

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



PÉČE O VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Autoři:

doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D. MBA
Česká onkologická společnost ČLS JEP

MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.
Česká onkologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka
Sdružení praktických lékařů ČR

NOVELIZACE 2023



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

PÉČE O VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Autoři:

doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D. MBA

Česká onkologická společnost ČLS JEP

MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.

Česká onkologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka

Sdružení praktických lékařů ČR

Oponenti:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D.

Česká onkologická společnost ČLS JEP

OBSAH

1. Úvod	3
2. Obecný obsah prohlídky u vybraných onkologických onemocnění	3
3. Vybrané postupy sledování v ambulantní praxi	4
3.1. Nádory varlat – follow-up po léčbě	4
3.2. Maligní melanom – follow-up po léčbě	5
3.3. Karcinom prsu – follow-up po léčbě pro stádium I–III	6
3.4. Karcinom plic – follow-up po léčbě	6
3.5. Gist (gastrointestinální stromální tumor) – follow-up po radikální operaci	7
3.6. Karcinom prostaty – follow-up	7
3.7. Nádory mozku – follow-up	8
3.8. Kolorektální karcinom – follow-up po léčbě	9
3.9. Anální karcinom v kompletní remisi po chemoradioterapii – follow-up	9
3.10. Karcinom žaludku – follow-up po kurativní léčbě	10
3.11. Nádory hlavy a krku – follow-up po léčbě	10
3.12. Renální karcinom – follow-up po léčbě	11
3.13. Ovariální karcinom – follow-up po léčbě	12
3.14. Karcinom děložního čípku – follow-up po léčbě	12
3.15. Karcinom děložního těla – follow-up po léčbě	12
4. Vysvětlivky a zkratky	13
5. Literatura	13

1. ÚVOD

Hlavními cíli Národního onkologického programu (NOP) je snižování incidence a mortality nádorových onemocnění, prodloužení a zlepšení kvality života onkologicky nemocných. Celkové přežití pacientů se solidními nádory se za posledních 10 let výrazně prodloužilo, a to u pacientů s časným i metastatickým onemocněním. Hlavní podíl na tomto příznivém faktu má zavedení nových léčebných postupů a screening. Důsledkem těchto úspěchů je nárůst prevalence (počtu žijících pacientů s nádorovým onemocněním), a to hlavně u některých solidních nádorů, jako je karcinom prsu, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, renální karcinom, maligní melanom a testikulární nádory. S prodlužujícím se přežitím pacientů s nádorovým onemocněním narůstá i počet následných malignit. Nárůst prevalence pacientů s onkologickou diagnózou zohledňuje i nová organizace onkologické péče ukotvená ve věstníku, která vyžaduje novou formu spolupráce zapojených poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotních pojišťoven. Síť Komplexního onkologického centra (KOC) musí spolupracovat s regionálními pracovišti i s poskytovateli primární péče, kam patří i praktičtí lékaři. S odstupem času od primární onkologické léčby pacienta ohrožuje více vznik následných malignit a komorbidit než relaps samotného onkologického onemocnění. Pravidelné komplexní preventivní prohlídky a screening mají pro pacienta v této životní etapě větší význam než samotný follow-up pro nádorové onemocnění. Je proto racionální předávat tyto pacienty do péče praktického lékaře. Cílem follow-up je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití a prevence a léčba dlouhodobých komplikací nádorové nemoci a protinádorové léčby. Volit méně intenzivní sledování je možné individuálně po zvážení stavu pacienta a komorbidit. Naopak v individuálních případech, například při přítomnosti výrazných hereditárních, environmentálních nebo behaviorálních rizikových faktorů může být indikováno intenzivnější sledování pacienta. O převedení dispenzarizace k praktickému lékaři rozhoduje onkolog, který zná riziko recidivy a dlouhodobých komplikací u daného pacienta. Samotné předání pacienta do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit formou písemnou, tedy formou lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat diagnózu pacienta včetně TNM klasifikace, prodělanou léčbu pro onkologické onemocnění, popřípadě komplikace léčby (např. přetrvávající neurotoxicita po léčbě taxany, zhoršení renálních funkcí po předchozí léčbě cisplatinou a jiné). Vhodné je upozornit praktického lékaře na možné individuální riziko u daného pacienta (např. sekundární malignity po předchozí léčbě zářením). Pacient bude po předání dále sledován výhradně u praktického lékaře. V případě podezření na relaps onemocnění nebo pro jinou potřebu konzultace onkologem odešle praktický lékař po telefonické domluvě pacienta na regionální onkologické pracoviště. Doporučený postup má sloužit jako pomocný materiál při sledování pacientů s nádorovým onemocněním v anamnéze. Dispenzarizaci v intervalu vyznačeném žlutě obvykle provádí onkolog. Dispenzarizaci v zeleně vyznačených intervalech lze převést k praktickému lékaři. Pro sledování po uplynutí 10 let od primární onkologické léčby zpravidla doporučení a důkazy neexistují a postup zde je individuální. V případě diagnóz onkologem praktickému lékaři onkolog navrhne individuální plán sledování v předávací lékařské zprávě.

2. OBECNÝ OBSAH PROHLÍDKY U VYBRANÝCH ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

- a) doplnění anamnézy včetně sociální, se zaměřením na její změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních a plicních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění a na výskyt závislostí,
- b) kontrola očkování,
- c) kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti a orientačního vyšetření zraku a sluchu; vyšetření kůže, vyšetření per rectum, u mužů klinické vyšetření varlat, u žen klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,
- d) laboratorní vyšetření základní: moč + sediment, KO, glykemie na lačno, FW, CRP, JT, urea, kreatinin + speciální dle doporučeného postupu pro jednotlivé diagnózy nebo dle doplňujícího doporučení předávajícího onkologa (zaznamenaného v předávací dokumentaci),
- e) provedení komplementárních vyšetření uvedených ve speciální části doporučeného postupu pro jednotlivé diagnózy, nebo dle doplňujícího doporučení předávajícího onkologa (zaznamenaného v předávací dokumentaci),
- f) kontrola a zhodnocení výsledků dalších předepsaných preventivních vyšetření, a pokud nebyly v předepsaných termínech provedeny, jejich zajištění; preventivními vyšetřeními jsou:
 1. vyšetření EKG ve 40 letech věku, dále pak ve čtyřletých intervalech,
 2. stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku 1× za rok; od 55 let věku 1× za 2 roky, toto vyšetření možné nahradit provedením screeningové kolonoskopie jednou za 10 let,
 3. u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let; není-li výsledek tohoto vyšetření k dispozici, lékař doporučí provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

3. VYBRANÉ POSTUPY SLEDOVÁNÍ V AMBULANTNÍ PRAXI

3.1. NÁDORY VARLAT – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 1: Seminomy I. stádium – aktivní surveillance, po adjuvantní chemoterapii s karboplatinou nebo adjuvantní radioterapii

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2x	2x	2x	1x	1x
Nádorové markery	2x	2x	2x	1x	1x
RTG plic	-	-	-	-	-
CT/MR břicha a pánve	2x	2x	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

Tabulka 2: Neseminomy I. stádium – aktivní surveillance

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x–6x*	4x	2x	1–2x	1x
Nádorové markery	4x–6x*	4x	2x	1–2x	1x
RTG plic	2x	2x	1x*	1x* (60. měsíc)	-
CT břicha a pánve	2x	1–2x (18.* a 24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

* high-risk pacienti (přítomnost lymfovaskulární invaze)

Tabulka 3: Neseminomy I.–III. stádium a seminomy II. a III. stádium – po léčbě v kompletní remisi (individuální přístup u pacientů s aktivním onemocněním)

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	2x	2x	1x
Nádorové markery	4x	4x	2x	2x	1x
RTG plic	1–2x	1x	1x	1x	-
CT břicha a pánve	1–2x	1x (24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-
CT plic*	1–2x	1x (24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

*CT plic provést místo RTG plic v případě plicních metastáz při diagnóze

UZ scrota provést při nejasném klinickém nálezů nebo symptomech, edukace o samovyšetřování varlete.

Nejzávažnějšími pozdními nežádoucími účinky po léčbě nádorů varlat jsou kardiovaskulární komplikace, gonadální toxicita a rozvoj sekundárních nádorů, které se typicky mohou vyvíjet mnoho let po léčbě primárního nádoru. Vyšší výskyt pozdních nežádoucích účinků byl pozorován ve skupině pacientů, kteří dostávali chemoterapii, než u pacientů podstupujících pouze samotnou operaci. Během follow-up by měli být pacienti cíleně vyšetřeni a léčeni na známé rizikové faktory jako je hypertenze, hyperlipidemie a nedostatek testosteronu. V rámci pravidelných kontrol by měl být rovněž propagován zdravý životní styl.

3.2. MALIGNÍ MELANOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 3.2: Dispenzarizace pacientů po léčbě (follow-up)

Dispenzarizaci provádí onkolog, dermatolog, praktický lékař.

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola					
o (melanom in situ)	1x	1x	1x	1x	1x
IA–IIA	1x–2x	1x–2x	1x–2x	1x–2x	1x
IIB–IV	2x–4x	2x–4x	2x–4x	1x–4x	1x
Zobrazovací metody					
o (melanom in situ)	při symptomech	při symptomech	při symptomech	při symptomech	při symptomech
IA–IIA	při symptomech	při symptomech	při symptomech	při symptomech	při symptomech
IIB–IV	1x–4x	1x–4x	1x–2x	1x–2x	individuálně

***Klinické kontroly:** Intervaly mezi klinickými kontrolami nejsou pevně stanoveny. Vyšší frekvence jsou vhodné během prvních 2–3 let po operaci, kdy se vyskytuje nejvíce relapsů, zvláště u pokročilejších stádií. Kontroly provádět s ohledem na riziko relapsu (přítomnost ulcerace, mitóz, metastáz v sentinelové uzlině, satelitů, Clark IV–V u tenkých nádorů, výskyt spontánní regrese), historie melanomu v osobní anamnéze, pozitivní rodinná anamnéza, přítomnost dysplastických névů. V rámci kontrol klást hlavní důraz na vyšetření jizvy, palpce uzlin, pátrání po intransitních metastázách, vyšetření kůže. Kožní kontroly ideálně provádět ve spolupráci s dermatologem (zvýšené riziko duplicitních melanomů i nemelanomových nádorů kůže).

****Zobrazovací metody u asymptomatických pacientů:** UZ vyšetření, RTG plic, CT, PET/CT, MR mozku – není shoda, vliv na celkové přežití dosud nebyl jednoznačně potvrzen. Provádět UZ kontroly spádové uzlinové oblasti u rizikových pacientů bez provedené SLNB (biopsie sentinelové uzliny), nebo u pacientů s pozitivní SLNB, kteří nepodstoupili disekci spádových uzlin (minimálně první 3 roky od operace).

Laboratorní vyšetření: nutnost pravidelného laboratorního vyšetření u asymptomatického pacienta je diskutabilní, není obecně doporučováno. Při podezření na relaps má sérový protein S100b větší míru specifity než LDH.

Doporučení: aktuálně není shoda na follow-up schématu (intervaly, zobrazovací metody), vliv na přežití není jasný. Zobrazovací vyšetření a laboratorní vyšetření jsou indikovány dle úvahy lékaře na základě klinického vyšetření. Klást důraz na pravidelné samovyšetřování – vyšetření kůže, jizvy a uzlin. U nemocných ve stádiu IV musí být přístup zcela individuální, podle konkrétního stavu pacienta.

Hlavní zdroj: NCCN Guidelines Version 1.2023 a ESMO Clinical Practice Guidelines z roku 2019

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Melanoma: Cutaneous, Version 1.2023.
2. Michielin O, van Akkooi ACJ, Ascierto PA, et al. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. Ann Oncol. 2019 Dec 1;30(12):1884-1901.

3.3. KARCINOM PRSU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ PRO STÁDIUM I–III

Tabulka 1. stádium I - III

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–3x	2–3x	2–3x	2–3x	1x
MG	1x	1x	1x	1x	1x
Zobrazovací metody	Vyšetření pomocí zobrazovacích metod (ultrazvuk, CT, scintigrafie skeletu, MR nebo PET/CT je indikované v případě symptomů u pacienta s podezřením na relaps onemocnění)				
TSH a fT4	Ročně u pacientek po RT na oblast nadklíčku				
Denzitometrie	U pacientek s arteficiální menopauzou nebo po léčbě inhibitory aromatázy				

Rutinní biochemické vyšetření a TM vyšetření nejsou nutné u asymptomatických pacientek, stejně tak vyšetření pomocí zobrazovacích metod kromě mamografie.

Pacientky léčené antracykliny v adjuvanci mají vyšší riziko kardiotoxicity.

3.4. KARCINOM PLIC – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 1:

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10 let
Klinická kontrola	4x	2x	1x	1x	1x
CT nebo RTG plic *	2x	2x	1x	1x	1x
Biochemie a pomocná vyšetření	Krevní odběry (KO, biochemická vyšetření, nádorové markery), bronchoskopie, spirometrie a vyšetření na vzdálené metastázy individuálně				

Během 4 let po ukončení kurativní léčby je riziko recidivy v 6–10 %, během 1.–2. roku dochází většinou k lokoregionálnímu relapsu, po 2. roce vznikají spíše vzdálené metastázy. Riziko vzniku metachronního plicního nádoru je 1–6%, stejně pro kuřáky i nekuřáky a neklesá s časem.

Sledování u pacientů po ukončené léčbě s radikálním záměrem s cílem:

- detekce léčitelného relapsu
- zjištění komplikací léčby (po RT), zajištění následné léčby
- vyhledání metachronních bronchogenních nádorů

1. rok

Kontroly ve 3měsíčních intervalech (anamnéza, klinické vyšetření), CT vyšetření a/nebo ZP a boční skiagram hrudníku po 6 měsících*, bronchoskopie dle zvážení sledujícího lékaře.

2. rok

Kontrola a CT vyšetření a/nebo ZP a boční skiagram hrudníku po 6 měsících*.

> 2 roky

Kontroly v ročních intervalech (anamnéza, klinické vyšetření, CT vyšetření a/ZP a boční skiagram plic).

U podezřelých nálezů z CT vyšetření u pacientů po RT je možno provést PET/CT, nutno potvrdit biopsií vyšetřením. Krevní odběry (KO, biochemická vyšetření, nádorové markery), bronchoskopie, spirometrie a vyšetření na vzdálené metastázy individuálně.

Individuální sledování u pacientů:

- se zvýšeným rizikem stanoveným pooperačně
- s vaskulární invazí
- s postižením viscerální pleury
- po atypické resekci
- nízké diferencované neuroendokrinní karcinomy
- Tu větší než 4 cm, NX
- u pacientů po R

Časování CT v rámci doporučených intervalů individuálně podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

3.5. GIST (GASTROINTESTINÁLNÍ STROMÁLNÍ TUMOR) – FOLLOW-UP PO RADIKÁLNÍ OPERACI

Tabulka 1: FU high-risk nádorů

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	4x	2–4x	2x
CT břicha a pánve	2x	2x	2x	1x	1x

GIST (gastrointestinální stromální tumor) – follow-up adjuvance**

Tabulka 2: FU high-risk nádorů

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	4x	2–4x	2x
CT břicha a pánve	3–4x	3–4x	3–4x	2–4x	1x

Optimální rutinní schéma FU není známo, institucionální rozdíly. Recidivy nejčastější v játrech, peritoneu, vzácněji v kostech a jinde. Pacienti s vysokým rizikem recidivy relabují do 1–3 let po ukončení adjuvantní léčby. Pacienti s nízkým rizikem recidivy by mohli recidivovat později, ale je to málo pravděpodobné.

CT poprvé pooperačně po 3 měsících, pak v intervalu 6 měsíců 3 roky.

Low-risk nádory

Ve vybraných případech á 6–12 měsíců, včetně CT po dobu 5 let. Není známý přínos rutinního follow-up v této skupině pacientů.

Very low-risk nádory

Pravděpodobně není nutný follow-up, riziko ale není zcela nulové. Nutné zvažovat rizika radiační zátěže, preferovat MRI břicha jako alternativu.

3.6. KARCINOM PROSTATY – FOLLOW-UP

Tabulka 1: Lokální terapie karcinomu prostaty – RAPE a kurativní RT

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–doživotně
Klinická kontrola	3x	2x	2x	1x	1x
PSA	3x	2x	2x	1x	1x

Tabulka 2: Kastrálně senzitivní onemocnění – sledování během androgendeprivační terapie

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	2–4x	2–4x	2x	2x
PSA	4x	4x	2–4x	2x	1x
Biochemie a pomocná vyšetření	pacienti na dlouhodobé ADT terapii by měli být monitorováni se zaměřením na vedlejší účinky (densitometrie, diabetes, vitamin D, kalcium, kardiovaskulární riziko v anamnéze či u mužů starších 65 let)				

Lokální terapie karcinomu prostaty – RP a kurativní RT:

- po RP je očekáváno, že nedetekovatelného PSA bude dosaženo do 6 týdnů
- pokles PSA po kurativní RT je pomalejší, dosažení nadiru (až 3 roky a více) PSA <0,5 µg/ml je spojováno s dobrou prognózou

Selhání lokální terapie:

- PSA monitoring slouží k zachycení residuálního pánevního postižení či výskytu mikrometastáz
- za selhání lokální léčby po RP je považováno jakékoliv potvrzené zvýšení PSA nad detekční limit kitu ve dvou následných měřeních
- za selhání lokální léčby po kurativní RT je považován vzestup PSA o 2 µg/l nad nadir po RT

Obecná doporučení ke sledování po lokální terapii:

- rutinní DRE není u asymptomatických pacientů vyžadováno, pokud se pravidelně kontroluje PSA; výjimkou jsou pacienti po kurativní RT a pacienti se vstupně pokročilým či rizikovým nádorem.
- rutinní follow-up u asymptomatických pacientů zahrnuje PSA (DRE) ve 3., 6. a 12. měsíci po léčbě, poté každých 6 měsíců po dobu tří let, následně ročně
- biopsie prostaty po kurativní RT by měla být indikována pouze u pacientů indikovaných na salvage terapii
- u asymptomatických pacientů bez biochemického relapsu není indikována scintigrafie skeletu ani jiné zobrazovací metody

Kastračně senzitivní onemocnění – sledování během androgendeprivační terapie:

- obecně jsou pacienti sledováni ve 3–6měsíčních intervalech PSA; výjimkou jsou pacienti po kurativní RT a pacienti se vstupně pokročilým či rizikovým nádorem
- zaměřujeme se na vedlejší účinky ADT (osteoporóza, metabolický syndrom, kardiovaskulární riziko), odebíráme PSA, biochemii včetně metabolismu tuků; u všech pacientů by měla být doporučena změna životního stylu a zajištěna suplementace kalcia s vitamínem D

3.7. NÁDORY MOZKU – FOLLOW-UP

Dispenzarizaci provádí radiační a klinický onkolog, neurochirurg, případně praktický lékař. Klinické kontroly probíhají ve spolupráci s neurologem (EEG vyšetření, antiepileptická léčba).

Tabulka 1

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola					
Low grade gliomy (grade 1 a 2)	2–4x	2–4x	2–4x	2–4x	2x
High grade gliomy (grade 3 a 4)	3–4x	3–4x	3–4x	2–4x	2x
Ependymomy	3–4x	3–4x	2x	2x	2x
Medulablastomy dospělých supratentoriální PNET	4x	4x	2x	2x	1x
MR mozku					
Low grade gliomy (grade 1 a 2)	2–4x	2–4x	2–4x	2–4x	2x
High grade gliomy (grade 3 a 4)	3–4x	při symptomech	při symptomech	při symptomech	při symptomech
IIB–IV	první MR za 1–2 měsíce	3–4x	3–4x	2–4x	2x
*Ependymomy	3–4x	2–3x	1–2x	1–2x	1x
*Medulablastomy dospělých supratentoriální PNET	4x	4x	2x	2x	1x

* + MR vyšetření páteřního kanálu, pokud byl vstupně postižen

Laboratorní vyšetření:

- standardně jen při chemoterapii, při kortikoterapii glykémie a kalémie
- při antiepileptické terapii dle indikace hladina antiepileptik v séru, dále KO+dif., jaterní testy

Zdroj: NCCN guidelines v 2.2022, EANO Guidelines 2021.

Změna je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře!!!

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Central Nervous System Cancers, Version 2.2022.
2. Weller M, van den Bent M, Preusser M. et al. EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood. Nat Rev Clin Oncol. 2021 Mar;18(3):170-186.

3.8. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ**Klinické stádium I (T1, T2 N0 M0)**

Indikována **pouze kolonoskopie** v 1. roce, ve 3. roce a pak každých 5 let. Pokud je zachycen rizikový adenom*, tak opakovat po roce.

Tabulka 1: Klinické stádium II nebo III

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–4x	2–4x	2–4x	1–2x	1x
CEA	2–4x	2–4x	2–4x	1–2x	
CT hrudníku, břicha a pánve (při vyšším riziku)	1–2x	1–2x	1–2x	-	-
Kolonoskopie	1x	Další kolonoskopie jednou za 3–5 let do 75 let věku, pokud nebyl při předchozí kolonoskopii rizikový adenom*. Pokud ano, tak opakovat po roce.			

*Rizikový adenom: vilózní, polyp >1cm, high-grade dysplazie.

Volit méně intenzivní sledování u pacientů věku >75 let a při závažnějších komorbiditách, které vylučují intenzivní léčbu relapsu. Klinické vyšetření: zaměřit se na možné symptomy relapsu a nežádoucí účinky proběhlé léčby. CT lze nahradit UZ (CEUS).

Nebyl prokázán benefit ze sledování jiných laboratorních parametrů. Pokud byl předoperačně vyšší marker Ca 19–9, je vhodné ho sledovat. Další vyšetření volit přísně individuálně se zohledněním symptomů. Po 5 letech není doporučeno sledování žádného laboratorního parametru ani zobrazovacího vyšetření. Vyhovuje klinické vyšetření ročně, kolonoskopie jednou za 5 let, pokud nejsou rizikové polypy.

3.9. ANÁLNÍ KARCINOM V KOMPLETNÍ REMISI PO CHEMORADIOTERAPII – FOLLOW-UP**Tabulka 1: Anální karcinom**

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–4x	2–4x	1–2x	1–2x	
Rekto- nebo anoskopie	2x	2x	1–2x	1–2x	

Zobrazovací vyšetření volit jen individuálně, regionální relaps je častější než vzdálené meta, pátrání po vzdálených metastázách nemá význam, kurativní řešení v případě vzdáleného relapsu možné v naprosté většině případů není. Rekto- nebo anoskopie včetně vyšetření per rectum a palpce tříselných uzlin. Relapsy po více než 3 letech jsou vzácné, přínos zobrazovacích metod po této době je minimální.

3.10. KARCINOM ŽALUDKU – FOLLOW-UP PO KURATIVNÍ LÉČBĚ

Všichni pacienti by měli být sledováni systematicky, nicméně konsensus pro standardní follow-up neexistuje. Naše doporučení vychází z evropských (ESMO) a amerických (NCCN) guidelines.

PET/CT a gastroskopie po totální gastrektomii může být součástí follow-up, je-li klinické podezření na recidivu/relaps onemocnění:

- u všech pacientů je nutno zvážit nutnost nutriční podpory,
- po totální gastrektomii, případně i po subtotální výkonu je indikována monitorace hladiny B12 a železa a případná substituce, je-li diagnostikována nedostatečná hladina.

Tabulka 1

Vyšetření		Rok				
		1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola		4x	4x	1–2x	1–2x	1x
Laboratorní kontrola		je-li klinicky indikováno				
Gastroskopie po endoskopické resekci	Tis	2x	1x	1x	je-li klinicky indikováno	je-li klinicky indikováno
	T1a	2x	1x	1x	1x	
Gastroskopie po chirurgické resekci	I	je-li klinicky indikováno či je-li suspekce z radiologické metody				
	II, III po subtotální gastrektomii	je-li klinicky indikována či je-li suspekce z radiologické metody				
	II, III po totální gastrektomii	je-li klinicky indikována či je-li suspekce z radiologické metody				
CT hrudníku, břicha	I	je-li klinicky indikováno				
	II, III	2x	2x	1x	1x	je-li klinicky indikováno

3.11. NÁDORY HLAVY A KRKU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vzhledem k tomu, že nádory hlavy a krku zahrnují soubor onemocnění nehomogenní z hlediska histologie, etiologie a biologického chování, lokality postižení, rozsahu postižení, použitých léčebných modalit atd., je následující doporučení definováno obecně a u každého pacienta může být postup modifikován výše uvedenými parametry.

Klinické kontroly:

Frekvence klinických kontrol kromě výše uvedených faktorů ovlivňuje také možnost provedení záchranné kurativní léčby, např. v případě těsných/pozitivních resekčních okrajů s možností reoperace jsou doporučovány klinické kontroly častěji. Obecné doporučení pro frekvenci kontrol je v tabulce.

Klinické kontroly by měly být prováděny ve spolupráci s otorhinolaryngologem (event. stomatochirurgem), aby byly vyšetřeny horní dýchací a polykací cesty.

Laboratorní vyšetření:

U nádorů hlavy a krku není v současné době přínosem vyšetřování nádorových markerů. U pacientů, kteří prodělali ozáření v oblasti krku a u kterých je riziko rozvoje postradiační hypotyreózy, jsou doporučovány pravidelné (1–2x ročně) odběry thyreostimulačního hormonu (TSH).

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4–6x	3–4x	3–4x	1–2x	1x
TSH	1–2x	1–2x	1–2x	1–2x	1x

Zobrazovací metody:

Obecně se u asymptomatických pacientů zobrazovací vyšetření u nádorů hlavy a krku v rámci poléčebného sledování obligatorně neprovádí.

K indikaci zobrazovacích vyšetření se kloníme v případě oblasti nepřístupné klinickému vyšetření (např. primární nádor v oblasti nepřístupných vedlejších dutin nosních).

Lokální zobrazovací metody (CT, MR, PET/CT) jsou vhodné pro vyhodnocení odpovědi na léčbu do 6 měsíců od její aplikace.

V ostatních případech jsou diagnostické zobrazovací metody voleny individuálně, obvykle v případě symptomů či jiného podezření na relaps nemoci.

Další vyšetření:

Vzhledem k riziku komplikací po náročné komplexní léčbě musí být dlouhodobě u řady pacientů zajištěna také péče nutriční, stomatologická apod.

3.12. RENÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Zobrazovací vyšetření a laboratorní vyšetření jsou indikovány dle úvahy lékaře na základě klinického vyšetření. Kontroly a vyšetření se pak u pacientů s RCC zaměřují na pooperační komplikace, renální funkce (kontroly GFR, biochemie, krevní obraz, moč + sed), lokální a kontralaterální rekurence a vzdálené metastázy. Doba sledování není jasná, všeobecné doporučení je minimálně 5 let po operaci (pozdní relapsy low-risk tumorů nejsou vyloučené). Základním je CT vyšetření břicha a pánve (možno též zvážit i MRI pro snížení radiační zátěže), CT plic a mediastina. CT hrudníku může být později nahrazeno RTG plic. UZ břicha a pánve se doporučuje u pacientů s nízkým rizikem – viz níže uvedená tabulka. Kostní skena CT/PET vyšetření se provádí jen v indikovaných případech. U pacientů s RCC provádíme skórování rizika rekurence dle nomogramů, následně dle stupně rizika se stanovuje frekvence kontrol a vyšetření, nejčastěji užíváme nomogramy: UISS či SSIGN. Níže je uvedená tabulka UISS, lze použít i on-line kalkulatory: www.mdcalc.com/ucla-integrated-staging-system-uiss-renal-cell-carcinoma-rcc, www.mdcalc.com/ssign-score-renal-cell-carcinoma-rcc

Stanovení míry rizika dle UISS (University of California Los Angeles Integrated Staging System):

Pacienti		Prognostické skupiny			
		T stádium	Grade dle Fuhrmanové	ECOG status	5leté nádorově spec. přežití (%)
Lokalizované onemocnění (N0, M0)	Nízké riziko	1	1–2	0	91,1
	Střední riziko	1	1–2	1 nebo více	80,4
		1	3–4	Jakýkoliv	
		2	Jakýkoliv	Jakýkoliv	
		3	1	Jakýkoliv	
		3	2–4	Jakýkoliv	
	Vysoké riziko	3	2–4	1 nebo více	54,7
		4	Jakýkoliv	Jakýkoliv	
Metastatické onemocnění	Nízké riziko	N ₁ M ₀	Jakýkoliv	Jakýkoliv	32
		N ₂ M ₀ /M ₁	1–2	0	
	Střední riziko	N ₂ M ₀ /M ₁	1–2	1 nebo více	19,5
			3	0,1 nebo více	
			4	0	
	Vysoké riziko	N ₂ M ₀ /M ₁	4	1 nebo více	0

Frekvence vyšetření a zobrazovacích metod dle míry rizika:

Vyšetření		Rok						
Míra rizika	Léčba	6 měsíců	1	2	3	4		> 4
Nízké	RN/PN pouze	US	CT	US	CT	US		Možno ukončit
Střední	RN/PN/ kryo/RFA	CT	CT	CT	US	CT		CT jednou za dva roky
Vysoké	RN/PN/ kryo/RFA	CT	CT	CT	CT	CT		CT jednou za dva roky

Kryo = kryoterapie; CT vyšetření- břicha a pánve a plic (možno zvážit i MRI), PN = parciální nefrektomie; RFA = radiofrekvenční ablace; RN = radikální nefrektomie; US = UZ břicha, ledvina a lůžka po operaci

* U pacientů s onemocněním pT3-pT4, či gradem 4 dle ISUP, a/nebo s pN1 a/nebo po trombektomii pro nádorový trombus zvážit CT přeshetření za 3 měsíce po operaci.

3.13. OVARIÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok			
	1	2	3–5	6–10
Klinická kontrola	4	4	2x	1x
CA 125	2–4x	2–4x	2x	1x

Prováděná vyšetření:

- komplexní klinické vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + sonografie malé pánve
- neexistuje konsenzus stran vyšetření nádorových markerů (CA 125), na základě našich zkušeností odebíráme TM (CA 125) po 3–6 měsících od ukončení léčby u těch pacientek, u kterých byly na začátku zvýšené
- vyšetření pomocí zobrazovacích metod (RTG, ultrazvuk, CT, PET/CT) v případě podezření na relaps onemocnění
- intenzivní dispenzarizace je indikována u pacientek po konzervativní operaci či bez adjuvantní chemoterapie

3.14. KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok			
	1	2	3–5	6–10
klinická kontrola	4x	4x	2x	1x

Standardní vyšetřovací postupy při follow-up

- komplexní klinické vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + sonografie malé pánve
- laboratorní vyšetření a vyšetření pomocí zobrazovací metody (RTG, UZ, CT, PET/CT) v případě podezření na relaps

3.15. KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	2x	2x	1x
CEA, CA 125*	2–4x	2–4x	2x	2x	1x

Prováděná vyšetření:

- kompletní fyzikální vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + vaginální UZ vyšetření
- *vyšetření markerů pouze u těch pacientek, u kterých byly na začátku zvýšené

4. VYSVĚTLIVKY A ZKRATKY

ADT terapie – androgen deprivace terapie
adjuvance – zajišťovací léčba
Clark IV–V – histologická klasifikace melanomu
DRE – digital rectal examination (vyšetření per rectum)
ECOG status – celkový stav pacienta
FU – follow-up (sledování)
HG – high-grade (nádor vysoké malignity)
high-grade dysplazie – prekanceróza
high-risk – vysokorizikové
low-risk – nízkorizikové
MG – mamografie
MRI – magnetická rezonance
RAPE – radikální prostatektomie
RT – radioterapie
salvage terapie – záchranná léčba
sérový protein S100b – nádorový marker
TM – tumor marker (nádorové markery)
SLNB – vyšetření sentinelové uzliny
kurativní RT – kurativní radioterapie
UZ (CEUS) – ultrazvuk s kontrastem
very low-risk – velmi nízkorizikové

5. LITERATURA

Platná NCCN, ESMO a EAU doporučení

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-62-0

ISBN 978-80-88280-62-0



© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP