

SPRÁVNÁ DIAGNOSTIKA BEZ PRODLEV JE ZÁKLADNÍM PŘEDPOKLADEM VČASNÉ A SPRÁVNÉ LÉČBY ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

CORRECT AND EARLY DIAGNOSTICS AS NECESSARY PREREQUISITE FOR THERAPEUTIC RESULTS IN ONCOLOGY

ABRAHÁMOVÁ J.

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE PRAHA

Souhrn: Práce v obecné rovině sumarizuje pravidla správné a včasné diagnostiky nádorových onemocnění a navrhuje parametry jejího hodnocení. Včasná a správná diagnostika určuje strategii léčby a rozhoduje o celkových výsledcích léčebného procesu. Adekvátní záznamy o diagnostice nádorového onemocnění musí obsahovat časové údaje vztahené k zahájení léčby, adekvátní rizikové zařazení pacienta a doklad o časovém sledování pacienta i po skončení primární terapie pro zajištění zachytu případných rizikových událostí (relaps, progresse onemocnění).

Klíčová slova: diagnostika v onkologii, hodnocení kvality léčebné péče

Summary: The paper generally summarizes rules for correct and early cancer diagnostics as key component determining therapeutic strategy and reached results. A minimum optimized set of parameters for evaluation of diagnostics in health technology assessment process is proposed. Relevant data entry must include time parameters in relation to the therapy, risk evaluation of patient (clinical staging, prognostic factors, biomarkers) and time-related evaluation of patient after the end of specified therapeutic episode. Continuous diagnostic monitoring is necessary due to possible risk events like relapse or disease progression.

Key words: Diagnostics in oncology, quality of health care

Diagnostický proces představuje nejen významný vstup do zahájení protinádorové terapie, ale je i základním předpokladem dosažení úspěchu, neboť současná onkologická léčba člení pacienty do rizikových kategorií na základě diferenciací i v rámci jednotlivých diagnostických skupin. Spektrum diagnostických postupů a technologií se dnes ve své heterogenitě vyrovná i složitosti samotné léčby, přesto však v běžné praxi není tomuto kroku často věnována dostatečná pozornost. Správná a včasná diagnostika nádorového onemocnění totiž nevyžaduje jen odbornou erudici, ale i dobře zvládnuté organizační zázemí klinického pracoviště nebo častěji více klinických pracovišť. Při hodnocení kvality a výsledků onkologické péče by diagnostickému procesu měla být věnována výrazná pozornost a to i přes to, že přímé náklady na tuto fázi procesu nemusí být nutně vysoké. Rovněž je třeba respektovat skutečnost, že diagnostika nádorového onemocnění není jen otázkou vstupního vyšetření pacienta, ale obrovský význam získává i v průběhu dispensarizace, kdy se rozhoduje o včasné rozpoznání rizikových událostí jako je např. relaps onemocnění.

Cílem této stručné kapitoly je připomenout významné prvky, které rozhodují o správnosti a včasnosti diagnózy nádorového onemocnění a zdůraznění jejich významu pro hodnocení výsledků onkologické péče. Na závěr je rovněž navržena omezená sada parametrů umožňujících parametrické hodnocení kvality této fáze péče o pacienta. Základní diagnostické kroky lze pro potřeby hodnocení kvality sesumarizovat následovně:

1. **Lékař prvního kontaktu.** Musí na onkologické onemocnění myslet, tj. musí mít tzv. **onkologickou ostražitost** (praktický lékař, event. gynekolog, zřídka jiný odborník)
2. Podle převažujících příznaků zajistí příslušné základní vyšetření (např. RTG plic) a dále vyšetření **dalším odborníkem**
3. Odborník podle orgánové lokalizace nebo podle převažujících příznaků zajistí **další indikované vyšetření**, (např. gastroenterolog u zažívacích problémů, pneumolog, gynek. mammolog)

4. Lékařem přímo zodpovědným za diagnózu je patolog, proto veškerá vyšetření musí směřovat k **histologické verifikaci**

5. Je-li diagnóza zhoubného nádoru nepochybná, vedou další diagnostické snahy k určení **rozsahu choroby – stagingu**

6. Po diagnóze a stagingu následuje neprodleně komplexní léčebný program

Takto vyjádřené diagnostické kroky se liší podle lokalizace nádoru. Proto pro každou lokalizaci je nutné provést standardizaci jednotlivých kroků a sjednotit je s evropskými „guidelines“. U každého kroku je třeba určit **časové hranice**. Např. diagnóza karcinomu prsu by měla být učiněna do 3 týdnů (event. 4 týdnů), (první návštěva lékaře, mammografie, podezření, event. další vyšetření a histologická verifikace až u pomocí corecut biopsie nebo exstirpace).

Jestliže diagnostický proces trvá déle, je nutné chorobu považovat za **opožděné nebo pozdě diagnostikovanou**. To může být zapříčiněno opožděným přístupem k dalšímu diagnostickému kroku vinou lékaře, nefungováním převodních řetězců vinou špatné organizace týmové spolupráce. V některých případech může dojít k pozdnímu rozpoznání z důvodů složitosti a atypičnosti případu, bez jakéhokoliv zavinění lékařem či pacientem. U každé lokalizace je třeba definovat tzv. **onemocnění pozdě rozpoznané, onemocnění zanedbané**, a to buď lékařem, nebo vinou pacienta. Každé pozdě rozpoznané onemocnění zasluhuje zpětně velmi podrobný rozbor pro poučení, ale i pro eventuální postih. Veškeré **diagnostické metody** zobrazovací, endoskopické, biochemické a další, musí mít určitou výpovědní hodnotu, tj. dostatečně vysokou **specifitu i senzitivitu**.

U každé lokalizace jsou vytypovány standardní diagnostické metody, které nejrychleji směřují k diagnóze. Např. při podezření na kolorektální karcinom je to kolonoskopie s možností odběru vzorku na histologii.

Histologická diagnóza je fundamentální v celém diagnostickém procesu. Znalost pravidel pro odběr a úpravu vzorku určeného k histologickému zpracování je nezbytným předpokla-

dem. V současné době je kromě typingu a gradingu nutné určit ještě další prediktivní, event. prognostické znaky, z nichž některé patří k obligatorním. Např. u Ca prsu to jsou hormonální receptory (estrogenní a progesteronové), dále c-erb-B2 (event. HER2/neu), některé další jsou užitečné, např. proliferativní aktivita atd. Nezbytné je i určení kategorií pT, event. pN (viz. dále). Po histologické verifikaci následuje určení rozsahu onemocnění. V současné době je stále platná TNM klasifikace, i když není ani u všech solidních nádorů zcela ideální. Není však dosud jiný lepší mezinárodně uznávaný systém.

Kategorie T a zejména pT je nezbytná pro další rozhodnutí o lokálním postupu, a to nejen ve smyslu pT1-T4, ale přesný rozsah vyjádřený v milimetrech. Např. u karcinomu prsu může tento rozměr hrát roli při rozhodování o event. parciálním výkonu. Stejně tak je důležité určení kategorie N a pN. Jeho důležitost je nepochybná u karcinomu prsu. U některých lokalizací nelze „N“ vždy určit, např. lokálně nepokročilý karcinom močového měchýře opakovaně léčený parciálními resekcemi. U některých lokalizací dojde k určení pT pN při vlastní primární terapeutické operaci (např. resekční operace u kolorektálního karcinomu). Kategorie M určuje lokalizaci a rozsah vzdálených metastáz.

U některých nádorových lokalizací bývá chybou dokončování stagingu „za pochodu“ (např. u Ca prsu nasazení hormonální léčby před znalostí hormonálních receptorů). U některých lokalizací dojde k určení rozsahu choroby během vlastního prvotního výkonu (např. zmíněné resekční výkony u kolorektálního karcinomu).

Efektivita a ekonomika diagnostického procesu

Diagnóza a rozsah choroby musí být zjištěny časně, správně a za použití těch nejefektivnějších (pro danou lokalizaci) metod. Diagnostické metody jsou nejen stále efektivnější, vedou k jemnější diagnostice, ale jsou i ekonomicky náročnější. Vývoj je rychlý a neúprosný. Proto je nutná nejen standardizace diagnostických procesů, ale centralizace některých náročnějších metod a zřizování referenčních míst (např. referenční laboratoř pro FISH metodu při zjišťování HER2/neu) nebo soustředění jasně indikovaných vyšetření (např. pomocí PET).

Parametry k posouzení správného (standardního) diagnostického procesu

1. Časový údaj

První návštěvy lékaře → Datum stanovení diagnózy → Datum prvního léčebného kroku

2. Určený staging vyjádřený v kategoriích TNM (s některými výjimkami povolenými ve standardech)
3. Použití správných, tj. standardních diagnostických metod

Vzhledem k trvalému rozvoji diagnostických metod a k nezadržitelnému procesu poznání je nezbytné diagnostické standardy regulovat každé 2 roky. Pro každou nádorovou lokalizaci nutné ustavit tým zodpovědný celostátně za diagnostickou standardizaci.

Všichni onkologičtí nemocní jsou u nás povinně trvale dispenzarizováni. Dispenzarizace sleduje (kromě jiného) včasný záchyt možných relapsů. K tomu slouží tzv. pravidelný restaging.

Soustava diagnostických metod analogicky jako při stagingu vede k potvrzení nebo vyloučení relapsu. U jednotlivých nádorových lokalizací jsou známy časové údaje, jak často má být restaging prováděn (např. 1x ročně v prvních pěti letech sledování apod.). Pro restaging platí stejná standardizační pravidla jako pro staging.

Jak provést standardizaci diagnostických postupů u solidních nádorů

1. Za standardizaci diagnostiky je zodpovědný multioborový tým ustavený podle nádorové lokalizace.
2. Ve standardech musí být kromě metod a diagnostických kroků obsažen i časový údaj.
3. Standardy musí být závazné.
4. Jejich správnost musí garantovat odborné společnosti.
5. Nad jejich dodržováním musí být ustanoven dohled (společnosti a pojišťovny).

Závěr

Ačkoli jsou výše uvedené teze pouze sumarizací běžně známých postupů a zkušeného onkologa jistě ničím nepřekvapí, je naopak překvapivé jak malý prostor dostávají diagnostické záznamy a jejich časové vymezení v nemocničních informačních systémech a jiných databázích shromažďujících data z reálné onkologické praxe nemocnic. Nežádka jsou dokonce záznamy o rizikových faktorech a biomarkerech vedeny mimo databáze, protože pocházejí ze specializovaných laboratoří bez napojení na jednotný informační systém. Nebude-li diagnostice nádorového onemocnění věnována náležitá pozornost, a to jak ve spektru parametrů, tak i z hlediska časového vývoje pacienta, nemá hodnocení kvality v onkologii na čem stavět a povede ke zkresleným závěrům.