

VYUŽITÍ REGISTRU ZHOUBNÝCH NÁDORŮ K HODNOCENÍ DIAGNOSTICKÉ A LÉČEBNÉ PÉČE

EXPLOITATION OF THE CANCER REGISTRY FOR THE EVALUATION OF THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT CARE

BEŠKA F., TVRDÍK J., LORENC J.
REGIONÁLNÍ PRACOVISŤE NOR FNŠP OSTRAVA

Úvod

V registru zhoubných nádorů je uložena řada údajů o nemocném, kvantitativního i kvalitativního rozměru. Hodnocení kvality se dostává do popředí zájmu zdravotníků, nemocného i společnosti. Údaje NOR slouží k hodnocení provedené zdravotní péče, ale lze je také využít i k vyhodnocování řady dalších činností (1,5,9).

Kvalitu zdravotní péče lze hodnotit z hlediska věcného, technického, personálního, ekonomického, z hlediska využití léčebných postupů, ale i z pohledu nemocného, jak byl s postupem a výsledkem zdravotní péče spokojen. Při hodnocení je však nutné pamatovat i na řadu okolností, mnohdy subjektivního charakteru, často jen těžce objektivizovatelných. Náhledy nemocného, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů této péče nemusí být vždy totožné. NOR je objektivním zdrojem dat, která však vyžadují kvalifikované a obezřetné interpretace.

Současná globalizace světa zasahuje i do těchto problémů. Na jedné straně jsou zde velké možnosti v získávání informací a nových poznatků, které vedou k rychlému rozvoji nových diagnostických a léčebných technologií. Jejich zavádění je nepochybně ovlivněno také tlakem producentů v prosazování se na trhu. Na druhé straně toto vše ztěžuje správnou orientaci nejen občana - pacienta, ale i zdravotníka. V neposlední řadě stojíme před faktem omezených finančních prostředků. Zdravotní pojišťovny sledují především kvalitu standardně používaných postupů, což jsou vlastně zdravotní výkony se svým závazně stanoveným obsahem. Zdravotní pojišťovny mohou nepřímo sledovat a vzájemně porovnávat kvalitu poskytované péče analýzou vyúčtovaných výkonů u jednotlivých diagnóz, mohou je srovnávat mezi jednotlivými zařízeními, popřípadě s průměry za větší celky.

Také klinik má možnost sledovat řadu hodnotících údajů, které se u onkologicky nemocných zpracovávají. Jsou to údaje o diagnostických a terapeutických postupech, o dispenzarizaci a prevenci. Tato data lze analyzovat v různých závislostech a lze také sledovat jejich vývojové trendy. Z tohoto pohledu jsou především zajímavé rozbor, který hodnotí kvalitativní ukazatele diagnostiky a léčby. Následující příklady byly zpracovány podle údajů ze severomoravského registru.

Rozbor kvalitativních ukazatelů diagnostiky a léčby v severomoravském regionu podle údajů NOR

Nejlépeších léčebných výsledků se dosahuje u onemocnění, která jsou diagnostikována včas a ve včasných stadiích. Rozbor pokročilých onemocnění k tomu mohou podat podklady a pomoci analyzovat i příčiny. Za včas zjištěné onemocnění s pravděpodobností delšího dobrého přežívání se pokládá to, u kterého je doba mezi první návštěvou lékaře a datem stanovení diagnózy kratší než jeden měsíc a rozsah nádoru je malý (stadium I a II). Onemocnění řádně zjištěné, ale pokročilé je takové, jehož diagnóza byla stanovena do jednoho měsíce, ale rozsah onemocnění je již v pokročilém stadiu (in a IV). Vývoj těchto ukazatelů od roku 1983 do roku 1998 ukazuje graf č. 1. Více než 50% nemocných je diagnostikováno v pokročilém stadiu (79% plicních nádorů, 60% nádorů vaječníku, 56% nádorů prsu, 41% nádorů varlete atd.). Jen velmi pomalu se zvyšuje počet nádorů zjištěných včas. Počet nádorů zjištěných až při pitvě se snižuje, souvisí to s celkově snižujícím se počtem pitev. V roce 1997 bylo zjištěno pitvou 9% nádorů plic, 7%

nádorů žaludku, 6% nádorů prostaty, 8% nádorů ledvin a další. Počet pozdě rozpoznávaných nádorů po celé sledované období kolísá v rozmezí 1 až 2%. Snížil se počet pozdě rozpoznávaných nádorů v některých lokalizacích, především u nádorů prsu (1987 - 3,8% a 1997 - 1%) a u nádorů děložního čípku (1987 - 1% a 1997 - 0%).

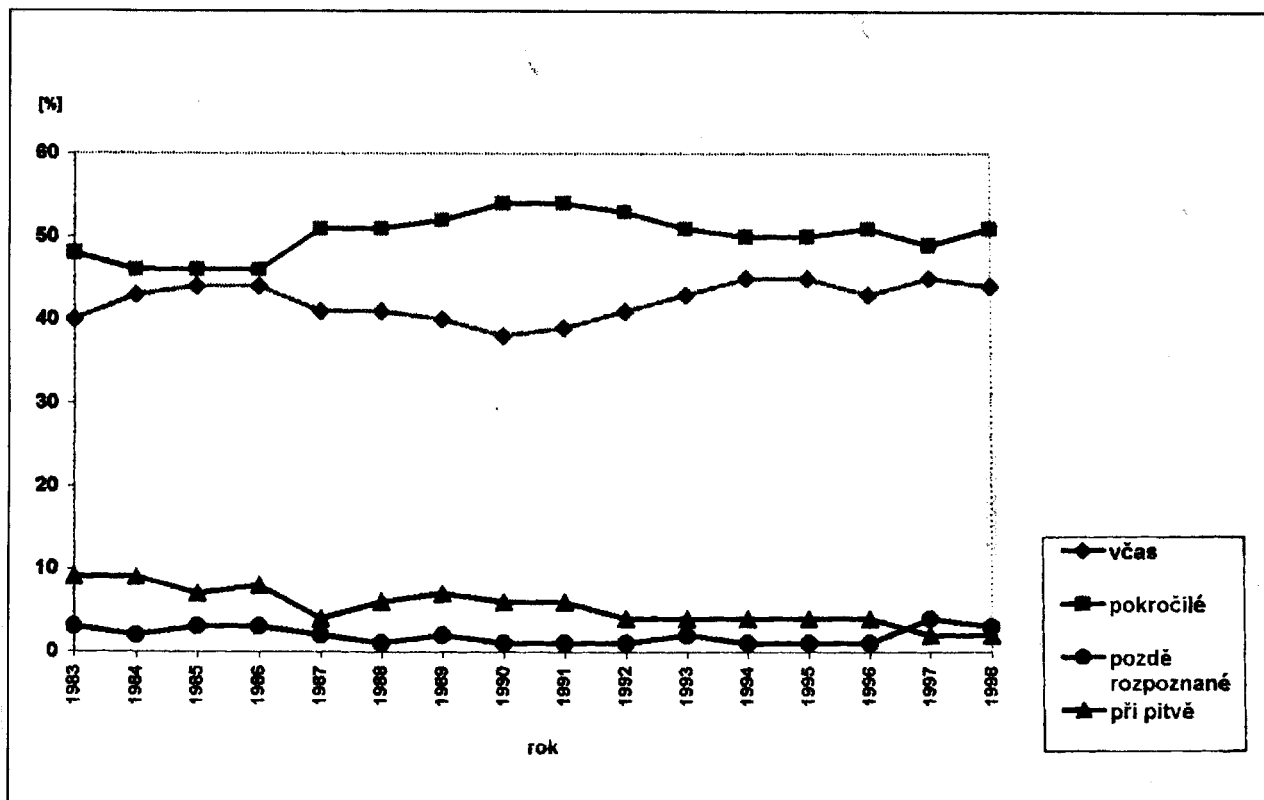
Kvalitu diagnostického procesu určuje způsob ověření diagnózy. Morfologické ověření patří u nádorových onemocnění do standardu (9), diagnóza stanovená jen klinicky je nedostačující. V grafu č. 2 je ukázán vývoj těchto parametrů. V roce 1998 bylo 85% onemocnění verifikováno histologicky a 8% cytologicky. Počet jen klinicky stanovených diagnóz se postupně snižuje, nyní se pohybuje okolo 1%. V roce 1997 bylo podle údajů z registru „jen klinicky“ diagnostikováno 132 zhoubných nádorů, z toho 80 kožních. Nové diagnostické postupy umožnily u řady nádorových lokalizací zlepšit kvalitu diagnózy.

Rozsah či pokročilost nádoru je limitujícím faktorem pro léčbu i prognózu onemocnění. Počty diagnostikovaných nádorů in situ patří proto k příznivým ukazatelům v hodnocení prevence a diagnostiky. Prevence některých nádorů, především děložního čípku, má dlouhodobou tradici. Cytologické a kolposkopické vyšetření u tohoto onemocnění může odhalit většinu přednádorových lézí. Záleží pak na ekonomických možnostech, organizaci osvěty a preventivních vyšetřeních. Snižující se počet invazivních nádorů je pak příznivým ukazatelem prevence (6,8).

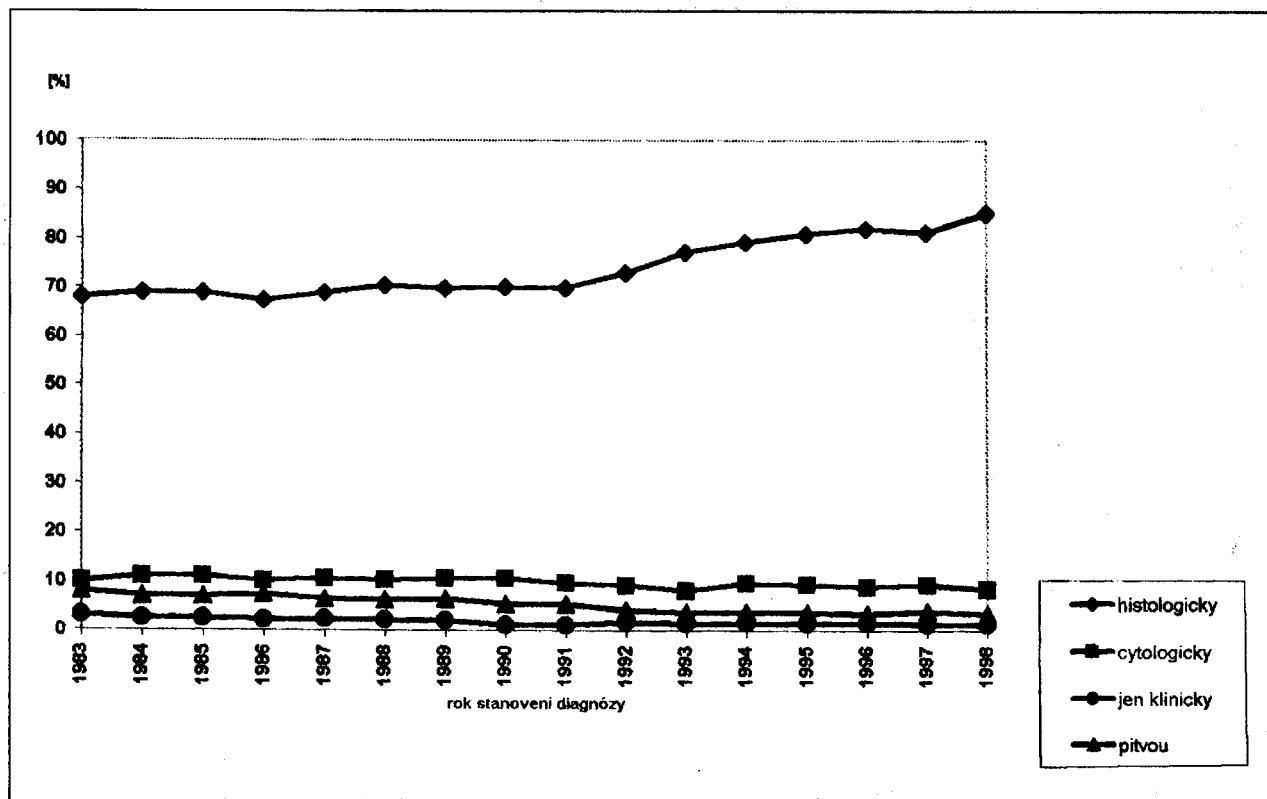
Na severní Moravě gynekologické nádory tvoří 15% z celkového počtu nádorů u žen. Graf č. 3 ukazuje zvyšující se počty těchto onemocnění ve všech sledovaných lokalizacích. Také počet hlášených nádorů ca in situ děložního čípku se zvyšuje. Počet invazivních nádorů u mladších žen se zvyšuje, jak ukazuje graf č. 4, který porovnává výskyt v různých obdobích u věkově standardizovaných souborů. I v písemnictví se upozorňuje na tento trend (10). Včasná stadia nádorů, především ca in situ děložního čípku, mají minimální symptomatologii. Její odhalení je možné při preventivních vyšetřeních. Proto věková struktura ca in situ čípku děložního odpovídá spíše věkové struktuře žen navštěvujících ženského lékaře než věkové struktuře tohoto onemocnění. Uvádí se, že záchytnost ca in situ je neúplná a pohybuje se mezi 25% až 50%, kdežto u invazivních karcinomů je až ve 100%. Také vývoj onemocnění ca in situ má své odlišnosti, jen 25% progreduje, 39% regreduje a v 36% zůstává nálezu stacionární po řadu let (7). V etiologii se zdůrazňuje vliv lidského papiloma viru a kouření, hovoří se o sexuálně přenosných chorobách, což má souvislost se zvyšujícím se výskytem v mladších věkových skupinách (7). V grafu č. 5 se porovnává standardizovaná věková struktura u invazivních a neinvazivních nádorů děložního čípku. Křivka invazivního karcinomu předbíhá křivku nádorů in situ, což bezprostředně souvisí s prevencí - gynekologickými prohlídkami u žen mladšího věku.

Cílem léčby je dosáhnout co nejlepšího výsledku, pokud možno vyléčení s patřičnou kvalitou života, ovšem s přijatelnými náklady. Diagnostické a léčebné možnosti se zlepšují, stále jsou hledány nové diagnostické a terapeutické postupy, nové léky i optimalizovaná stávající řešení. Registr zhoubných nádorů může poskytnout řadu potřebných údajů nejen k analýze přežívání, ale i k hodnocení léčby a jejích nákladů.

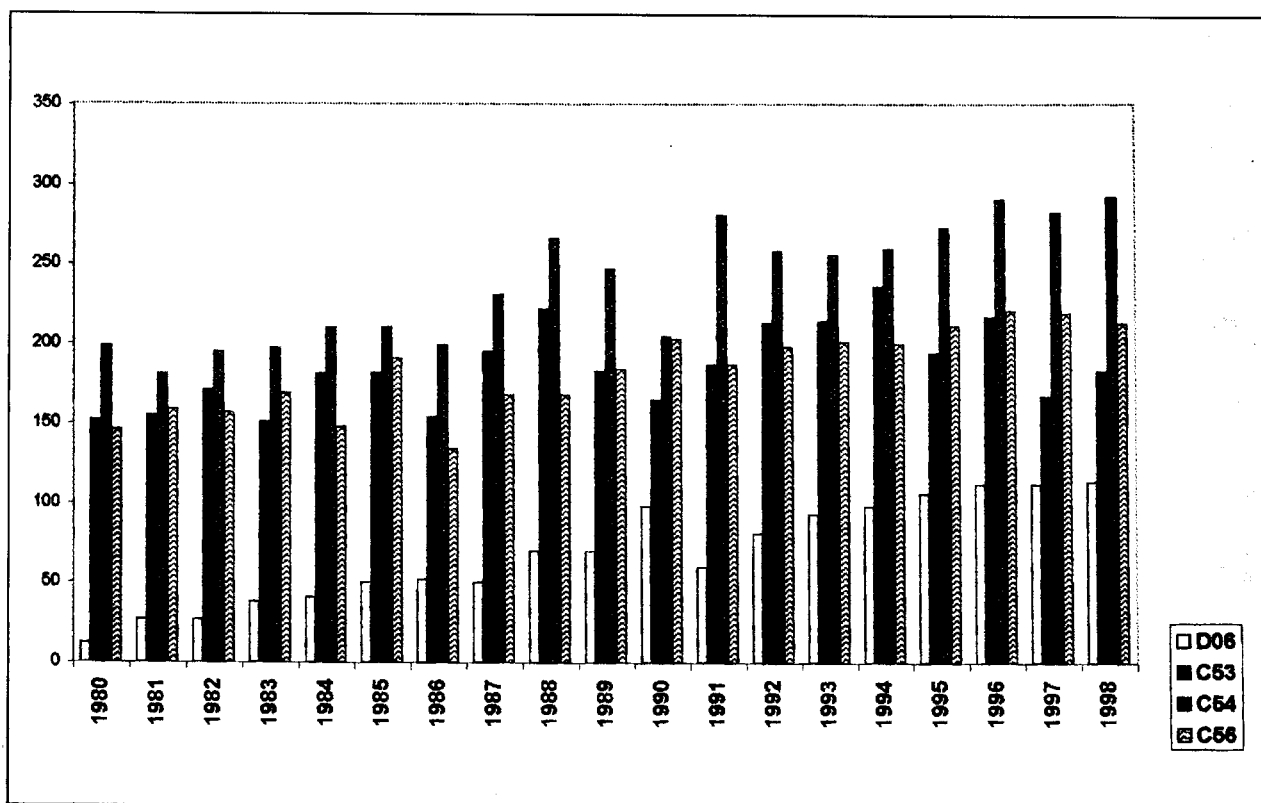
Graf. č. 1. Onemocnění bylo zjištěno:



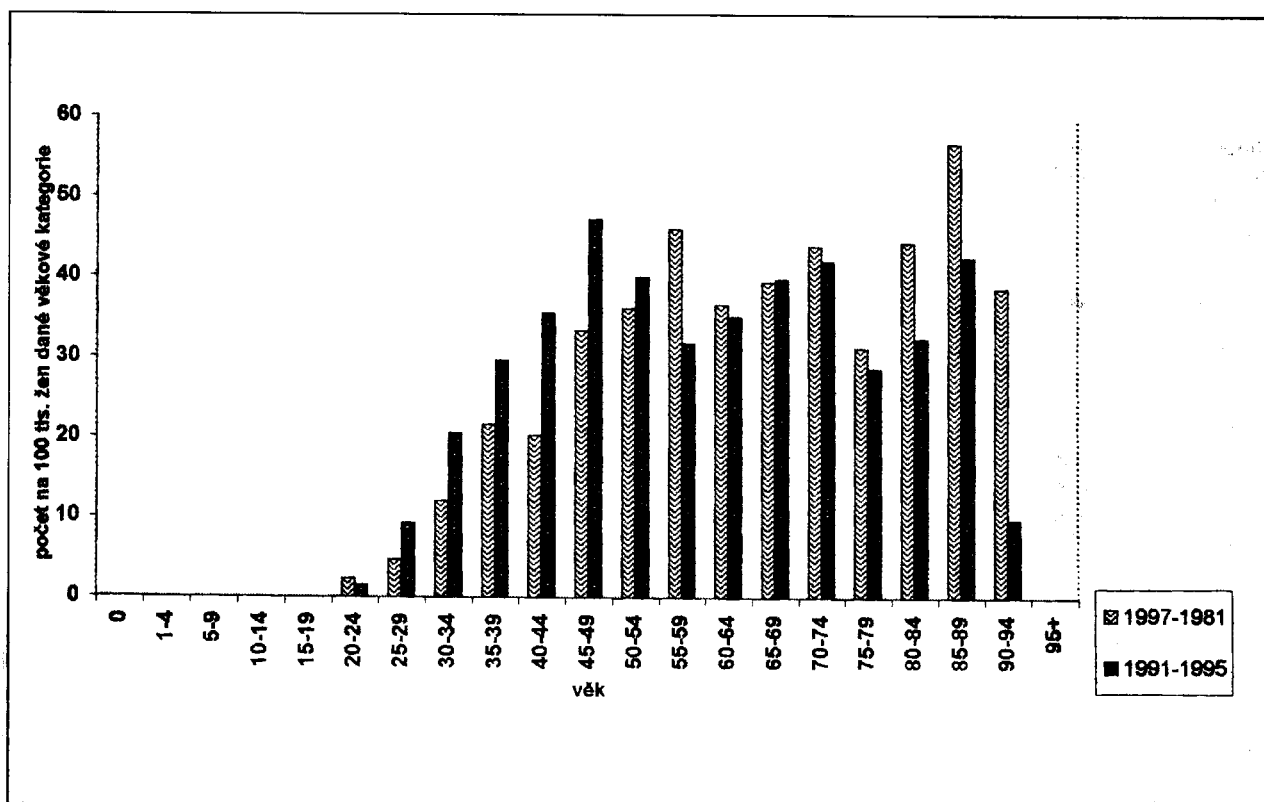
Graf. č. 2. Způsob ověření diagnózy



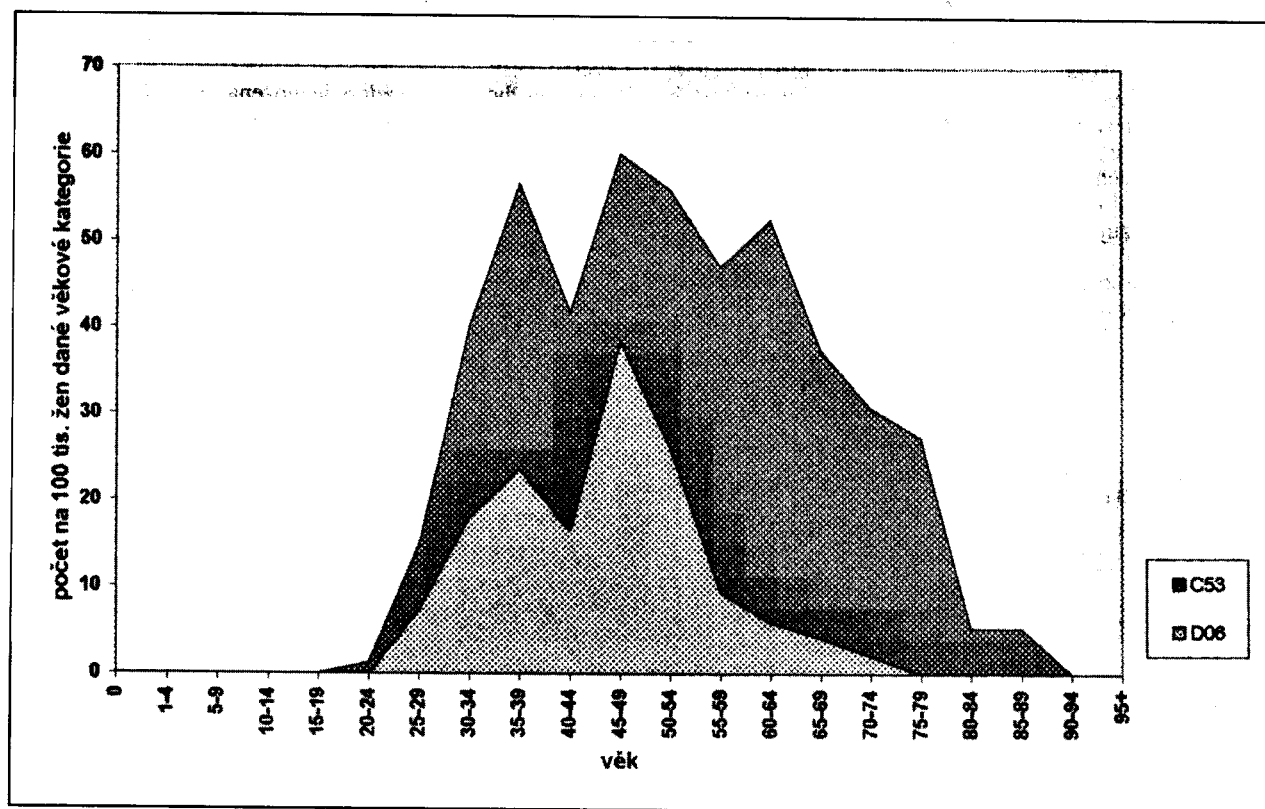
Graf. č. 3. Absolutní počty nově zjištěných gynekologických nádorů na severní Moravě



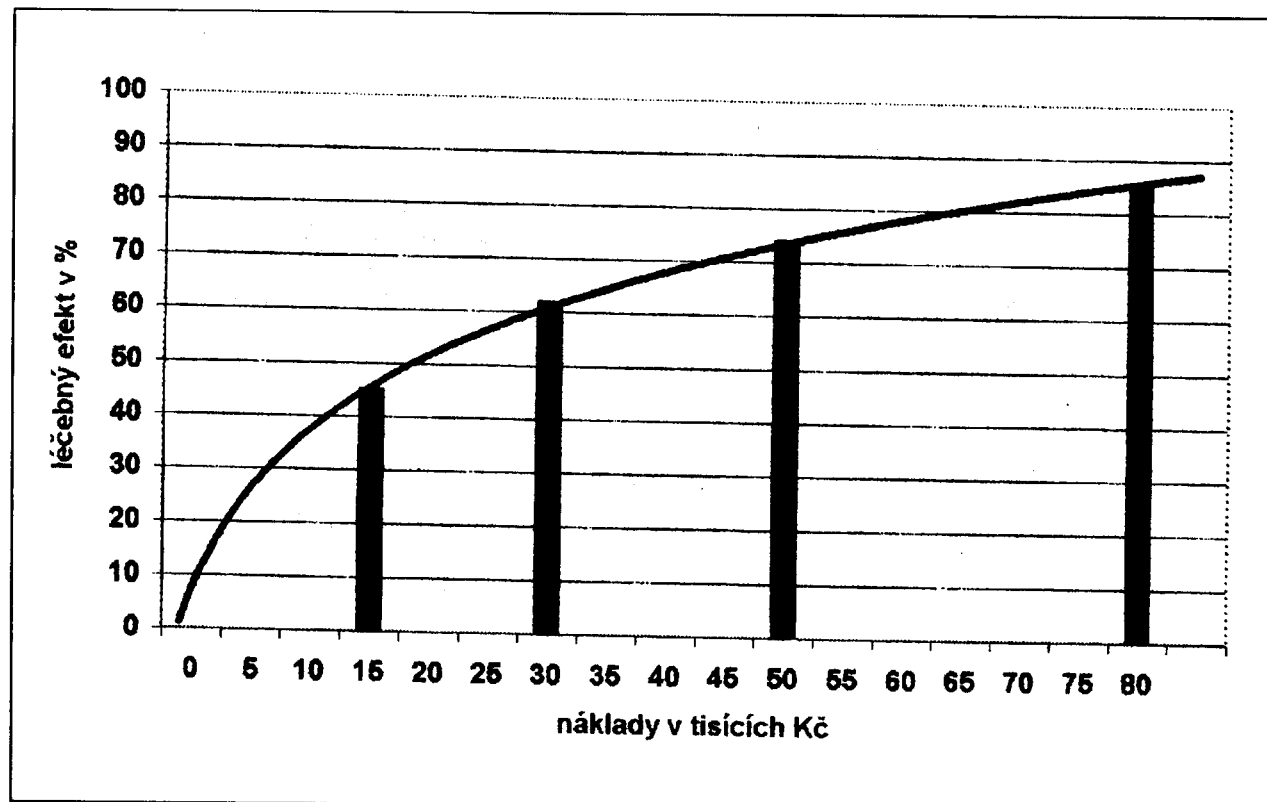
Graf. č. 4. Srovnání věkově specifické incidence zhoubných nádorů čípku děložního v různých obdobích



Graf. č. 5. Věkově specifická incidence zhoubných nádorů čípku děložního v roce 1995



Graf. č. 6. Porovnání nákladů a léčebných efektů vyjádřených v pětiletém přežití



Vhodnou lokalizací k demonstraci těchto vztahů jsou nádory varlat. Patří k onemocněním, kde se léčebné výsledky progresivně zlepšují (4). Chemoterapie, kombinovaná léčba, platinové deriváty, nová antiemetika, růstové faktory - to jsou jednotlivé etapy vedoucí k lepším léčebným výsledkům. Proto je na tomto příkladě velmi dobře vidět vztah náklady - léčebný efekt. Graf č. 6 ukazuje orientační hodnoty závislosti efektu léčby (vyjádřeného pětiletým přežitím) na nákladech. K dosažení lepšího léčebného výsledku jsou nutné vyšší náklady, závislost však není přímo úměrná, křivka ukazuje vysokou ekonomickou náročnost dalšího zlepšení.

Retrospektivně hodnotit a porovnávat náklady na léčbu je velmi obtížné, protože zde působí řada dalších faktorů - inflace apod. Za předpokladu, že by při stejném léčebném režimu byly obdobné léčebné výsledky, byly náklady léčby podle dřívějších platných protokolů přepočteny do současných cen. Nepřesnost je menší než při složitém přepočítávání cen. V tab.

Tab. 1. Porovnání nákladů a léčebných efektů vyjádřených v pětiletém přežití u testikulárních nádorů.

Období	Pětileté přežívání v %	Náklady na 1 pac. v Kč
1970-1980	45	15 000
1981 -1985	64	30 000
1986 -1990	76	50 000
1991 a další	83	83 000

č. 1. jsou uvedeny léčebné výsledky vyjádřené pětiletým přežitím a průměrné náklady na jednoho nemocného tvořené především léky.

Závěr

V registru zhoubných nádorů je uložena celá řada velmi cenných informací. Na několika příkladech ze severní Moravy byly ukázány některé možnosti efektivního využití NOR při hodnocení diagnostické a léčebné péče.

Literatura

1. Black, R. J., et al. Automated data collection in cancer registration. Lyon: IARC, 1998, 52 s.
2. Bos, A. B., et al. Non progression of cervical intraepithelial neoplasia estimated from population screening data. Br. J. Cancer, 1997, vol. 75, p. 124-130.
3. Boyle, P., Kubík, A. Revidované znění evropského kodexu proti zhoubným nádorům. Čas. lék. čes., 1996, sv. 135, s. 711-715.
4. De Vita, V. T., Hellman, S., Rosenberg, S.A. Cancer principles and practice of oncology. 5th ed. Lippincott Raven, 1997.
5. Geryk, E., et al. Možnosti využití Národního onkologického registru ve zdravotnictví. Klin. onkol., 1997, sv. 10, č. 5, s. 158 -159.
6. Kobylková, J., et al. Zajištění kvality cytodiagnostiky cervixu. Čes. gynek. 1996, vol. 61, p. 165-168.
7. Schiffman, M. H., Briton, L. A. The epidemiology of cervical cancer carcinogenesis. Cancer, 1995, vol. 76, Supl. no. 10, p. 1888 -1901.
8. Strauss, J., et al. Studie potenciálních karcinogenních faktorů u cervikálních intraepitelových neoplazií. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol., 1995, vol. 44, p. 3-8.
9. Storm, H., Clemmensen, I., Black, R. Survey of cancer registries in the European Union. Lyon: IARC, 1998, 64 s.
10. Vlasák, V., et al. Recent trends in uterine cervix in Slovakia 1968 -1987. Neoplasma, 1991, vol. 35, p. 533 - 540.