

Bohumil Seifert<sup>1</sup>, Norbert Král<sup>1</sup>, Ladislav Dušek<sup>2</sup>, Štěpán Suchánek<sup>3</sup>, Miroslav Zavoral<sup>3</sup>

1. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK v Praze,

2. Institut biostatistiky a analýz, Masarykova univerzita, Brno

3. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Interní klinika 1.LF UK a ÚVN Praha

# Screening kolorektálního karcinomu v roce 2010

**Souhrn:** Rok 2009 přinesl pozitivní zvrát v rozvoji screeningových programů, zejména screeningu kolorektálního karcinomu. Zvýšila se marketingová aktivita, program ožil novou koncepcí a zavedením nových technologií, odborníci byli konfrontováni s precizně zpracovanými daty o svých činnostech a sešli se k mezioborové diskusi. V hodnocení roku 2009 očekáváme vyšší účast osob z cílové skupiny na testování skrytého krvácení ve stolici i vyšší počet screeningových kolonoskopií, primárních, ale zejména provedených na základě pozitivního testu. Vyšší pozitivita je důsledkem zavádění citlivějšího imunochemického testu a je třeba ji monitorovat. Vyšší účast osob na screeningu a vyšší míra pozitivity testu prověří výkonnost naší gastroenterologie.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

**v ČR je ročně nově diagnostikováno 7900 - 8300 pacientů s karcinomem kolorekta**

**prevalence kolorektálního karcinomu vzrostla v ČR od r. 1995 téměř o 100 %**

## Úvod

Nádory jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v zemích Evropské unie. Lze předpokládat a také se potvrzuje, že se stárnutím populace bude zhoubných nádorů přibývat. Ani česká populace není výjimkou. V případě kolorektálního karcinomu je v ČR ročně nově diagnostikováno 7 900 - 8 300 pacientů a 4 100 - 4 500 pacientů na něj zemře. Prevalence dosáhla v roce 2007 hodnoty 43 835 osob a ve srovnání s rokem 1995 tak vzrostla téměř o 100 % (1). Z předpokládaného nárůstu incidence, ale i prevalence nádorových onemocnění, pro praktické lékaře nevyplývají jen úkoly v prevenci a včasném zachytu nádorů, ale i přibývání chronické péče o pacienty s diagnostikovaným nádorem a péče paliativní.

Rada Evropské unie vydala v roce 2003 doporučení, ve kterém identifikovala tři nádorová onemocnění, u kterých je vhodné provádět screeningové programy: rakovinu prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku. Tyto nádory odpovídají za třetinu všech nádorem způsobených úmrtí u žen a za 11 % nádorových úmrtí u mužů. Ve zprávě z ledna 2009 Evropská komise konstatuje významný pokrok ve screeningu; nicméně pouze 22 zemí provádí organizovaný screening rakoviny prsu, 15 zemí screening děložního hrdla a pouze 12 států kolorektální screening. Z očekávaných 125 miliónů screeningových vyšetření ročně, je jich v EU provedeno méně než polovina (2).

## Screening nádorů v České republice

Česká republika naplňuje doporučení EU a or-

ganizuje všechny tři screeningové programy. Účast v nich kolísá regionálně. Nejvyšší účasti na všech screeningových programech bylo v letech 2006 - 2007 dosaženo v Břeclavi (průměr 47 %, mammární screening 74 %, kolorektální screening 16 %, cervikální 52 %), dále v Třebíči (43 %, 61 %, 26 %, 43 %) a v Chomutově (43 %, 48 %, 28 %, 15 %, 44 %) a 52 %). Screeningu nejméně přejí v okresech Prostějov (16 %, 9 %, 15 %, 23 %), Nymburk (22 %, 8 %, 15 %, 44 %) a Frýdek Místek (22 %, 25 %, 11 %, 29 %).

Všeobecný praktický lékař do určité míry zasahuje do všech programů. Součástí onkologické prevence v rámci preventivní prohlídky u všeobecného praktického lékaře je aktivní dotaz na účast ve screeningu děložního hrdla a prsu, případně odeslání ženy na tato vyšetření. Klíčová role je praktickým lékařům svěřena ve screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku.

## 10 let kolorektálního screeningu v České republice

Desetiletá zkušenost českých praktických lékařů s prováděním testu na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a indikace diagnostického programu je unikátní. Praktičtí lékaři (PL) nebo jejich sestry provedli za 9 let více jak dva miliony testů, vyšetřili téměř tři čtvrtě miliónu osob z cílové skupiny a více jak 100 000 osob s pozitivním výsledkem odeslali na kolonoskopii. Screening odhalil rizikové polypy u desítek tisíc osob a časná stadia rakoviny u tisíců osob (3). Ani v České republice nebylo dosaženo očekávané účasti; ani v nejlepších letech účast ve scree-

**V ČR je dlouhodobě více než 50 % nových pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikováno v klinickém stadiu III nebo vyšším**

**novinky od r. 2009:**  
 - PL nemusí vázat TOKS na preventivní prohlídku  
 - ve věkovém intervalu 50 - 55 let se TOKS provádí každoročně  
 - je možno využívat nových technologií v podobě imunochemického testu  
 - v 55 letech je možné nabídnout screeningovou kolonoskopii

**věk nad 50 let je zásadní rizikový faktor**

**program sběru dat v praxích:**  
 - do programu je možné se přihlásit na adrese:  
[vselek@lf1.cuni.cz](mailto:vselek@lf1.cuni.cz)

**seznam center pro screeningovou kolonoskopii:**  
[www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/988-centra-pro-screeningovou-kolonoskopii.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/988-centra-pro-screeningovou-kolonoskopii.html)

ningu nepřekonal 25 % a v letech 2006 - 2007 dokonce klesla pod 17 %. Proto se také příliš nezměnilo rozložení klinických stádií, ve kterých kolorektální karcinom diagnostikujeme a která jsou určující pro míru pětiletého přežití. V ČR je dlouhodobě více než 50 % nových pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikováno v klinickém stadiu III nebo vyšším.

## Screening po roce 2009

Nově zformovaná komise MZ ČR pro kolorektální karcinom iniciovala oživení programu v roce 2009. Nový design programu je atraktivnější pro lékaře i pacienty. PL nemusí vázat TOKS na preventivní prohlídku a provádí jej ve věkovém intervalu 50 - 55 let každoročně, může využít nových technologií v podobě imunochemického testu a v 55 letech nabídnout screeningovou kolonoskopii. Motor inovativního procesu ve screeningovém programu, Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně (IBA), organizuje semináře napříč republikou, na kterých se scházejí gastroenterologové, onkologové, gynekologové a praktičtí lékaři, politici, zástupci Ministerstva zdravotnictví a plátců zdravotní péče. Pro tyto semináře připravuje data, která pro hodnocení programu až donedávna chyběla. Součástí každého semináře je tisková konference. Mluvčí programu mají častou příležitost k prezentaci v médiích. Laické populaci se především zdůrazňuje fakt, že v případě kolorektálního karcinomu zdravý způsob života nestačí a že věk nad 50 let je zásadní rizikový faktor. Představuje se iniciativa občanského sdružení Onkomaják, projekt Střevotour, jehož náplní je putování makety tlustého střeva po obchodních centrech v České republice. K dispozici jsou webové prezentace, určené i pro laiky, např. [www.kolorektum.cz](http://www.kolorektum.cz) nebo [www.strevotour.cz](http://www.strevotour.cz), kde čtenář najde mimo jiné velmi pozitivně působící filmový dokument kolonoskopického vyšetření, které známému malíři Petru Urbanovi provedl prof. Miroslav Zavoral. Podobný systematický marketing dosud kolorektálnímu screeningu chyběl.

## Výstupy aktivit a klíčové náměty screeningů

Prozatím ještě nejsou k dispozici všechna data za rok 2009, ale již dnes je jasné, že v účasti v kolorektálním screeningu jsme se odrazili ode dna a vrátili jsme se nad úroveň roku 2004 - 2005. Můžeme s napětím očekávat, do jaké míry k tomu přispěli gynekologové, kteří tolik o screening stáli. Data za rok 2006 - 2007 naznačila veliké rozdíly spíše než mezi jednotlivými kraji, tak mezi jednotlivými okresy. Zatímco v Chomutově, Třebíči, Litoměřicích, Šumperku a Karviné i v letech 2006 - 2007, která nepřála prevenci dosáhli kolegové více jak 25%

účasti, v Mělníce, v Kutné hoře, na Novojičínsku a v Benešově nedosáhli ani na 10%. Uvidíme, zda data z roku 2009 potvrdí tyto rozdíly nebo z nich udělají jen náhodnou hru čísel. V průzkumu, který na jaře 2009 zorganizoval Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, respondenti z řad VPL odhadovali, že 25 % pacientů dá ve věku 55 let a výše přednost screeningové kolonoskopii. Velmi hrubým odhadem, při současné adhezenci k programu, by to mohlo znamenat více jak 50 000 primárních screeningových kolonoskopií v roce 2009.

Zavedením imunochemického testu Česká republika vyhověla bodu č. 6 doporučení Evropské komise k zavádění nových technologií, ověřených studiemi. Pro nahrazení guajakového testu testem imunochemickým hovoří všechna data. Test je přijatelnější pro pacienta a jeho vyhodnocení je jednodušší a přesnější. Vyšší compliance pacienta vyrovná jeho vyšší cenu. S tímto testem také vstoupili do programu gynekologové. V praxi jsou dnes k dispozici testy kvalitativní, vyhodnocované papírkovou metodou nebo přístrojově (např. na vícefunkčním přístroji Quik Read) a kvantitativní, které ovšem vyžadují vyhodnocení v laboratoři. Všechny testy charakterizuje vyšší senzitivita. Z předběžných výsledků monitoringu v praxích VPL se ukazuje, že zatímco míru pozitivitu guajakových testů jsme drželi v roce 2008 pod 4 %, a to dokazuje precizní zvládnutí metodiky praktickými lékaři, míra pozitivitu imunochemických testů může být vyšší než dvojnásobná. Zatímco jsme až dosud indikovali zhruba 10 - 15 tisíc kolonoskopií na základě pozitivního TOKS, mohlo by to být v dalších letech 30 tisíc a více, i při současné úrovni účasti osob na screeningu. Sběr dat, který IBA dovedla k dokonalosti v případě pacientů předaných na gastroenterologii, nemůže postihnout rozdíly v používání jednotlivých testů. Kódy pojišťoven lze rozlišit pouze negativní a pozitivní výsledek. Tento nedostatek se snažíme nahradit sběrem dat v praxích, dobrovolně monitorujících své screeningové aktivity. Do programu je možné se přihlásit na adrese [vselek@lf1.cuni.cz](mailto:vselek@lf1.cuni.cz).

S tím souvisí kapacita gastroenterologických pracovišť. Na prvních seminářích kolegové uváděli, že v objednacích dobach obvykle nepřesahovaly 3 - 4 týdny. Při posledních seminářích, které již refletovaly situaci v roce 2009, už se hovoří o limitu 2 měsíců. Autoři doporučují všem kolegům, aby kontaktovali Centrum pro screeningovou kolonoskopii, případně centra; domluvili se na spolupráci, předávání pacientů, způsobu přípravy a na požadovaných vyšetřeních. Seznam center je na webu MZ ČR (<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/988-centra-pro-screeningovou-kolonoskopii.html>). Podobnou iniciativu bych očekával od center směřem k praktickým lékařům. Centra jsou zařazena do syste-

matické kontroly kvality prostřednictvím indikátorů, mezi které patří např. počet provedených kolonoskopií (minimum 50 ročně), dosažení céka při kolonoskopii, počet komplikací, atd.

Na všech seminářích se diskuse dotkla otázky zdvojení výkonů s gynekology. Bylo konstatováno, že se nelze spolehnout na informaci podávanou pacientem. Původně příslibená tolerance Všeobecné zdravotní pojišťovny byla v regionech zpochybněna. Na druhou stranu rozměr tohoto problému není významný.

### Centrální zvaní

Naopak významným námětem je otázka zvaní osob ke screeningu. Bez ohledu na marketingové aktivity evropské zkušenosti jasně ukazují, že jediné centrální zvaní osob z cílové skupiny může zvýšit účast k optimální míře. Jedině **centrální zvaní** také naplňuje definici populačního screeningu. Příkladem je screening organizovaný ve Francii, ve Finsku nebo ve Velké Británii. Kdo by měl zvat a koho zvat?

Státní správa má dokonalé seznamy, ale nemá informace o výkonech a biologickém zdraví člověka. Centrální zvaní touto administrativou nese etická rizika. Výzva by musela mít velmi neutrální charakter. Pojišťovny mají seznamy, přehled o výkonech a znají registrující lékaře. Ani pojišťovny ale nemohou posoudit biologický stav pacienta a vhodnost screeningu.

Praktičtí lékaři mají seznamy, přehled o výkonech a znají pacienty. Nemají ale administrativní síly; čas strávený agendou zvaní by měli raději věnovat pacientům.

V úvahu připadá model, využitý aktuálně při výběru osob k očkování proti prasečí chřipce. Pojišťovna zašle seznamy, které lékař schválí.

Podle amerického modelu Happy Birthday osoby ve věku 50 let (resp. 55, 60 let) obdrží pozitivně laděné pozvání k preventivní prohlídce u svého praktického lékaře. Software pojištěven by jistě dokázal generovat automaticky pozvánky pro osoby z cílové skupiny, které neabsolvovali v posledních 2 letech TOKS nebo v posledních 10 letech kolonoskopii. Centrální zvaní by mohlo případně zahrnovat obecnější výzvu k prevenci nejen onkologické, ale i kardiovaskulární. Otázka centrálního zvaní k preventivním programům je námětem k vážné diskusi mezi státem, plátcem a poskytovateli zdravotní péče. Jestliže všichni zúčastnění berou screening vážně, tak by měla diskuse proběhnout co nejdříve.

### Závěr

Perspektiva screeningu kolorektálního karcinomu v České republice se v tomto sdělení jeví jako slibná. Jsme zkušenější než před deseti lety a naši pacienti jsou lépe informovaní. Pokud se naplní naše očekávání, pak vyšší účast

osob na screeningu a vyšší míra pozitivivity testu prověří výkonnost naší gastroenterologie.

**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.** - promován na Fakultě dětského lékařství UK v Praze v r. 1981, 1. a 2. atestace ze všeobecného lékařství 1985, 1990. Postgraduální studium v preventivním lékařství: Ph.D. 2006. Ordinace praktického lékaře v Karlíně, Praha 8, od roku 1985, od roku 1997 soukromá. Od roku 1993 působí jako učitel na Katedře všeobecného lékařství IPVZ, pak na 2. lékařské fakultě a od roku 2003 vede Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK. Vědecká a publikační činnost na národní i mezinárodní úrovni v odborných oblastech se vztahem k primární péči: kvalita poskytované péče, pregraduální vzdělávání, gastroenterologie, studie v primární péči. Nejvýznamnější publikace: Všeobecné praktické lékařství, vydané v roce 2005 v nakladatelství Galén. Od roku 1998 členem výboru SVL ČLS JEP, od roku 2002 jako vědecký sekretář. Ve výboru SVL se věnuje oblasti výzkumu, mezinárodních projektů a klinické oblasti gastroenterologie. Členem evropské pracovní skupiny EQUIP ([www.equip.ch](http://www.equip.ch), Kvalita v primární péči) a sekretář ESPCG ([www.espcg.org](http://www.espcg.org), Evropská společnost pro gastroenterologii v primární péči).

#### Literatura:

1. Dusek L., Zavoral M., a kol. Informační základna programu kolorektálního screeningu ČR – přehled dostupných dat z období 2000 - 2009, *Praktický lékař*, 2010;90,1,3-11
2. Report on cancer screening in Europe - briefing, 22.1.2009, [www.eubusiness.com](http://www.eubusiness.com)
3. Zavoral M., Suchanek S. et al. Colorectal screening in Europe. *World J Gastroenterol* 2009, December 21; 15(47): 5907-5915
4. Král N., Seifert B., Změny ve screeningu kolorektálního karcinomu - krok správným směrem? *Solen*, 2010, v tisku

**pouze centrální zvaní ke screeningu naplňuje definici populačního screeningu**

Praktické stránky nejen pro mladé lékaře...

**[www.mladipraktici.cz](http://www.mladipraktici.cz)**

...inzerce, diskuze, komentáře

