ÚDAJE ONKOLOGICKÝCH REGISTRŮ VYBÍZEJÍ K ZAVEDENÍ PLOŠNÉHO MAMMOGRAFICKÉHO SCREENINGU V ČESKÉ REPUBLICE
THE CANCER REGISTRY DATA URGES THE INTRODUCTION OF THE BREAST CANCER SCREENING IN THE CZECH REPUBLIC

ŠIROKÝ P. [1], NOVÁK J. [1], DANES J. [2]
MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV BRNO [1]
RADIODIAGNOSTICKÁ KLINIKA, 1. LF UK PRAHA [2]

Úvod

Zhoubné nádory (ZN) prsu žen podle údajů Národního onkologického registru (NOR) vykazují v ČR nárůst incidence i mortality, postihují přitom stále více nižší věkové kategorie, rozdíly jsou patrné i v územním rozložení (1-3). Srovnáním s údaji zahraničních registrů lze zjistit, že v zemích s rozvinutým systémem preventivní onkologické péče jsou tyto nádory diagnostikovány v nižších stadiích, pacientky déle přežívají a dlouhodobé trendy mortality mají klesající tendenci (4). Zatímco v ČR je jen kolem 60 % nádorů prsu zachycováno v klinicky příznivějších stadiích 0, I a II, v zahraničí tvoří tato nižší stadia až 80-90 % všech případů. Obdobné závěry jsou publikovány např. u nádorů děložního čípku (5).

Positivní výsledky jsou dosahovány mimo jiné díky dlouhodobě prováděnému plošnému mammografickému screeningu (MS). Jeho počátky lze datovat do 60. let, dlouhodobé projekty plošného screeningu jsou zaváděny od 70. let a probíhají nyní ve většině vyspělých zemí. Např. v USA se mammografickému vyšetření podrobuje každé dva roky cca 60 % žen starších 50 let, ročně je zjištěno cca 180 tis. nových případů ZN prsu. Náklady na zdravotní péči představují u ZN prsu žen ročně 6 miliard US$, tj. největší ekonomickou náročnost ze všech nádorů (6). MS si klade za hlavní cíl prodloužení života pacientek s touto diagnózou. Výsledky plošného MS lze proto hodnotitažs delším odstupem, zpravidla nejdříve po 7- 10letech, publikované výsledky splnění cílů MS potvrzují.

Základní metodické postupy MS, které zahrnují provedení, zpracování a vyhodnocení snímku, případný odběr a vyhodnocení bioptického materiálu i organizaci celého procesu, j sou ve světovém měřítku zvládnuty. V současnosti je věnována pozornost zejména optimalizaci celého procesu, zvýšení efektivnosti a kvality i snížení nákladů (7). Důraz je kladen na zavádění MS do specifických podmínek jednotlivých zemí, probíhají diskuse o snížení věkové hranice vyšetřovaných žen. V rámci projektu EU Europe Against Cancer je MS zařazen do Subcomittee on Cancer Screening. Zde je vytvářena European Network of Reference Centres for Breast Cancer Screening. Tato většinou národní centra mají garantovat realizaci screeningových projektů s potřebnými kvalitativními standardy.

V CR není systematický plošný MS dosud prováděn. Přibývá neorganizovaných mammografických (MG) vyšetření prsu, zejména v souvislosti s nárůstem počtu instalovaných mammografů i se zvyšujícím se zájmem žen o preventivní vyšetření. V roce 1997 byla zřízena Komise pro mammografii a mammografický screening MZ ČR s cílem podporovat a metodicky řídit zavádění MS. Výsledky grantového projektu doc. Abrahámové potvrdily výtěžnost screeningu v podmínkách ČR (8). Zavedení plošného MS v ČR je tak především otázkou legislativního a ekonomického zajištění. Zbývá jen zahraniční metodické zkušenosti tvořivě aplikovat na naše podmínky.

Nezastupitelnou roli v procesu MS má onkologický registr. Jeho údaje jsou podnětem k zahájení MS, umožňují sledovat jeho průběh i vyhodnocovat dosažené výsledky.

Argumenty pro zavedení MS

V roce 1995 bylo v ČR podle údajů NOR (9) nově diagnostikováno 4449 případů ZN prsu, 2051 žen na toto onemocnění zemřelo. Meziroční nárůst incidence představuje dlouhodobě asi 4 %, meziroční nárůst úmrtnosti činí zhruba 1%. Standardizovaná hodnota ASR (podle světového standardu) incidence, resp. úmrtnosti v roce 1995 představuje 53,1, resp. 21,9 případů na 100 tis. žen. U žen cílové skupiny MS - 50-69 let bylo v roce 1995 zjištěno celkem 2009 nových případů. Z 4449 nových případů roku 1995 v jednotlivých stadiích I, II, III a IV bylo 18 %, 41 %, 16 %, a 10 % případů. U 15 % případů stadium nebylo zjištěno, lze však mezi nimi očekávat vysoký podíl pokročilých onemocnění. Ve stádiích I a II je tak diagnostikováno jen cca 60 % případů.

Pro zavedení MS v ČR hovoří argumenty vycházející ze srovnání dat NOR a údajů onkologických registrů zemí s prováděným MS. Potvrzují rozdíly v trendu úmrtnosti, rozdíly v záchytnosti nádorů prsu podle stadií a rozdíly v přežívání pacientek.

Jako příklady lze podle (10,11) uvést hodnoty incidence a mortality podle světového standardu ze zemí s rozvinutým systémem zdravotní péče. Ve Švédsku ASR incidence v letech 1983-87 činila 62,5 případů/100 tis. žen, v letech 1988-92 pak 72,9 případů, ASR mortality v letech 1983-87 pouhých 18,9 případů. Ve Kanadě ASR incidence v letech 1983-87 činí 71,1 případů/100 tis. žen, v letech 1988-92 činí ASR incidence 76,8 případů, ASR mortality v letech 1983-87 činí 24,2 případů.

Rozdělení ZN na stadia v době diagnózy nebývá v základních publikacích onkologických registrů běžně uvedeno. Jako příklady zemí s vysokou úrovní zdravotní péče lze uvést Kanadu (rok 1995) - ve stadiích I, n, III, IV bylo podle (12) zjištěno 45 %, 42 %,7 %, 6 % nádorů prsu, a Irsko (13) (rok 1994) -31 %,47 %, 11 %,11 %.

V zemíchs vysokou úrovní zdravotní péče se mj. jako důsledek MS incidence nádorů prsu zvyšuje a mortalita snižuje (14). Podle (10,11) se v zemích s vysokou úrovní zdravotní péče (např. severní Amerika, severní Evropa), daří přes narůstající incidenci udržet klesající trend úmrtnosti.

Nepříznivá situace v záchytu nádorů prsu (v ČR je ve stadiích III, IV zjišťováno kolem 40 % případů, ve vyspělých západních zemích jen 10-20 %) se odráží i v přežívání pacientek. Zatímco v 1-letém přežití nebyly zjištěny výraznější rozdíly, u 5-letého přežití přežívá v ČR 57 % pacientek, zatímco ve skupině vybraných západoevropských zemí kolísá tato hodnota mezi 62-74 % (15-17).

Hlavní cíle MS a jeho přínos pro zdravotní stav populace jsou všeobecně známé. Připomeňme jen některé skutečnosti vyplývající ze zahraničních zkušeností, např. (18):

- MS žen ve věkové skupině 50-69 let při jednom vyšetření za 2-3 roky snižuje úmrtnost o 20-40 %,
- záchytnost populačního MS ve věkové skupině 50-59 resp. 60-69 se pohybuje kolem 6 resp. 9 potvrzených positivních nálezů na 1000 vyšetřovaných žen.

Ekonomická efektivnost MS

Při rozhodování o zavedení MS je třeba zvážit nejen evidentní zdravotní přínos, ale i kapacitní a ekonomické možnosti zdravotnického systému.

Jako velmi hrubé ekonomické kritérium lze použít srovnání přímých, tj. účty doložitelných nákladů na MS proti úsporám v léčebné sféře. Propracovanější modely počítají vedle vlastní mammografie též s řadou dalších přímých nákladů (admi-

nistrativa, léčba a dispenzarizace, vybavení pracovišť, školení personálu) i nepřímých (dopravní náklady a ztracená produkce s vyšetřením související). Při určení přínosů jsou brány v úvahu jak úspory přímé (úspora nákladů na diagnostiku a léčbu), tak úspory nepřímé (získaná produkce). Obtížně se vyjadřuje přínos v oblasti psycho-sociální, či efekty protinádorové osvěty a vytipování rizikových skupin populace.

Plošný MS nebyl v našich podmínkách dosud soustavně dlouhodobě prováděn ani komplexně analyzován. Ucelené zahraniční rozbory jsou obtížně dostupné a nelze je mechanicky přenášet do našich podmínek (rozdílné náklady na pracovní sílu, odlišná vybavenost zdravotnických zařízení, rozdíly v cenách léčiv).

Ekonomickou efektivitu MS lze zjednodušeně zjistit srovnáním nákladů dvou základních modelů péče o nádory prsu - bez MS a s MS. Toto srovnání lze provádět až po 7-10 letem průběhu, je velmi náročné nejen metodicky, ale i z hlediska zajištění potřebných dat, výsledky jednotlivých studií se navíc velmi liší podle místních podmínek. Většina dostupných pramenů uvádí náklady v amerických dolarech (US$). Přímé náklady na jedno mammografické vyšetření kolísají kolem 100 US$, náklady na jeden rok zachráněného života se pohybují mezi 9500-35000 US$ (6). I když některé studie uvádějí u varianty s MS snížení nákladů až do 20%, spíše se náklady zdají být vyrovnané. Zavedení MS tak neznamená zvýšení nákladů v tomto segmentu zdravotní péče, ale pouze jeho přesun do primární sféry. Efektivnost MS však nelze v žádném případě hodnotit jen srovnáním přímých nákladů na poskytovanou zdravotní péči. Tyto výpočty nelze mechanicky přenášet do podmínek ČR, lze je však chápat jako vodítko a výzvu k provedení podobných propočtů z dostupných dat v našich podmínkách.

Kapacitní nároky MS v ČR

Komise pro mammografii a mammografický screening MZ ČR předložila v roce 1997 materiál „Mammografický screening v České republice - kalkulacepočtu vyšetření a finančních nároků" (19). Potřebné kapacity byly určeny pro dvě varianty MS - varianta ČR (podle Metodického návodu MZ 1998, ženy ve věku 50-64 let, vyšetření jednou za 2 roky) a varianta EU (podle metodického pokynu EU z roku 1996, ženy ve věku 50-69 let, vyšetření jednou za 2-3 roky). Počty vyšetření byly v obou variantách srovnatelné, např. pro rok 2000 bylo uvedeno pro variantu ČR 490 tis. resp. EU 492 tis. vyšetření, meziroční nárůst činil cca 10 %.

Při dvojici snímků každého prsu a dvojím hodnocení lze za jednu pracovní směnu na jednom pracovišti vyšetřit cca 30 žen, což při provozu na 1,5 směny a 250 dnů ročně představuje 11250 vyšetření na jednom pracovišti. Orientačně tak lze MS v ČR zajistit s cca 45 mammografickými pracovišti. Přímé náklady najedno mammografické vyšetření (podle, sazebníku zdravotních pojišťoven) lze odhadovat na 500,- Kč. Náklady na vlastní mammografické vyšetření tak lze odhadovat na 250 mil. Kč ročně. Skutečné náklady MS však budou vyšší, je třeba zahrnout např. náklady na administrativu (zvaní pacientů, provoz informačního systému MS apod.) i náklady u následných vyšetření suspektních nálezů.

Závěr

MS je považován za nejefektivnější onkologický screening. Jeho aplikace odpovídá aktuálním trendům zdravotní péče směřujících maximum úsilí do preventivní sféry. Dosavadní zahraniční zkušenosti prokazují jeho významný přínos ke zlepšení zdravotního stavu populace. Při analýze efektivnosti MS je třeba vycházet ze znalosti údajů incidence, přežívání a mortality pacientek se ZN prsu (údaje NOR), demografických charakteristik populace (údaje ČSÚ), standardů poskytování zdravotní péče (MZ) i ekonomických údajů (zdravotní pojišťovny). Významným faktorem pro rozhodování není jen snížení úmrtnosti na nádory prsu, nemocnosti a ukazatelů s tím spojených, ale také výše potřebných finančních zdrojů. Zahraniční zkušenosti ukazují, že zavedení MS neznamená zvýšení nákladů v oblasti péče o nádory prsu, ale pouze jejich přesun do preventivní sféry.

Studie byla provedena v rámci grantu IGA MZ ČR č. 4324-3.

Literatura

1. Novotvary CR. Ročenky ÚZIS ČR.
2. Geryk, E., et al. Vývoj incidence zhoubných nádorů v ČR 1977-1991. D. díl. Brno: MOÚ, 1997.130 s.
3. Maršík, V., et al. Atlas of cancer incidence in the Czech Republic 1978-1994. Brno: MOÚ, 1998.47 s.
4. Bella, V., et al. Epidemiologické východiska pre skríning zhubných nádorov prsníka u žien na Slovensku. Klin. onkol., 1995, sv. 8, č. 6, s. 172-176.
5. Janout, V., et al. Hodnocení trendu mortality na karcinom děložního čípku v ČR a v Belgii. Klinická onkologie, 1998, sv. 11, č. 3, s. 89-93.
6. Reintgen, D. S., et al. Cancer screening, St. Louis: Mosby, 1996. 307 p.
7. European Comission. European guidelines for quality assurance in mammography screening., Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities, 1996. 160 p.
8. Abrahámova J., et al. Včasná diagnostika karcinomu prsu - tříleté výsledky širokoplošného skríningu žen. In Vybrané otázky onkologie II. J. Abrahámova (ed.). Praha: Galén, 1999.62 s.
9. Novotvary ČR 1995. Praha: ÚZIS ČR, 1998.267 s.
10. Parkin, D. M., et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. VI. 1992 1033 p.
11. Parkin, D., M., et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. Lyon-IARC, 1997.1240 p.
12. Evans, W. K., et al. Estimating the cost of diagnosis and initial treatment of early stage breast cancer in Canada, Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol., 1996, vol. 15, A93.
13. NCRI. Cancer in Ireland 1994: Incidence and Mortality: Annual report. National Cancer Registry, 1997.154 s.
14. Game, J. P., et al. Increasing incidence of and declining mortality from breast carcinoma: Trends in Malmo, Sweden, 1961-1992. Cancer 1997 vol. 79, no. 1, p. 69-74.
15. Berrino, F., et al. Survival of cancer patients in Europe: The EUROCARE II Study. IARC Scientific Publication, no. 151. - In press.
16. Berrino, F., et al. Survival of cancer patients in Europe: The EUROCARE Study. Lyon: IARC 1995. 463 s. IARC Scientific Publication, no. 132.
17. Koukalová, H., et al. Závěrečná zpráva řešení grantového úkolu „Statistická analýza přežívání onkologických pacientů v ČR". IGA MZ ČR, č.4831 - 1. MOÚ, 1998.205 s.
18. Kerlikowske, K. et al. Efficiacy of screening mammography (Meta-analysis). JAMA, 1995, sv. 273, č. 2, s. 149-153.
19. Mamografický screening v České republice: Kalkulace počtů vyšetření a finančních nároků. Komise pro mamografii a mamografický screening MZ ČR, 1997.8s.