu o možnostech preventivních vyšetření a nezastupitelné roli praktického lékaře v provádění screeningových vyšetření a nakonec na konkrétních číslech ordinací gastroenterologa a praktika ukázat realitu screeningu kolorektálního karcinomu. Realita není vůbec příznivá a i přes pokrok v datové oblasti sběru údajů je zásadním problémem edukace lékařů první line a stejně důležitá je edukace samotných pacientů.

Literatura

1. Skála B. Možnosti prevence a screeningu nádorových onemocnění v praxi praktického lékaře. Doktorská disertační práce, LF UP Olomouc 2001.
2. Zavoral M, Suchánek Š, Dušek J, Frič P. Populační screening kolorektálního karcinomu v České Republice. Symposium ke Světovému dni proti rakovině. Lékařský dům, Praha, 4. 2. 2009.
3. Botík M, Skála B. Pohled na TOKS gastroenterolog a praktický lékař. Symposium ke Světovému dni proti rakovině. Lékařský dům, Praha, 4. 2. 2009.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
praktický lékař pro dospělé
Na Valech 216, 563 01 Lanškroun
skalab@svl.cz

