



# Screening kolorektálního karcinomu v roce 2009



MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

**V programu screeningu kolorektálního karcinomu dochází k zásadním změnám:**

- U osob ve věku od 50 do 54 let se bude provádět test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) v jednoročním intervalu.
- Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabídne buď opakovaný TOKS ve dvouletém intervalu, nebo primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována.
- TOKS nebude omezen jen na testy guajakové (tzn. bude možnost použít testy imunochemické).
- Výkon TOKS budou moci účtovat pojišťovnam kromě praktických lékařů i gynekologové.

## Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v ČR

V závěru roku 2008 byl připraven věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, obsahující Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice s předpokládanou účinností od 1. 1. 2009. Po 8 letech trvání screeningového programu se tak zásadním způsobem mění jeho organizace a některé dílčí aspekty. V okamžiku, kdy předáváme tento článek redakci, věstník ještě nevyšel, ale již prošel poradou vedení ministerstva.

Návrh standardu vznikl na půdě Komise MZ ČR pro Screening kolorektálního karcinomu (KRCa), ve které jsou praktičtí lékaři zastoupeni Dr. Dobrou Vokrojevou (SPL ČR) a Dr. Bohumilem Seifertem (SVLČLS JEP). Původní návrh standardu byl předložen do komise předsedou komise prof. M. Zavoralem v první polovině roku 2008. Obsahoval dva klíčové záměry; zařazení primární screeningové kolonoskopie (PSK) jako alternativy testu na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a rozšíření možnosti provádět TOKS mezi další odborníky, např. gastroenterology. Výchoziskem tohoto návrhu byl především fakt, že výsledky národního programu screeningu KRCa, založeného na TOKS a prováděného u praktických lékařů, zůstávají za očekáváním. A to především v důsledku nízké účasti osob z cílové skupiny, která nepřesahuje 20 %. Přitom potenciál účasti české populace ve screeningu KRCa je podle zkušeností z předchozích studií daleko vyšší. Tuto skutečnost museli zástupci praktických lékařů uznat; nesouhlasili ovšem se zapojením dalších odborností do screeningu TOKS. Výsledek složitých jednání v komisi je popsán

v úvodu tohoto článku. Některé aspekty nového programu stojí za krátký rozbor.

## Jaké jsou odborné podklady pro primární kolonoskopický screening?

Primární screeningová kolonoskopie nemá studie potvrzující snížení mortality a příznivý poměr zisk/náklady ve velkých souborech, jako má program založený na TOKS. Nicméně mezi odborníky existuje všeobecný konsenzus, že se jedná o metodu s nejvyšším potenciálem snížení mortality. Kolonoskopie je přímá screeningová metoda, která obvykle umožňuje současné provedení profylaktického zákroku. V souboru z polského kolonoskopického programu, zahrnujícího 50 148 kolonoskopií, bylo zachyceno 23,8 % polypů a 5,6 % (8,5 % u mužů) karcinomů. Data českých gastroenterologů z let 2006–2008 jsou podobná: 28,7 % polypů a 5,9 % karcinomů. Pro srovnání, v našem programu bylo v letech 2000–2005 provedeno téměř milion TOKS a při následné kolonoskopii odhaleno necelých tři tisíce karcinomů (0,29 %) a dvacet tisíc adenomů (1,97 %).

Česká republika disponuje dostatečnou kapacitou gastroenterologických pracovišť, dobře vybavených a splňujících vysoké nároky na kvalitu PSK, kde jsou již dnes prováděny kolonoskopie u osob s pozitivním TOKS a u osob s vysokým rizikem KRCa. Z praxe také víme, že pro určitou část pacientů je již dnes kolonoskopie preferovanou volbou před opakovaným TOKS. K výše uvedeným pozitivům PSK teď několik polemických.

Je otázkou, zda zavedení PSK v 55 letech pomůže skutečně zvýšit účast ve screeningu.

Ani kolonoskopie není stoprocentní metodou, a navíc sebou nese rizika invazivní metody. Přibližně 10 % kolonoskopií ve velkých souborech je neúplných. Vybraná pracoviště v ČR v letech 2006–2008 vykázala podstatně lepší výsledky; provedla 15 515 screeningových kolonoskopií a céka nedosáhlo pouze 6–9 % z nich. Z uvedeného počtu kolonoskopií došlo v 7 případech k perforaci (0,4 ‰) a v 61 případech (4,0 ‰) ke krvácení (jako komplikace endoskopické polypektomie). Polský program uvádí 0,1 % komplikací. Přestože se jedná o riziko z pohledu odesílajícího lékaře a jeho pacienta statisticky málo významné, pro celonárodní program je třeba stanovit kritéria a indikátory kvality a tato data v průběhu roku pečlivě sledovat;

### s účinností

od 1. 1. 2009:

od 50 do 54 let  
TOKS 1× ročně,

od 55 let  
TOKS 1× za 2 roky  
nebo kolonoskopie  
1× za 10 let,

nová možnost využít imunochemické testy



**společně s věstníkem vyjde seznam akreditovaných pracovišť pro provádění PSK, který je obdobou seznamu center pro provádění screeningové mammografie; na těchto pracovištích nebude PSK zahrnuta do regulací**

např. čekací doby, úplnost kolonoskopií, komplikace, záchyt patologií, počet následných kolonoskopií po PSK, vzájemné poskytování informací ke koordinaci screeningů atd. Tato data by mohl praktický lékař očekávat od pracoviště, kam posílá ke kolonoskopii, a na celostátní úrovni od odborných společností, případně cestou komise MZ ČR.

Společně s věstníkem vyjde seznam akreditovaných pracovišť pro provádění PSK, který je obdobou seznamu center pro provádění screeningové mammografie. Na těchto pracovištích nebude PSK zahrnuta do regulací.

### Zrušení omezení na guajakové testy

Již několik let narůstají důkazy podporující výměnu guajakových TOKS (g-TOKS) za imunochemické (i-TOKS). Imunochemické testy jsou kvalitativní a kvantitativní. Vykazují vyšší senzitivitu než guajakové testy a přitom přiměřenou specifitu. Detekují pouze lidský intaktní hemoglobin z dolní části trávicího traktu. Jsou přijatelnější pro pacienta, protože nevyžadují dietu, jednoduchost odběru snižuje potřebu manipulace se stolicí a odpadají problémy se skladováním vzorku. V ordinaci se mohou vyhodnocovat automaticky, ihned po odebrání vzorku (např. na přístroji Quik-read, na kterém se vyhodnocuje CRP). I-TOKS jsou používány zejména v Japonsku a v Austrálii. Hlavní bariérou k využití v našich podmínkách byla cena, a ta v současné době klesla pod dvojnásobek běžné ceny g-TOKS.

Doporučení autorů článku je prosté: Dělejte takový test, s kterým docílíte nejvyšší účast osob ve screeningů!

### TOKS prováděný gynekology

Gynekologům se podařilo získat oprávnění k vykazování výkonu TOKS na poslední chvíli. Vyslovili jsme logickou obavu z duplicit výkonů a následného ekonomického dopadu na praxe. V komisi jsme dosáhli příslibu zástupce VZP, ředitele Dr. Petra Pokorného, že VZP nebude aplikovat frekvenční omezení, tj. vykáže-li praktický lékař u ženy TOKS, který již byl v daném období vykázan gynekologem, výkon bude placen.

Uvidíme a vyhodnotíme, zda gynekologové přispějí ke zvýšení účasti žen ve screeningů. Ve skutečnosti bychom ovšem daleko více potřebovali pomoc u mužů.

### Jak dál v ordinacích praktických lékařů

V článku Seifert, B.: *Screening kolorektálního karcinomu*, který vyšel v loňském 4. čísle časopisu

Practicus, byly analyzovány příčiny nízké účasti ve screeningů na straně praktických lékařů. Byly zmíněny např. pracovní přetíženost, nedostatek času v ordinaci, vyhoření nebo frustrace z preventivní činnosti u většiny z nás, nedůvěra ve screeningový program jako takový, zátěž objednáváním testů, obava z ekonomické ztráty při nevrácení testu nebo obecně nízká ekonomická motivace TOKS provádět, nedostatek informací nebo vzdělání, rezistence k novým medicínským výzvám, ignorance. Odhalení bariér, jejich ovlivnění a nalezení motivačních nástrojů pro praktické lékaře i osoby z cílové skupiny by mohlo změnit statistiku screeningů a my (čestí praktičtí lékaři) bychom mohli udělat díru do světa.

Otázka zvýšení efektivity screeningového programu rakoviny tlustého střeva a konečníku v ordinacích praktických lékařů je náplní vědecko-výzkumného úkolu postgraduálního studenta, působícího na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK. Součástí úkolu je projekt, který si klade za cíl identifikovat bariéry na straně lékařů a populace, jež jsou příčinou nízké adherence k programu, a tyto bariéry se pokusit překonat či zbořit. Cílovou skupinou projektu jsou jak praktičtí lékaři, tak osoby z cílové skupiny pro screening, muži a ženy nad 50 let věku.

Oslovení praktických lékařů (PL) je plánováno ve dvou fázích; v první, pilotní, bude oslovena malá skupina PL, s očekáváním získání názorů na příčiny nízké účasti ve screeningů a možné motivace. Po vyhodnocení odpovědí přistoupíme k vytvoření dotazníků pro širší skupinu PL. Dotazník určený pacientům bude distribuován v Praze, v menším městě a v prostředí větší firmy (200–300 zaměstnanců). Bude zaměřen na zkoumání povědomí populace o screeningů, postojů a motivací pacientů. Podobný průzkum byl realizován v Německu, Polsku a zcela nedávno na Slovensku. Očekáváme, že přinese poznatky k tvorbě nových strategií k navýšení účasti ve screeningů.

Autoři mají k dispozici data o provádění TOKS v celé republice. Ukazuje se, že vysoké míry účasti ve screeningů lze dosáhnout. Naopak jsou oblasti, kde lékaři TOKS ignorují.

Součástí záměru je i hledat a ukazovat příklady praxí, které dosahují dobrých výsledků, a naopak ukázat na regiony, kde se screeningů nedaří.

Rok 2009 bude svým způsobem z hlediska screeningů přelomový. Bylo by dobré, kdyby praktičtí lékaři ukázali, že sázka na silnou primární péči s důrazem na prevenci je správná.

Podrobnosti ke screeningů včetně informace o imunochemických testech najdete v elektronické lekci Screening kolorektálního karcinomu na [www.euni.cz](http://www.euni.cz).

**MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.** je přednostou Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK.

**Norbert Král** je postgraduálním studentem 1. LF UK.

**imunochemické testy vykazují vyšší senzitivitu než guajakové testy a přitom mají přiměřenou specifitu**