

Patnáct let Národního onkologického programu České republiky a jeho vliv na výsledky u solidních nádorů dospělých v přehledu a číslech

Úvod a poděkování

Toto souhrnné sdělení, možná spíše zpráva, není, a ani nemůže být, prací jednoho autora. Ve skutečnosti je dlouhým společným dílem všech lékařů a zdravotníků, kteří o onkologicky nemocné pečovali a údaje hlásili do Národního onkologického registru (NOR). Samozřejmě je také dílem všech sběračů, korektorů a správců dat NOR na regionálních úrovních i Rady NOR, kteří registr v toku času společným úsilím udržovali. Významnou centrální roli pak sehrál tým Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který anonymizovaná data sumárně zpracovává a veřejně prezentuje v přehledném Systému pro vizualizaci onkologických dat (SVOD, www.svod.cz). Z něho pocházejí údaje použité v tomto sdělení a jsou tedy i veřejně ověřitelné. Všem uvedeným institucím patří velké poděkování. Poděkování a úctu však zaslouží také tisíce a desetitisíce nemocných, vyléčených i zemřelých, kteří onkologická onemocnění prodělali a protřpěli a jejichž anonymní data systém shromáždil, abychom se všichni poučili a konali v budoucnu lépe a cíleněji; ať již ve prospěch aktuálně nemocných nebo nás všech, které třeba nádorové onemocnění teprve čeká. Autor si neklade jinou zásluhu, než že data přenesl do textu, uspořádal, komentoval a předkládá odborné i laické veřejnosti. Spíše než autor mu tedy přísluší označení pořadatel, komentátor či předkladatel veřejných dat. Vlastním produktem autora jsou jen komentáře odrážející jeho soukromý názor. Skutečné autorství uvedených faktických výsledků a proměn v onkologii solidních nádorů patří celému zdravotnímu systému ČR.

Vznik, cíle a plnění Národního onkologického programu

Se vstupem ČR do EU v roce 2003 byla i ČR vyzvána k účasti na třídní instruk-

tažní a harmonizační konferenci Unie pro mezinárodní boj proti rakovině (UICC) v Ženevě zaměřené na tvorbu národních onkologických programů v evropských zemích. V delegaci ČR byli tehdy zástupkyně aparátu Ministerstva zdravotnictví ČR, předseda Ligy proti rakovině prof. Zdeněk Dienstbier a vědecký tajemník výboru České onkologické společnosti ČLS JEP prof. Jan Žaloudík.

V následujících 2 letech pak byl formulován poměrně stručný, ale velmi praktický Národní onkologický program (NOP) ČR, který po jednání s profesory Jiřím Vorlíčkem a Rostislavem Vyzulou v roce 2006 podpořil svým podpisem tehdejší prezident Václav Klaus. Poté se NOP stal obsahem vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších novel a řídily se jím odborné společnosti ČLS JEP, zejména pak Česká onkologická společnost a Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky.

Již dříve ovšem probíhala v ČSSR a poté ČR koordinace onkologických činností na poliklinických oddělení klinické onkologie, některých klinických a výzkumných pracovišť, odborné společnosti, a zejména aktivitami týkajícími se NOR, fungujícího celoplošně a nepřetržitě od roku 1977. NOR je stále unikátním zdrojem informací, neboť funguje bez přerušení již 44 let a od 90. let obsahuje pečlivě validované informace.

NOP 2005 si stanovil úkoly ve čtyřech hlavních směrech:

- organizace onkologické péče, centralizace do komplexních onkologických center (KOC) i jejich odpovědnost za regionální síť onkologické péče;
- časný záchyt nádorů, onkologická prevence;
- onkologická data, stabilizace a modernizace NOR;
- periodická sebeevaluace onkocenter.

Plnění čtyř hlavních bodů NOP roku 2006 lze po 15 letech jeho trvání pro segment solidních nádorů shrnout následovně:

- Podařilo se nastavit **rámec integrované onkologické péče v KOC**, a to zhruba na krajském principu, tedy aspoň jedno KOC v každém kraji (výjimkou je nejmenší Karlovarský kraj). KOC jsou srovnatelně vybavena ozařovací technikou a možnostmi medikamentózní léčby nádorů. Operativa je zajištěna pro všechny nádorové diagnózy v okruhu KOC, někdy sdílením v rámci sousedících KOC. V rámci KOC jsou nyní komplexně léčeny zhruba dvě třetiny onkologicky nemocných. Na další třetinu se KOC podílí jen dílčím způsobem, zejména radioterapií nebo speciální diagnostikou, příp. konzultačně.
- Diagnostické a terapeutické **technologické kapacity využívané v onkologii byly modernizovány** a doplněny, na území ČR jsou uspokojivě rozmístěny a jsou dostačující.
- Značnou zátěž pro onkologii se stává **dramaticky rostoucí prevalence**, tedy hlavně podíl pacientů sledovaných po léčbě, a to jak pro vyšší úspěšnost léčby a časnější záchyt, tak i pro stárnutí populace. U dlouhodobě sledovaných lze již nalézt 15–20 % duplicit a okolo 5 % triplicit. Terapeutická onkologická oddělení jsou v ambulantní činnosti postupně stále více zahlcována dispenzarizací. Proti úsilí o racionální organizaci léčby i dispenzarizace jde zákonné právo občanů ČR zvolit si svobodně lékaře i pracoviště. Ačkoli většina potřebných udržuje vazbu k zařízením v regionu, nemalým problémem je také střídání pracovišť, vč. duplicit vyšetření a dalších neefektivit.
- **Podařilo se stabilizovat NOR** a umožnit přístup veřejnosti do něj (www.svod.cz). Pokrokem by mohlo být také propo-

jení údajů s registrem hrazených zdravotních výkonů cestou ÚZIS. Aktuálně je však nejisté, jak se chod NOR podaří modernizovat, pokud bude zcela opuštěn tradiční systém hlášení zhoubného novotvaru a doplňovacích a validačních mechanismů ze zavedených středisek NOR v regionech.

- **Podařilo se zavést do praxe tři celoplošné screeningové programy.** V excelentní podobě mammografický screening s každoročními audity a účastí asi dvou třetin žen cílové populace, s významně horší účastí také screeningové programy kolorektální a cervikální. Takto je však podchycena časná diagnostika pouze jedné nádorové diagnózy u mužů a tří u žen. Charakter neorganizovaného screeningu má široce zavedené a plátcí hrazené vyšetřování PSA u mužů, nicméně s významným záchytem časných i ultračasných stadií rakoviny prostaty.
- **Selhává zatím nabídka a systematická organizace komplexních onkologických prohlídek,** které se v různé míře opírají jen o činnost praktických lékařů. Naděje kladené do modelových oddělení preventivní onkologie v gesci KOC selhaly a afinita KOC k organizaci komplexní onkoprevence je ve skutečnosti nízká. Jedinou výjimkou je již 15 let systematicky fungující a plně specializované onkopreventivní oddělení v Masarykově onkologickém ústavu (MOÚ), trvale zahrnované velkým zájmem veřejnosti.
- **Nenaplněn zůstal závazek sebeevaluace onkocenter,** ačkoli datový základ i analytické možnosti jsou dostatečné. Sebeevaluaci provádí pravidelně pouze MOÚ a jednorázově byla provedena ještě v KOC Jihlava. Snaha o sebeevaluaci všech KOC před výborem České onkologické společnosti v letech 2016–2018 vyzněla naprázdno. Provedl ji modelově pouze MOÚ a poté tato aktivita jako nepodporovaná utichla. Zdá se, že v ostatních KOC není zájem ani motivace; ostatně evaluaci nevyžadují zřizovatelé, plátcí zdravotní péče, kontrola kvality, pacienti, ani výbor České onkologické společnosti.

Ze čtyř hlavních bodů NOP jsou tedy po 15 letech z větší části naplněny body

dva, tedy základní struktura onkologické péče a zachování dobré datové základny v NOR. Další dva body se v celostátně v potřebném rozsahu dosud neplní, což je nepochybně ke škodě prezentace výsledků i prestiže onkologie v ČR. KOC (kromě MOÚ) nezavedla vlastní projekty integrovaných onkopreventivních služeb. S výjimkou MOÚ a KOC Jihlava se dosud KOC systematicky nezabývají sebeevaluacemi. Ačkoli datové podklady mohou mít k dispozici všechna KOC, patrně o ně zatím nestojí. Je s podivem, že nikdo ze zřizovatelů, plátců, patientských organizací ani pojištěnců odbornou sebeevaluaci KOC i přes deklarace touhy po kvalitě ani nepožaduje.

Onkologie v modelovém srovnání stavu let 2003 a 2017

Zajímavý praktický pohled na reálný posun v onkologii solidních nádorů může přinést srovnání údajů a léčebných výsledků nejčastějších nádorových diagnóz v době před nastartováním NOP a vznikem KOC v roce 2003 a po řadě let jeho fungování v roce 2017. Rok 2017 je analyticky konsolidovaný a může dobře vypovídat o aktuálním stavu z posledních let. Na posunu výsledků, ať již byl u jednotlivých diagnóz pozitivní či jiný, se NOP jako 15letá snaha o novou organizaci onkologické péče a tlak na soustředování nemocných do onkocenter nemohl nepodílet, aniž dokážeme přesně určit v jaké míře. Trvají ostatně také regionální rozdíly. Nepochybně je však nezbytný vývoj v onkologii i dále hodnotit v 10–15letých intervalech a nedávat změny pouze do kontextu s novými technologiemi a léčivy, ale rovněž s organizací onkologické péče a prevence.

Přehled parametrů užitých pro srovnávací analýzu

Zdroj dat: NOP ČR – SVOD (www.svod.cz)

Hodnoceno je 21 nejčastějších diagnóz solidních nádorů v 10 diagnostických skupinách podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-C) a oborových souvislostí:

- **Počet registrovaných případů (n)** z let 2003–2017 ukazuje celkovou zátěž zdravotního systému danou diagnózou v absolutních hodnotách za celé sledované 15leté období.

- **Rok 2003** představuje situaci před formulací NOP a instalací KOC (údaje před lomítkem).
- **Rok 2017** je modelovým rokem s úplnými údaji 12 let po ustavení NOP a KOC (údaje za lomítkem).
- **Relativní incidence a mortalita** s korekcí na evropský standard (ASR-E), nutné zejména pro mezinárodní komparace s evropskými zeměmi.
- **Absolutní incidence a mortalita** dává praktickou představu o zátěži zdravotního systému.
- **Letalita (M/I index)** – smrtelnost na diagnózu v daném roce, poměr zemřelých k nově diagnostikovaným, ukazuje i vyléčitelnost diagnózy a hospitalizační zátěž pokročilými stavy.
- **Procentuální podíl časných stadií I** ukazuje úspěšnost časně detekce a onkoprevence.
- **Procentuální podíl pokročilých stadií III a IV** ukazuje podíl metastatických nádorů s nepříznivou prognózou, vyžadujících kombinovanou, náročnou a nákladnou léčbu.
- **Procentuální podíl neurčených stadií** ukazuje důslednost diagnostiky rozsahu nádorového onemocnění. Jde o důležitý ukazatel kvality onkologické diagnostiky pro racionálně zdůvodněný léčebný postup. (Jistý menší podíl neurčených stadií bude vždy spojen s překotným vývojem zdravotního stavu, hlavně u nejstarších a velmi sešlých nemocných, kde důkladná diagnostika už nemůže být provedena nebo dokončena).
- **Podtrženy** jsou zvláště nepříznivé trendy (změna > 10 %).
- **Vykřičníkem** jsou zdůrazněny velmi příznivé trendy (změna > 10 %).

Srovnání výsledků let 2003 a 2017

Digestivní onkologie

ZN jícnu (C15); n = 8 701

- relativní incidence: 4,0/4,4; nárůst o 10 %
- relativní mortalita: 3,4/3,5; nárůst o 3 %
- absolutní incidence: 471/652; **nárůst o 38 %**
- absolutní mortalita: 400/532; **nárůst o 33 %**
- letalita (M/I index): 0,84/0,82; pokles o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 13/80; 3/12 %; nárůst o 9 %

- podíl pokročilých stadií III+IV: 214/368; 45/56 %; nárůst o 11 %
- podíl neurčených stadií: 160/128; 34/20 %; pokles o 14 %!

Komentář: Rostla relativní i absolutní incidence, také mortalita. Letalita 0,82 je stále velmi vysoká, jen lehce poklesla o 2 %. Podíl časných stadií je stále mimořádně nízký, ačkoli se mírně zvýšil. Nepříznivě se ovšem zvýšil také podíl velmi pokročilých inoperabilních stadií. Podíl neurčených stadií sice významně poklesl o třetinu, je však stále velmi vysoký a představuje plnou pětinu případů s klinicky neurčeným rozsahem onemocnění.

ZN žaludku (C16); n = 23 775

- relativní incidence: 14,3/9,0; pokles o 37 %!
- relativní mortalita: 10,9 /6,3; pokles o 42 %!
- absolutní incidence: 1803/1395; pokles o 33 %!
- absolutní mortalita: 1385/1025; pokles o 26 %!
- letalita (M/I index) : 0,78/ 0,73, pokles o 5 %
- podíl velmi časných stadií I: 261/200; 14/14 %; beze změny
- podíl pokročilých stadií III+IV: 847/744; 47/53 %; nárůst o 6 %
- podíl neurčených stadií: 494/206; 27/15 %; pokles o 12 %!

Komentář: Karcinom žaludku je v trendech unikátně úspěšnou onkologickou diagnózou s dramatickým poklesem incidence více než o třetinu a poklesem mortality až o 42 % v relativních hodnotách. Příčiny takto příznivého spontánního vývoje, do něhož medicína příliš cílevědomě nezasáhla, nejsou známy. Lze spekulovat o redukci vlivu *Helicobacter pylori*, změnách v konzervaci stravy, redukci etylizmu spojeného s kouřením apod. Důvody však nejsou dosud spolehlivě zkoumány, ačkoli by takové bádání mohlo být mimořádně poučné a možná přínosné pro cílená opatření také u jiných diagnóz. Příliš se nediskutuje ani o hypotézách tohoto spontánního úspěchu a tyto hypotézy nejsou nijak ověřovány. Pokud jde o přímý vliv medicíny, poněkud poklesla letalita ná-

dorů žaludku, avšak stále se pohybuje na velmi vysokých hodnotách. Dosud na tuto diagnózu stále umírají tři ze čtyř nemocných. Nízký podíl časných stadií se nepodařilo nijak vylepšit a dále se zvýšil podíl pokročilých stadií. Staging symptomatických případů se zlepšuje, neurčených stadií ubylo o 12 %. Stadium nádoru však přesto zůstává neurčeno u každého šestého až sedmého pacienta.

ZN tlustého střeva a konečníku (C18–20); n = 121 865

- relativní incidence: 64,7/47,6; pokles o 26 %!
- relativní mortalita: 35,7/21,8; pokles o 39 %!
- absolutní incidence: 8023/7503; pokles o 6 %
- absolutní mortalita: 4525/3718; pokles o 18 %!
- letalita (M/I index): 0,56/0,50; pokles o 6 %
- podíl velmi časných stadií I: 1383/1604; 17/21 %; nárůst o 4 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 3288/3345; 41/45 %; nárůst o 4 %
- podíl neurčených stadií: 1314/892; 16/12 %; pokles o 4 %

Komentář: Kolorektálnímu karcinomu byla v poslední dekádě věnována velká pozornost jak budováním screeningového programu, tak i rozvojem nových kombinovaných léčebných postupů a dílčích léčebných modalit. Dřívější růst incidence a mortality se od roku 2003 zastavil a zaznamenáváme jejich zřetelný pokles, jakkoli jde stále o nejčastější malignitu trávicího traktu a nejčastější solidní zhoubný nádor společně pro obě pohlaví. Poněkud poklesla letalita tohoto onemocnění; vyléčena je polovina nemocných. Poměr časných a pokročilých nádorů se však s léty nijak podstatně nezlepšil, stále příliš vysoký je počet neurčených stadií, jakkoli s trendem ke zlepšení. Úplná koncentrace diagnostiky a operativy těchto nádorů bude stěží možná, jednak s ohledem na četnost těchto nádorů, jednak pro rezistenci většiny chirurgických pracovišť se této operativy jakkoli zbavovat. Individualizovaný léčebný postup by však měl být více než dosud obligátně projednán a navržen v multidisciplinárním

týmu. To proto, že kombinovaná léčba se nabízí už ve více, i dosti nákladných, modalitách, a to hlavně stadiu III a IV. Při dalším úsilí je potřebné a možné zvýšit účast v kolorektálním screeningovém programu alespoň na dvojnásobek, tedy ze současné jedné třetiny cílové populace na její dvě třetiny.

ZN jater a intrahepatálních žlučových cest (C22); n = 13 454

- relativní incidence: 6,8/5,9; pokles o 13 %!
- relativní mortalita: 5,8/4,9; pokles o 16 %!
- absolutní incidence: 831/968; nárůst o 16 %
- absolutní mortalita: 713/817; nárůst o 15 %
- letalita (M/I index): 0,86/0,84; pokles o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 15/61; 2/6 %; nárůst o 4 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 330/441; 40/46 %; nárůst o 6 %
- podíl neurčených stadií: 464/395; 56/41 %; pokles o 15 %!

Komentář: Relativní incidence a mortalita poklesly, absolutní hodnoty v podobné míře narostly. Tato diskrepance je dána významným stárnutím populace. Zlepšujeme se v mezinárodních komparacích, zátěž zdravotního systému těmito závažnými nádory, zpravidla diagnostikovanými již jako pokročilé, ovšem roste. S vyšším věkem nemocných zároveň klesají možnosti radikální operativy, protože jde o operace poměrně náročné. Měly by být směřovány na týmy s profilací v hepatální chirurgii. Tato subspecializace se systematicky rozvíjí jen na několika pracovištích. Stále se zde uplatňují také četná další pracoviště, pro nízkou četnost případů ovšem s málo hodnotitelnými výsledky. V poměru časných a pokročilých případů se mnoho nezměnilo, zdá se, že se zlepšuje staging, ačkoli dva z pěti případů stále nemají stadium onemocnění exaktně určeno. Zlepšit výsledky je dále možno jen směřováním operativy k týmům s hepatální operační profilací, možná i zaváděním abdominální sonografie do vyšetřovacího schématu komplexních preventivních onkologických prohlídek.

ZN žlučníku a extrahepatálních žlučových cest (C23–24); n = 13 741

- relativní incidence: 7,8/4,5; pokles o 42 %!
- relativní mortalita: 6,6/3,6; pokles o 45 %!
- absolutní incidence: 999/760; pokles o 24 %!
- absolutní mortalita: 849/623; pokles o 27 %!
- letalita (M/I index): 0,85/0,82; pokles o 3 %
- podíl velmi časných stadií I: 55/49; 6/6 %; beze změny
- podíl pokročilých stadií III+IV: 497/431; 50/57%; nárůst o 7 %
- podíl neurčených stadií: 371/204; 37/27 %; pokles o 10 %

Komentář: U této skupiny nádorů znamená překvapivě dramatický pokles v relativní i absolutní incidenci, provázený podobným poklesem mortality, aniž se ovšem podstatně změnila velmi vysoká letalita. Více než čtyři z pěti takto nemocných nádoru žlučových cest podlehnou. Není zavedena žádná systematická vyhledávací metoda, snad s výjimkou rutinního histologického vyšetření žlučníku po cholecystektomiích pro benigní choroby jako cholelitiáza nebo záněty. Spíše náhodně jsou tak zachyceny počínající karcinomy žlučníku, vyžadující následně resekci lůžka dále do jaterního parenchymu za hranici invaze. Příčinné faktory poklesu incidence a mortality na tyto nádory neznáme ani nejsou zkoumány, žádná cílevědomá opatření zde podniknuta nebyla. Narostl poměr pokročilých stadií. Staging se poněkud zlepšil, zhruba každý třetí nemocný však klinické stadium zaznamenáno nemá.

ZN pankreatu (C25); n = 30 669

- relativní incidence: 13,9/13,9 beze změny
- relativní mortalita: 12,4/11,8; pokles o 5 %
- absolutní incidence: 1730/2220; nárůst o 28 %
- absolutní mortalita: 1542/1931; nárůst o 25 %
- letalita (M/I index): 0,89/0,87; pokles o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 63/120; 4/5 %; nárůst o 1 %

- podíl pokročilých stadií III+IV: 930/1164; 54/52 %; nárůst o 2 %
- podíl neurčených stadií: 673/601; 39/27 %; pokles o 12 %!

Komentář: Absolutní incidence i mortalita významně narostla o plnou čtvrtinu. Relativní incidence se ovšem nemění a mortalita dokonce mírně poklesla. Znamená to, že nárůst absolutní incidence jde především na vrub stárnutí naší populace. Lze tedy očekávat, že trend bude pokračovat. Letalita patří v onkologii k nejvyšším. Vyléčen je jen jeden z osmi nemocných, nepochybně jen v časném operabilním stadiu, které však zachytíme nanejvýš v 5 % případů. Poněkud se zlepšil staging, podíl neurčených stadií poklesl, což je u této diagnózy jediné pozitivum.

Onkogynekologie**ZN hrdla děložního (C53); n = 14 361**

- relativní incidence: 17,6/1,8; pokles o 33 %!
- relativní mortalita: 6,7/4,6; pokles o 31 %!
- absolutní incidence: 1020/779; pokles o 24 %!
- absolutní mortalita: 441/354; pokles o 20 %!
- letalita (M/I index): 0,43/0,45; nárůst o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 469/313; 46/40 %; pokles o 6 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 290/279; 28/36 %; nárůst o 8 %
- podíl neurčených stadií: 121/78; 12/10 %; pokles o 2 %

Komentář: Tato diagnóza je po řadu let předmětem úsilí gynekologů o časný záchyt. Je zaveden celostátní screening, kterého se účastní jen asi polovina žen. Zavedlo se očkování proti papilomavirům od 13 let. Patrně i tato snažení spolu s dalšími faktory vedou k významnému snížení relativní i absolutní incidence a mortality o čtvrtinu až třetinu. S tímto příznivým trendem ovšem kontrastuje faktický pokles v záchytu časných stadií a nárůst případů pokročilých. Rovněž letalita poněkud vzrostla a vyléčena je jen polovina nemocných. Také počet neurčených stadií nevykazuje významné zlepšení; jako by zde klinická péče zao-

stávala za trendem jistého ústupu této diagnózy, způsobeného ať už cílevědomou prevencí nebo z jiných příčin. Celkové hodnocení vývoje této diagnózy je tedy poněkud rozporné.

ZN těla děložního (C54); n = 27 870

- relativní incidence: 25,7/23,9; pokles o 7 %
- relativní mortalita: 6,3/5,1; pokles o 19 %!
- absolutní incidence: 1700/1888; nárůst o 11 %
- absolutní mortalita: 481/498; nárůst o 4 %
- letalita (M/I index): 0,28/0,26; pokles o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 1109/1256; 65/67 %; nárůst o 2 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 241/275; 14/15 %; nárůst o 1 %
- podíl neurčených stadií: 218/192; 13/10 %; pokles o 3 %

Komentář: Relativní incidence i mortalita na tuto diagnózu poklesly, absolutní hodnoty však vzrostly, což je efekt stárnutí populace. Letalita a poměry stadií se změnily jen nepatrně. Ukazatele efektivity péče u tohoto nádoru za dobu 15 let stagnují.

ZN vaječníku (C56); n = 16 457

- relativní incidence: 18,6/ 12,9; pokles o 31%!
- relativní mortalita: 11,9 /7,5; pokles o 37%!
- absolutní incidence: 1195/982; pokles o 18 %!
- absolutní mortalita: 805/641; pokles o 20 %!
- letalita (M/I index): 0,67/0,65; pokles o 2 %
- podíl velmi časných stadií I: 272/170 23/17 %; pokles o 6 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 637/582; 53/59 %; nárůst o 6 %
- podíl neurčených stadií: 206/172 17/18 % nárůst o 1 %

Komentář: Relativní i absolutní incidence i mortalita významně poklesly. Příčiny poklesu nejsou známy ani analyzovány. Letalita ovšem klesla jen nepatrně a poměry stadií se vyvíjejí nepříznivě. Specifický preventivní program zde

neexistuje. Přirozený příznivý trend incidence jakoby zde vlivem neznámých a málo zkoumaných faktorů přinášel výrazně více zlepšení než cílevědomá lékařská péče. Je to podobná situace jako u ZN hrdla děložního.

Onkourologie

ZN prostaty (C61); n = 92 521

- relativní incidence: 76/111; nárůst o 46 %
- relativní mortalita: 29,0/21,9; pokles o 24 % !
- absolutní incidence: 3894/7875; nárůst o 102 %
- absolutní mortalita: 1376/1557; nárůst o 13 %
- letalita (M/I index): 35/20; pokles o 15 % !
- podíl velmi časných stadií I: 559/3448; 14/44 %; nárůst o 30 % !
- podíl pokročilých stadií III+IV: 1038/1643; 27/21%; pokles o 6 %
- podíl neurčených stadií: 1099/765; 28/10 %; pokles o 18 % !

Komentář: Velmi dramatické proměny u této diagnózy je možné přičítat hlavně rutinnímu testování PSA („šedému screeningu“) s detekcí i nejčasnějších subklinických stadií tohoto nádoru, o jejichž prognóze se teprve diskutuje. Zvýšení časného záchytu je realitou, morfologicky jde o karcinomy a pouze klinický náhled na riziko progresu některých typů se může lišit, zejména jde-li o starší seniory. Přes nárůst incidence ovšem významně klesla relativní mortalita a také letalita, takže lékařská péče zde zjevně přináší pozitivní výsledky. Nárůst časně detekovaných nádorů je zároveň provázen poklesem pokročilých stadií. Významně se zlepšil staging s redukcí případů neurčeného stadia.

ZN varlete (C62); n = 7 139

- relativní incidence: 7,5/8,9; nárůst o 19 %
- relativní mortalita: 0,9/0,6; pokles o 33 % !
- absolutní incidence: 439/526; nárůst o 20 %
- absolutní mortalita: 57/39; pokles o 32 % !
- letalita (M/I index): 0,13/0,07; pokles o 6 %

- podíl velmi časných stadií I: 250/366; 57/70 %; nárůst o 13 % !
- podíl pokročilých stadií III: 82/43; 19/8 %; pokles o 11 % !
- podíl neurčených stadií: 33/51; 8/10 %; nárůst o 2 %

Komentář: Zhoubné nádory varlat jsou více než čteností závažně výskyt v mladších věkových kategoriích. Příčiny jejich narůstající incidence až o pětinu neznáme. Je však velmi pozitivní, že přitom o třetinu poklesla mortalita. Snížila se letalita i proporce pokročilých stadií. Redukce mortality a letality při růstu incidence je nepochybně přímou zásluhou onkologické léčby. Podíl velmi časných stadií se zvýšil, možná i zásluhou větší snahy o onkopreventivní osvětu. Snížil se podíl pokročilého stadia III. Bez určeného stadia je jen desetina nemocných, ačkoli i toto číslo by zasluhovalo pozornost a úsilí věnované další redukci.

ZN ledviny (C64); n = 44 540

- relativní incidence: 21,9/ 20,3; pokles o 7 %
- relativní mortalita: 9,7/6,7; pokles o 31 % !
- absolutní incidence: 2636/3072; nárůst o 17 %
- absolutní mortalita: 1221/1117; pokles o 9 %
- letalita (M/I index): 0,46/ 0,36; pokles o 10 %
- podíl velmi časných stadií I: 914/1573; 35/51 %; nárůst o 16 % !
- podíl pokročilých stadií III+IV: 795/642; 30/21 %; pokles o 9 %
- podíl neurčených stadií: 557/359; 21/12 %; pokles o 9 %

Komentář: Relativní incidence těchto zhoubných nádorů poněkud klesá, absolutní výrazně stoupá, což lze zdůvodňovat stárnutím populace. Nicméně relativní i absolutní mortalita poklesla. Poklesla také letalita, podíl pokročilých stadií a případů neurčeného stadia. Významně se zvýšil podíl časných stadií I a přesáhl už polovinu všech případů, nepochybně zásluhou sonografie, prováděné nyní mnohem častěji z řady důvodů a už i preventivně. ZN ledviny jsou dobrým příkladem zjevného zlepšování lékařské péče časnějším záchytem i efektivnější léčbou.

ZN močového měchýře (C67); n = 27 870

- relativní incidence: 25,7/23,9; pokles o 7 %
- relativní mortalita: 6,3/5,1; pokles o 19 % !
- absolutní incidence: 2200/2155; pokles o 2 %
- absolutní mortalita: 773/874; pokles o 13 % !
- letalita (M/I index): 0,35/0,41; nárůst o 6 %
- podíl velmi časných stadií I: 1125/1158; 51/54 %; nárůst o 3 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 260/377; 12/17 %; nárůst o 5 %
- podíl neurčených stadií: 434/237; 20/11 %; pokles o 9 %

Komentář: Poklesla relativní a absolutní incidence i mortalita, nicméně narostla letalita. Podíl časných stadií, byť nadpoloviční, vzrostl jen málo. Zvýšil se podíl pokročilých stadií, což zřejmě nepříznivě ovlivňuje letalitu. Ubylo neurčených stadií. Pokrok, který by bylo možno přičíst lékařské péči, je málo patrný.

Pneumonologie

ZN plic (C34); n = 97 691

- relativní incidence: 49,8/40,9; pokles o 18 % !
- relativní mortalita: 42,8/34,3; pokles o 20 % !
- absolutní incidence: 6068/6575; nárůst o 8 %
- absolutní mortalita: 5260/5626; nárůst o 7 %
- letalita (M/I index): 0,87/0,86; pokles o 1 %
- podíl velmi časných stadií I: 514/692; 8/11 %; nárůst o 3 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 3697/4574; 61/70 %; nárůst o 9 %
- podíl neurčených stadií: 1477/818; 24/12 %; pokles o 12 % !

Komentář: ZN plic vykazují výrazný pokles relativní incidence i mortality při menším růstu hodnot absolutních. Tuto disociaci lze i při stárnutí populace vysvětlit omezením kouření, profesních rizik a snad i poněkud zlepšeným stavem ovzduší. Mimořádně vysoká a prakticky nezměněná ovšem zůstává letalita. Vyléčen je jen každý desátý pacient, což odpovídá podobně velmi nízkému

podílu případů v časném stadiu I. Naopak podíl pokročilých stadií narostl až k 70 %. Poněkud se zlepšil staging, neurčená stadia poklesla. Specifický program pro časnou detekci nádorů plic zatím neexistuje. Zintenzivnily se protikuřácké kampaně, poněkud pomáhá i legislativa. Je jistě potřebné zavádět metody časnějšího zachytu těchto nádorů alespoň ve skupinách vyššího rizika, významné zlepšení kurativních léčebných postupů v dohledné době nelze očekávat.

Mammární onkologie

ZN prsu (C50); n = 99 471

- relativní incidence: 92,9/95,7; nárůst o 3 %
- relativní mortalita: 27,8/20,0; pokles o 29 % !
- absolutní incidence: 5969/7209; nárůst o 20 %
- absolutní mortalita: 1999/1858; pokles o 7 %
- letalita (M/I index) : 0,33/0,26; pokles o 7 %
- podíl velmi časných stadií I: 2070/3473; 35/48 %; nárůst o 13 % !
- podíl pokročilých stadií III+IV: 1093/166; 18/16 %; pokles o 2 %
- podíl neurčených stadií: 518/451; 9/6 %; pokles o 3 %

Komentář: Roste především absolutní incidence, nicméně významně, až o třetinu, se přitom snížila relativní mortalita a nemálo poklesla i absolutní mortalita. Zvýšil se záchyt časných stadií. Spolu s tím poklesla letalita. Tři ze čtyř žen s rakovinou prsu jsou vyléčeny. Skutečnost, že se daří odolávat civilizačnímu nárůstu ZN prsu a trend navíc příznivě obracet k nižší mortalitě je jistě hlavně zásluhou dobře fungujícího celoplošného mamografického screeningu. Účast cílové skupiny žen, která už dosáhla dvou třetin, je třeba dále zvyšovat. Inovace léčby se na úspěšném trendu jistě podílejí také, ale nikoli v tak zásadní míře, protože se týkají hlavně léčby pokročilejších případů s celkově nepříznivou prognózou. Pozitivních výsledků u ZN prsu je dosaženo vskutku medicínsky pracně a jsou příkladem účinnosti komplexního cílevědomého snažení v onkologické prevenci i léčbě.

Dermatoonkologie

Maligní melanom (C43); n = 32 095

- relativní incidence: 14,8/18,3; nárůst 24 %
- relativní mortalita: 3,5/2,6; pokles 26 % !
- absolutní incidence: 1719/2620; nárůst 52 %
- absolutní mortalita: 422/428; nárůst 1 %
- letalita (M/I index): 0,25/0,16; pokles 9 %
- podíl velmi časných stadií I: 990/1709; 58/65 %; nárůst 7 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 271/257; 16/10 %; pokles 6 %
- podíl neurčených stadií: 128/220; 7/8 %; nárůst 1 %

Komentář: Relativní i absolutní incidence velmi významně narostly. Nepochybně to souvisí s vyšší expozicí kůže UV záření. Klesla však relativní mortalita a také letalita. Vyléčeno je šest ze sedmi nemocných. Lze to přičíst vysokému podílu velmi časných stadií. Maligní melanom je odhalen až ve dvou třetinách případů v časném stadiu I. Dobrá je i úroveň stagingu, která se však dále nezlepšuje.

Nádory hlavy a krku

ZN hltanu, všechny části (C09–C14); n = 8 439

- relativní incidence: 4,1/5,1; nárůst o 24 %
- relativní mortalita: 2,4/2,3; pokles o 4 %
- absolutní incidence: 463/689; nárůst o 49 %
- absolutní mortalita: 280/323; nárůst o 15 %
- letalita (M/I index): 0,60/0,47; pokles o 13 % !
- podíl velmi časných stadií I: 17/24; 4/3 %; pokles o 1 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 349/519; 75/75 %; beze změny
- podíl neurčených stadií: 64/92; 14/13 %; pokles o 1 %

Komentář: Výskyt nádorů v oblasti hltanu velmi významně narůstá, a to především v absolutních hodnotách, které více odrážejí vliv stárnutí populace, ale patrně i další, nepříliš zkoumané, faktory. Poněkud se snížila relativní mortalita i le-

talita, což při nezměněném velmi nízkém podílu časných stadií zřejmě ukazuje na efektivnější onkologickou léčbu.

ZN hrtanu (C32); n = 8 061

- relativní incidence: 4,7/3,6; pokles o 25 % !
- relativní mortalita: 2,6/1,7; pokles o 35 % !
- absolutní incidence: 561/524; pokles o 7 %
- absolutní mortalita: 268/310; pokles o 14 % !
- letalita (M/I index): 0,55/0,51; pokles o 4 %
- podíl velmi časných stadií I: 155/120; 28/23 %; pokles o 5 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 259/276; 46/53 %; nárůst o 7 %
- podíl neurčených stadií: 75/63; 13/12 %; pokles o 1 %

Komentář: Incidence i mortalita významně poklesly. Jde trend opačný oproti ZN oblasti hltanu. Jen málo se zlepšila letalita, vyléčeno je jeden ze dvou pacientů. Poměr časných a pokročilých stadií se vyvíjí spíše nepříznivě, významně se nezlepšil ani staging.

ZN štítné žlázy (C73); n = 14 454

- relativní incidence: 5,6/9,5 nárůst o 71 %
- relativní mortalita: 0,7/0,5; pokles o 29 % !
- absolutní incidence: 632/1083; nárůst o 71 %
- absolutní mortalita: 95/92; pokles o 3 %
- letalita (M/I index): 0,15/0,08; pokles o 7 %
- podíl velmi časných stadií I: 277/749; 44/69 %; nárůst o 25 % !
- podíl pokročilých stadií III+IV: 119/173; 19/16 %; pokles o 3 %
- podíl neurčených stadií: 68/95; 11/9 %; pokles o 2 %

Komentář: Dramaticky se zvýšila relativní i absolutní incidence; mortalita však poklesla. Poklesla také letalita, která je příznivě nízká. Vyléčeno je 11 z 12 nemocných. Příznivě se vyvíjí záchyt časných stadií, více než dvě třetiny nemocných jsou zachyceny v stadiu I. Staging se mírně zhoršil.

Sarkomy**Sarkomy měkkých tkání (C49);****n = 4 210**

- relativní incidence: 2,2/2,3; nárůst o 5 %
- relativní mortalita: 0,9/0,9; beze změny
- absolutní incidence: 259/307; nárůst o 19 %
- absolutní mortalita: 110/141; nárůst o 28 %
- letalita (M/I index): 0,42/0,46; nárůst 4 %
- podíl velmi časných stadií I: 59/53; 23/17 %; pokles o 6 %
- podíl pokročilých stadií III+IV: 59/39; 23/13 %; pokles o 10 %
- podíl neurčených stadií: 99/190; 38/62 %; nárůst o 24 %

Komentář: Incidence těchto histopatologicky dosti heterogenních mezenchymálních a spíše vzácnějších nádorů roste zejména v absolutních hodnotách, kde významně narůstá i mortalita. Poněkud roste i letalita. Vyléčena je více než polovina nemocných. Poklesl podíl časných stadií. Zejména nepříznivý je však dramatický nárůst neurčených stadií až na zcela nepřijatelné necelé dvě třetiny případů. Dva ze tří nemocných tedy nemají řádně určené stadium onemocnění. Nepochybně je zapotřebí soustředit diagnostiku a léčbu sarkomů do několika kvalifikovaných center, protože současná disperze péče u máločetných případů obecně velmi ubírá na její kvalitě.

Neuroonkologie**ZN mozku (C71); n = 11 938**

- relativní incidence: 6,3/6,2; pokles o 2 %
- relativní mortalita: 4,6/4,7; nárůst o 2 %
- absolutní incidence: 760/841; nárůst o 11 %
- absolutní mortalita: 589/665; nárůst o 13 %
- letalita (M/I index): 0,78/0,79; nárůst o 1 %

Komentář: Pro ZN mozku nejsou stadia uváděna. Prognosticky významnější je nepochybně histologický typ. Absolutní incidence i mortalita narůstají, patrně se stárnutím populace, v relativních hodnotách se ovšem příliš nemění. Rovněž letalita se nemění a zůstává stále velmi vysoká. Vyléčen je pouze jeden z pěti nemocných.

Vzácné zhoubné nádory

Jde o velmi heterogenní skupinu nádorů s relativní incidencí pod 5 případů na 100 000 obyvatel. V ČR jsou tyto ZN diagnostikovány a léčeny velmi disperzně a teprve v posledních letech narůstá celoevropsky podporovaná snaha o jejich účelnou koncentraci, u nás tedy do dvou NOC v Brně pro Moravu a Slezsko a v Praze pro Čechy. Hodnocení výsledků zde nebylo dosud souborně zpracováno. Zatím jde o snahu soustředit je pro integrovanou onkologickou péči. Zlepšování péče o nemocné se vzácnými nádory je jistě organizačním úkolem i metodickou a kvalifikační výzvou pro další období.

Závěr

Požadavek konat podle principů medicíny založené na průkaznosti (evidence-based medicine) se nepochybně týká také multidisciplinární onkologie. Neznamená jen odkazy na publikované zahraniční prameny. *Hic Rhodus, hic salta*, učí klasikové. Vlastní dobrou evidenci nádorů udržujeme už čtyři desetiletí a také ta nám musí být praktickým zdrojem poznatků, poučení a inspirací pro potřebné změny. Snad i tato inventura srovnávající stav výskytu, diagnostiky a léčby nejčastějších solidních nádorů dospělých, z dat před přijetím Národního onkologického programu a po letech jeho fungování, pomůže ukázat úspěchy, neúspěchy, rezervy a směr úsilí pro budoucí léta. Nástrojem pro zlepšení péče nejsou jen technologie a léky, ale také organizace. Tedy i NOP, případně jeho inovace. Protože univerzální onkolog neexistuje, nepochybně se různě onkologicky profilovaní specialisté budou věnovat takto nastíněné analýze podrobněji v okruhu diagnóz jejich zájmu a ze svých úhlů pohledu. Tato zpráva má upozornit, že máme použitelné datové zdroje a rovněž máme rezervy v jejich využívání. Nezbytvá, než pravidelnou analytiku a inventuru zavést do systému naší onkologické péče a dále ji vylepšovat.

*prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Masarykův onkologický ústav, Brno*