

ONKOPREVENCE PRO ČESKOU REPUBLIKU

CANCER PREVENTION FOR THE CZECH REPUBLIC

ŽALOUDEK J.¹, VYZULA R.¹, VORLÍČEK J.²

¹ MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV BRNO

² INTERNÍ HEMATOONKOLOGICKÁ KLINIKA FN BRNO

Onkologická prevence znamená předvídání a předcházení nežádoucím událostem, souvisejícím se vznikem a progresí zhoubných nádorů. Preventivní doktrína pro boj se zhoubnými nádory musí být komplexní a dotýkat se nejen vzniku a časného zachytu zhoubných nádorů, ale také důsledků progresu a léčby nádorového onemocnění. Onkopreventivní opatření lze strukturovat ve čtyřech kategoriích či úrovních:

Primární prevence

si klade za cíl pokles výskytu zhoubných nádorů. Jde o snižování až eliminaci rizikových faktorů, které mají prokazatelný a přímý vliv na vznik malignit. *Indikátorem úrovně primární prevence je vývoj incidence zhoubných nádorů.*

Při současné úrovni poznání je zapotřebí podporovat:

1. boj proti kouření, zejména v mladších věkových skupinách a u žen
2. programy pro odvykání kouření a léčbu závislosti na tabáku
3. boj s alkoholismem, zejména chronickým pijáctvím destilátů
4. ochranu kůže před neúměrnou expozicí slunečnímu záření
5. eradikaci infekcí žaludku *Helicobacter pylori*
6. vakcinace proti hepatitidám
7. vakcinace proti papilomavirům
8. výchovu ke zdravé výživě a zdravému životnímu stylu, a to již na školách
9. analýzy a hodnocení komerčních produktů z hlediska možné kancerogenity
10. analýzy stavu životního prostředí z hlediska kancerogenity, hlavně pak vodních zdrojů

Sekundární prevence

je zaměřena na zachyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu. *Indikátory její úrovně jsou poměr lokalizovaných stádií nádorů k ostatním pokročilejším stádiím a vývoj úmrtnosti na zhoubné nádory.*

V současné době je třeba podporovat nebo lépe propracovat:

1. screening rakoviny prsu
2. screening rakoviny hrdla děložního
3. screening rakoviny tlustého střeva a konečníku
4. kampaně pro zachyt zvrhávajících se melanotických morf, zejména po letní sezóně
5. dispenzarizaci jedinců se zvýšeným dědičným rizikem vzniku nádoru na základě rodinné anamnézy, onkogenetické konzultace a v indikovaných případech genetické testování
6. preventivní onkologické prohlídky zohledňující věkově specifická onkologická rizika
7. oborově specifické depistáže prekanceróz a časných nádorů ve stomatologii, ORL, pneumologii, gastroenterologii, gynekologii, urologii či hematologii
7. pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného zachytu rakoviny prostaty

8. pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného zachytu rakoviny plic u rizikových skupin

9. pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů jater, žluč. cest, pankreatu a ledvin

10. pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů u seniorů jako specifické skupiny s vysokým onkologickým rizikem a limitovanými možnostmi kombinované léčby

Je třeba si uvědomit, že úsilí o sekundární prevenci může dosáhnout dobrých výsledků jen za předpokladu provádění datového auditu parametrizovaných záznamů. Za screening lze pak prohlásit pouze takový program sekundární prevence, který má kromě datového auditu také kódově a platbami odlišena vyšetření asymptomatických jedinců.

V ČR existuje dosud pouze screening nádorů prsu, v němž je každoročně na více než padesáti akreditovaných mammodiagnostických jednotkách zachyceno přes tisíc časných případů rakoviny prsu. Ty pak mají naději úplné vyléčení. Informace o pravidlech i výsledcích jsou veřejně k dispozici na <http://www.mamo.cz>. Patří k paradoxům ČR, že tento jediný úspěšný screeningový program musí být opakovaně zdola hájen zejména vůči vedení resortu zdravotnictví. V minulém období bylo třeba odolávat snahám administrativně snížit kvalitu screeningu opouštěním akreditačních kritérií, v současné době je to zase nastavování iracionálních limitů, bránících zvyšování účasti žen ve screeningu. Podle údajů NOR se v uplynulých letech výrazně zvýšil podíl prvních stádií a mortalita na rakovinu prsu klesá i při dosud trvajícím nárůstu incidence. Podíl prvních stádií nádorů kolorekta a nádorů hrdla děložního se dosud bohužel nemění. Úsilí o organizovaný časný zachyt obou těchto typů nádorů má zatím četné organizační slabiny. Chybí datový audit i oddělení kódů screeningových vyšetření. U nádorů hrdla děložního chybí zatím konsensus také o metodice, preventivní vyšetření jsou gynekology prováděna a účtována výrazně častěji, avšak s nižší efektivitou, než je tomu v referenčních zemích, kde incidence i mortalita jsou ve srovnání s ČR podstatně nižší. Bez podpory vedení resortu i zdravotních pojišťoven zůstává snaha praktiků věnovat více pozornosti preventivním onkologickým prohlídkám. Vyhláška o preventivních prohlídkách je zastaralá, celým svým pojetím špatná a proto jen málo respektovaná. Prakticky bez odezvy zůstává návrh koncepce věkově specifických onkopreventivních prohlídek jak je na základě věkové distribuce nádorů v NOR navrhl již před několika lety resortní onkologický ústav MOÚ (viz www.prevencenadoru.cz a www.mou.cz).

Centrální a dlouhodobě koncepční podpora specifickým pilotním projektům pro rozšiřování možností časného zachytu nádorů je zatím vlašná a ani grantové agentury nevnímají tuto oblast organizace preventivní zdravotní péče jako dostatečně „vědeckou“. Zčásti je to způsobeno absencí soustavné a kvalifikované diskuse na toto téma a nízké informovanosti rychle se střídajících vedoucích garnitur.

Terciární prevence

si klade za cíl zachytit případný návrat nádorového onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém intervalu včas a tedy ve stále ještě léčitelné podobě. Základem pro úspěšnou terciární prevenci je jasné stanovení odpovědnosti za pacienta a odbourávání disperzního systému, v němž se za přemíry vyšetření prováděných na různých místech, často vytrácí jednotící pohled na onkologicky nemocného. To často vede ke zpoždování diagnostiky nádorové rekurence, desinterpretaci nálezů či nesprávnému posouzení dalších léčebných možností.

Cesta ke zlepšení zde nevede přes nové kapacity, nové laboratorní či zobrazovací metody, ale především přes lepší organizaci dispenzární péče a lepší komunikaci mezi odbornými specialisty a praktiky. Název zdravotnického zařízení a jméno lékaře odpovědného za dispenzarizaci daného onkologicky nemocného se musí stát součástí diagnosticko léčebného algoritmu každého případu nádorového onemocnění. Dispenzarizující lékař samozřejmě využívá více vyšetřovacích metod a spolupráce s dalšími odborníky, ale informace integruje v jeden závěr, za který nese odpovědnost a k němuž navrhuje nemocnému řešení. Měla by platit zásada, že o každém onkologicky nemocném by měl existovat v případě návratu jeho onemocnění konziliární zápis odborného onkologického pracoviště s návrhem postupu, a to i v případech, kdy s vyléčením nemocného již nelze počítat a půjde třeba jen o terapii symptomatickou. Mnoha nemocným s návratem nádorového onemocnění se totiž nedostává aktivní léčby, která by je mohla zachránit nebo aspoň prodloužit jejich život či zlepšit jeho kvalitu.

Další slabinou je dosud sekundární prevence u onkologicky nemocných, respektive časný záchyt jiných nádorů než je ten, pro který je onkologický pacient dispenzarizován. Dispenzární vyšetření bývají i po celá léta soustředěna na dříve léčený orgán a nejčastější místa metastazování, pacientovi se však nezřídka nedostává ostatních preventivních vyšetření. Ženám po léčbě karcinomu tlustého střeva tak nezřídka po mnoho let chybějí preventivní mammografie, mužům po léčbě karcinomu prostaty vyšetření na okultní krvácení ve stolici a podobně. Tím mají mnozí onkologicky nemocní ve skutečnosti zajištěn menší rozsah preventivní onkologické péče než dosud zdraví jedinci, byť riziko vzniku dalšího nádoru jiné provenience je u nich zpravidla výrazně vyšší než v běžné populaci. V rámci terciární prevence, s využitím spíše ekonomických nástrojů zdravotních pojišťoven než pouze administrativních příkazů, je třeba podporovat:

1. povinnost označit zdravotnické zařízení a lékaře odpovědné za dispenzarizaci onkologicky nemocného po primární léčbě
2. povinnost konzultace každého případu návratu nádorového onemocnění v jednom
- z 18 garantovaných onkologických center, ať již je očekávaný postup jakýkoli
3. poskytovat onkologicky nemocným dispenzarizovaným s jedním typem nádoru preventivní vyšetření také pro časný záchyt jiných typů nádorů čili sekundární prevenci, a to s vědomím zvýšeného rizika duplicitních nebo i triplicitních nádorových onemocnění u těchto geneticky či provedenou léčbou stigmatizovaných jedinců

Indikátorem kvality terciární prevence je především doba celkového přežití nemocných s nádory primárně diagnostikovanými v I.-III. klinickém stadiu.

Kvartérní prevence

znamená předvídaní a předcházení důsledkům progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu. Jakkoli nejsme zvyklí hovořit o prevenci u pokročilých a nevléčitelných případů nádorových onemocnění, je zapotřebí preventivního myšlení i preventivních postupů také zde, a to v somatické, psychické i sociální oblasti.

Na zajištění a trvalou dostupnost analgetické léčby a odborné algeziologické péče je třeba myslet ještě dříve než se bolest plně rozvine. Různé derivační výkony endoskopickým stento-

váním či operačně je třeba indikovat a provést dříve než dojde k akutním stavům neprůchodnosti. Podobně je třeba myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility nemocného u kostních metastáz, ať již včas provedenou cílenou radioterapií či dokonce ortopedickými intervencemi. Je třeba předvídat a včas řešit výživová opatření, psychologickou podporu i sociální zázemí při omezené soběstačnosti.

Pro zajištění kvartérní prevence je třeba

1. akceptovat, že preventivní myšlení a postupy se týkají i pokročilých případů nádorových onemocnění, pouze mají jiné organizační a léčebné nástroje než je tomu u výše uvedených prevencí u zdravých a úspěšně léčených
2. zajistit všem onkologicky nemocným s nevléčitelným nádorovým onemocněním včas možnost odborné konzultace algeziologa a onkologa s orientací na paliativní medicínu
3. zajistit podle potřeby nemocného včas psychologickou, duchovní a sociální podporu

Indikátorem kvality kvartérní prevence je především soustavné vyhodnocování dotazníků kvality života, přizpůsobených danému typu onemocnění. Ty však musejí být nejprve zavedeny a pravidelně vyhodnocovány.

Informační nástroje podporující onkoprevenci

jsou její nepochybnou součástí a jedním z kritérií jejího fungování. Lze je rozdělit na

- a) nástroje pro informování laické veřejnosti
- b) nástroje pro odborné rozhodování, zpětnovazebnou korekci a řízenou preventivní péči

Preferovat je třeba soustavnost, srozumitelnost a dostupnost onkopreventivních informací na rozdíl od kampaňovitých, obskurních a subjektivních sdělení. Obskurními jsou míněny především epizodické mediální výkřiky vytrhávající informace z kontextu, vycházející s neověřených a účelově zaměřených údajů, jak se objevují nezřídka i v zahraničí, nebo zprostředkovaných informací bez uvedení zdrojů. Vznikal-li pro tuto defektní informační činnost prostor dříve z důvodu absence našich vlastních spolehlivých zdrojů a citace se opíraly hlavně o analýzy poměrů v zahraničí, pokročili jsme v posledních letech ve zpracování vlastních informačních zdrojů do té míry, že můžeme nabízet informace relevantní a vlastní.

a) *Informace k onkoprevenci pro veřejnost* jsou již k dispozici na <http://www.prevenencenadoru.cz>, údaje o trendech v incidenci a mortalitě nádorů, proporcích klinických stádií a srovnání se zahraničím na <http://www.cba.muni.cz>. Dále je k dispozici bezplatná telefonní linka 800 222 322 a Onkologické informační centrum v MOÚ v Brně pro distribuci informačních tiskovin s onkopreventivní problematikou.

b) *Odborné informace* zprostředkují webové zdroje České onkologické společnosti <http://www.linksos.cz>, Masarykova onkologického ústavu <http://www.mou.cz> s diagnosticko-léčebnými guidelines a nově i webový portál onkocenter, který bude brzy integrovat všechny onkologické informační zdroje. Tabulkovou podobu NOR v tištěné podobě poskytuje ÚZIS. Odborné onkologické informace bude dále stále více poskytovat 18 komplexních onkologických center či skupin pro solidní nádory dospělých, 6 hematoonkologických center a 2 centra pediatrické onkologie, což je základ sítě onkologických pracovišť garantovaných Českou onkologickou společností. Za potřebnou informační podporu je třeba pokládat také pravidelnou informovanost střídajících se garnitur poslanců, manažerů zdravotní péče a vedení zdravotních pojišťoven na všech úrovních formou seminářů a přehledů o dlouhodobých cílech a dosažených výsledcích v zájmu kontinuity onkopreventivních programů. Interval, v nichž lze hodnotit efektivitu onkoprevence a provádět cílené korekce, jsou totiž delší než proměny politických koncepcí a obsazování manažerských míst v České republice. Zanedbávání průběžné a opakované informovanosti manažerů a zastupitelů přináší pro rozvoj onkoprevence rovněž nemalé překážky a mnohdy to vypadá jako bychom začínali stále znovu.