

Průběh programu screeningu kolorektálního karcinomu v ČR

Bohumil Seifert



Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK v Praze

51. odborná konference
Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lékařstva
SLS (SSVPL SLS) –
Bojnice 16.-18.10.2008

Guaiacum, or *guajacum*,
je z rodu *Zygophyllaceae*



Guaiacum officinale

OCCULT BLOOD TESTING FOR DETECTION OF ASYMPTOMATIC COLON CANCER

DAVID H. GREGOR, MD, FACP

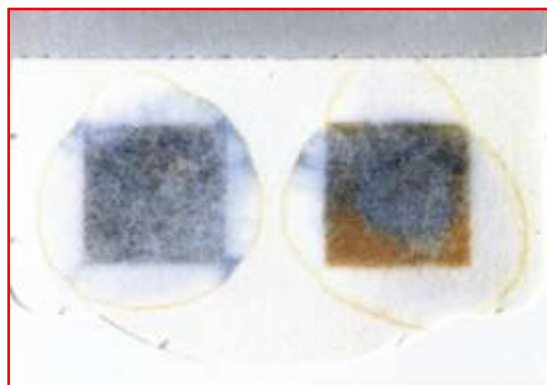
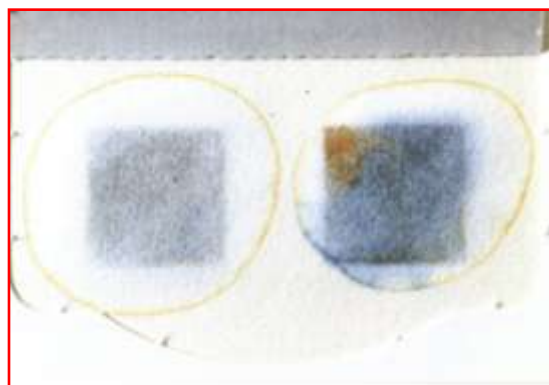
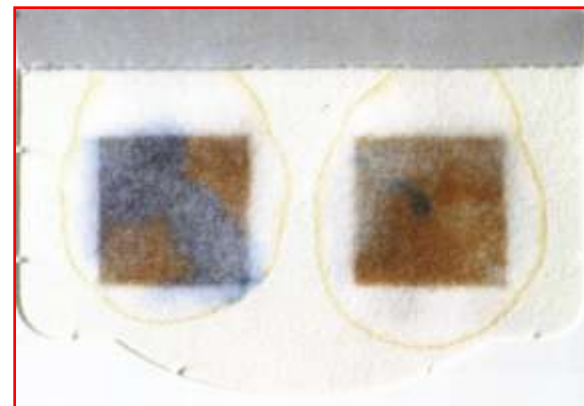
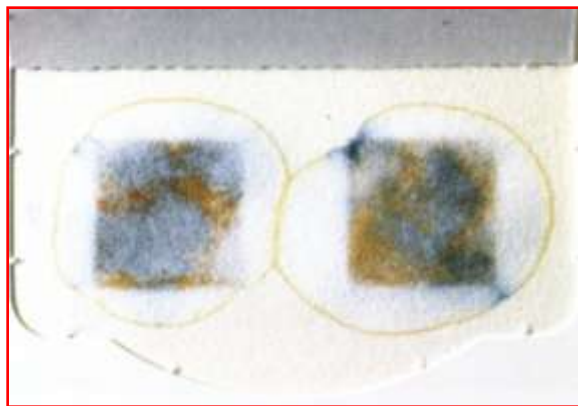
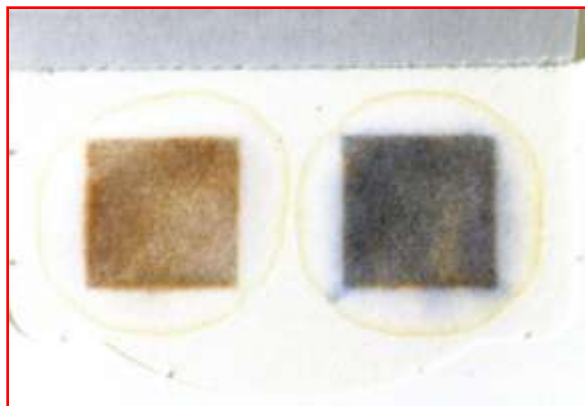
**Guaiac-based stool test as an initial
part of screening program
for colorectal cancer was introduced
by Gregor in 1971.**

*Gregor DH: Occult blood testing for detection
of asymptomatic colon cancer. Cancer 28, 1971: 131-134*

colon in the last 30 years.² This is a shocking lack of progress when we consider the slow growth of many adenocarcinomas and the relative ease of surgical cure. We must get the patient to the surgeon before the appearance of the notorious textbook symptoms. Wider

It can be seen in Figs. 1 and 2 that there was a number of guaiac-negatives. For this reason, the single stool specimen usually taken in the physician's office at the time of the rectal examination is of no value as a cancer screening test.

Test na okultní krvácení



Implementace screeningu KRCa v Evropě

Countries	Incidence (M/F)	National CRC screening program	Method
CZECH REP.	88 / 62	national program established in 2000	gFOBT/colonoscopy
HUNGARY	85 / 68	national program prepared	FOBT/colonoscopy
GERMANY	79 / 77	established in 1977, adapted in 2002	gFOBT/colonoscopy
ITALY	74 / 59	different options of screening since 2000	Sigmoido/colonoscopy
NORWAY	71 / 74	decision process started	Not decided yet
DENMARK	69 / 67	national screening studies	Not decided yet
SLOVAKIA	67 / 44	national program established in 2002	gFOBT/colonoscopy
UK	66 / 55	program since 2007	FOBT/colonoscopy
BELGIUM	66 / 60	national screening studies	Not decided yet
SPAIN	64 / 47	discussion	
NETHERLANDS	63 / 57	discussed, programme postponed 4 years	Not decided yet
POLAND	41 / 40	national program established in 2000	Colonoscopy
ESTONIA	45 / 48	discussion	

Screening kolorektálního karcinomu v ČR

TOKS se stal součástí preventivní
prohlídky pro asymptomatické osoby
od věku 50 let ve dvouletých
intervalech v roce 2000.

Česká zkušenost 2000-2008

- Zázrak se nekoná.....
- Úmrtnost neklesá
- Pokrytí populace screeningem stagnuje na skromném procentu (do 20%)
- Stoupá počet kolonoskopií, ale nikoliv screeningových

Souhrnná čísla o screeningovém programu v ČR 2000-2007

- > 600 000 osob se zúčastnilo screeningu
- > 1 500 000 guajakových testů bylo odečteno
- > 90 000 kolonoskopií na základě pozitivního TOKS bylo provedeno (10% ze všech kolonoskopií v ČR)

Souhrnná čísla o screeningovém programu v ČR 2000-2007

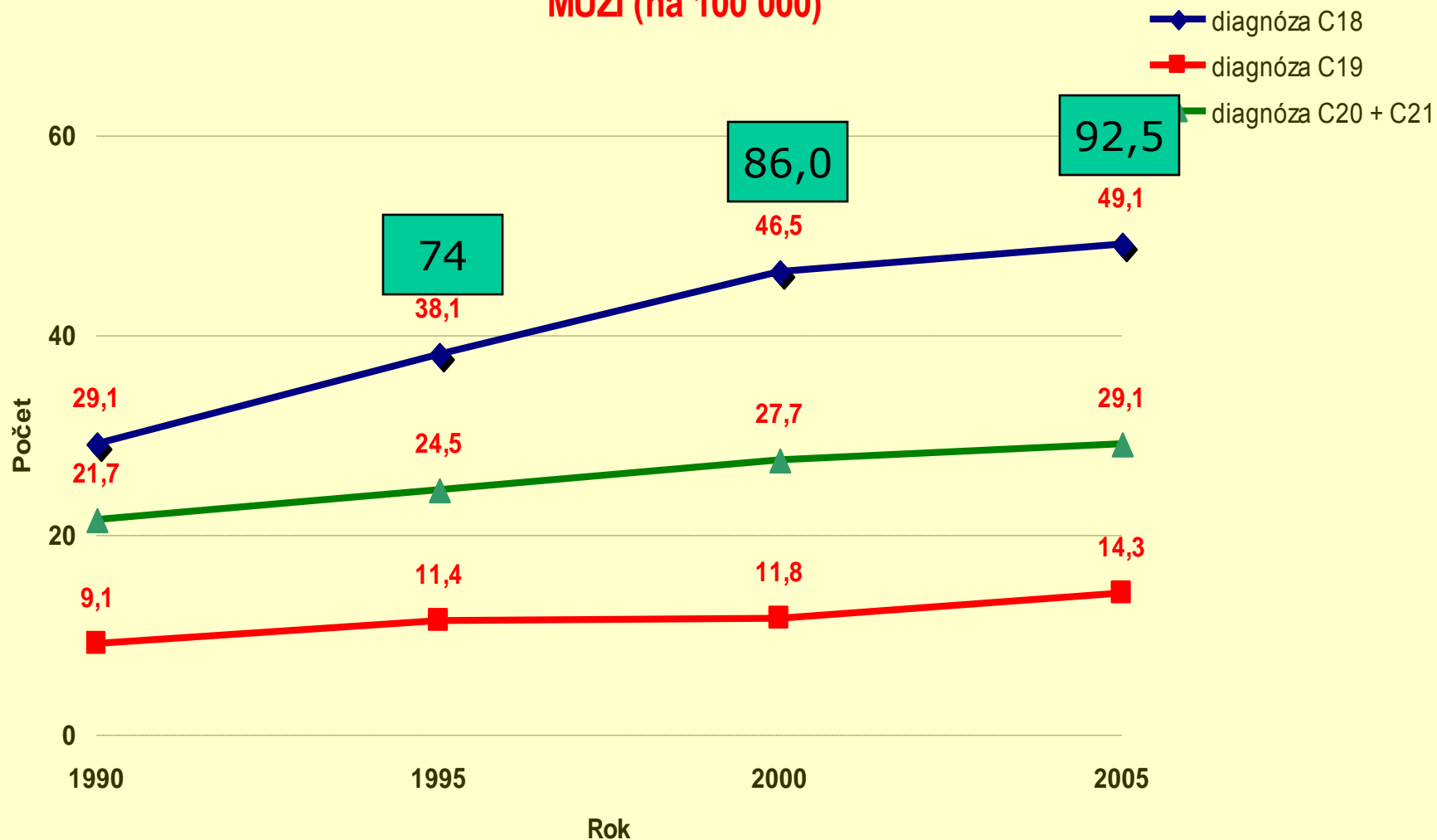
- **20% cílové populace se zúčastnilo screeningu**
- 97% PL udělalo alespoň 1 test
- 20% PL dosahuje na bonifikaci za pokrytí registrované populace testem

Zprávy z monitorovací sítě PL

- Pracovní zátěž představuje: 100–150 testů ročně.
- 80-90% pacientů vrátí test do 3 měsíců
- 10% pacientů odmítne kolonoskopii po tom, co byl zjištěn pozitivní TOKS.
- Čekací doby na screeningovou kolonoskopii nepřesáhnou 3 týdny

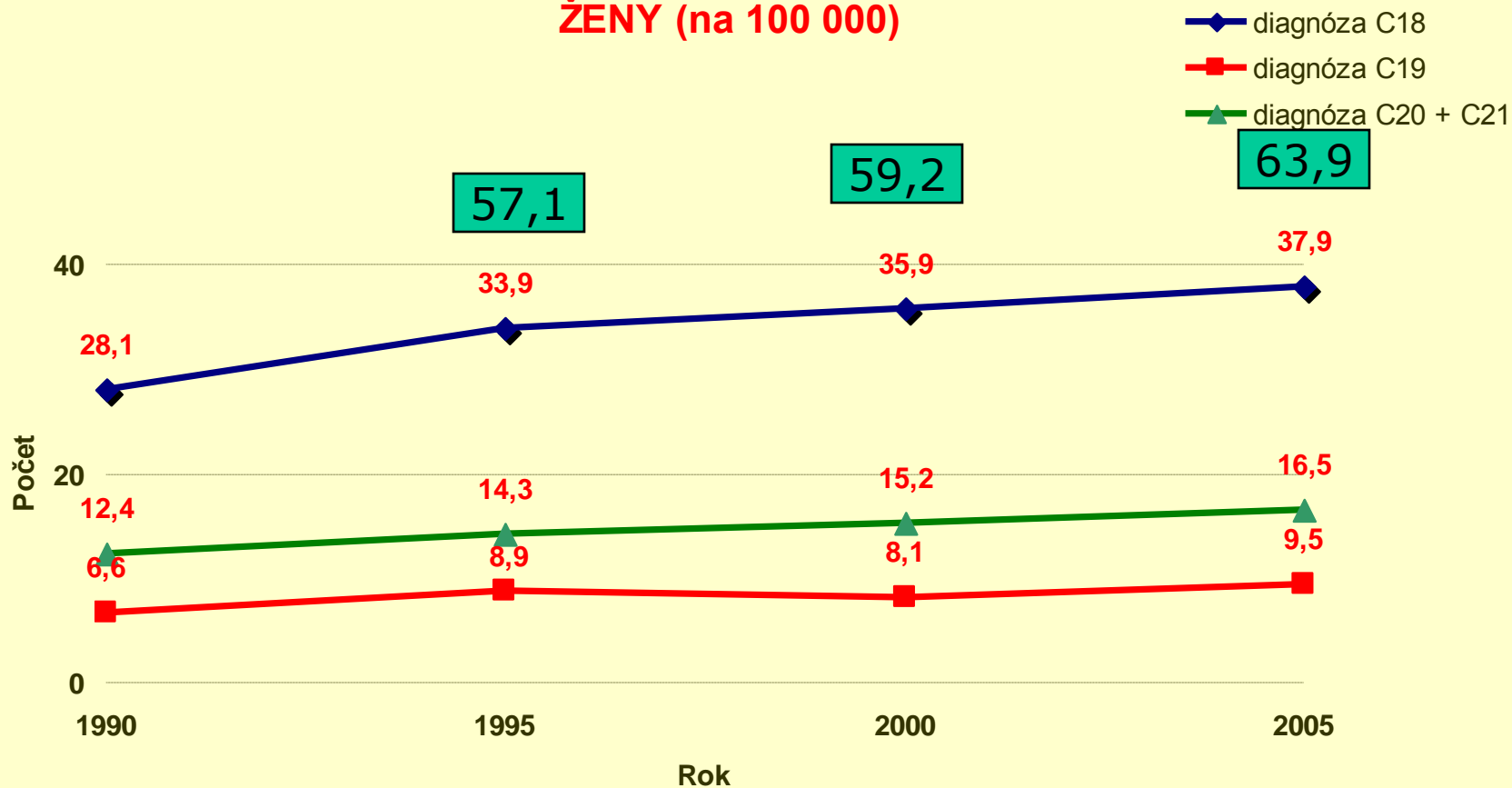
Incidence KRCa 1990 – 2005

Hlášená onemocnění zhoubnými novotvary MUŽI (na 100 000)



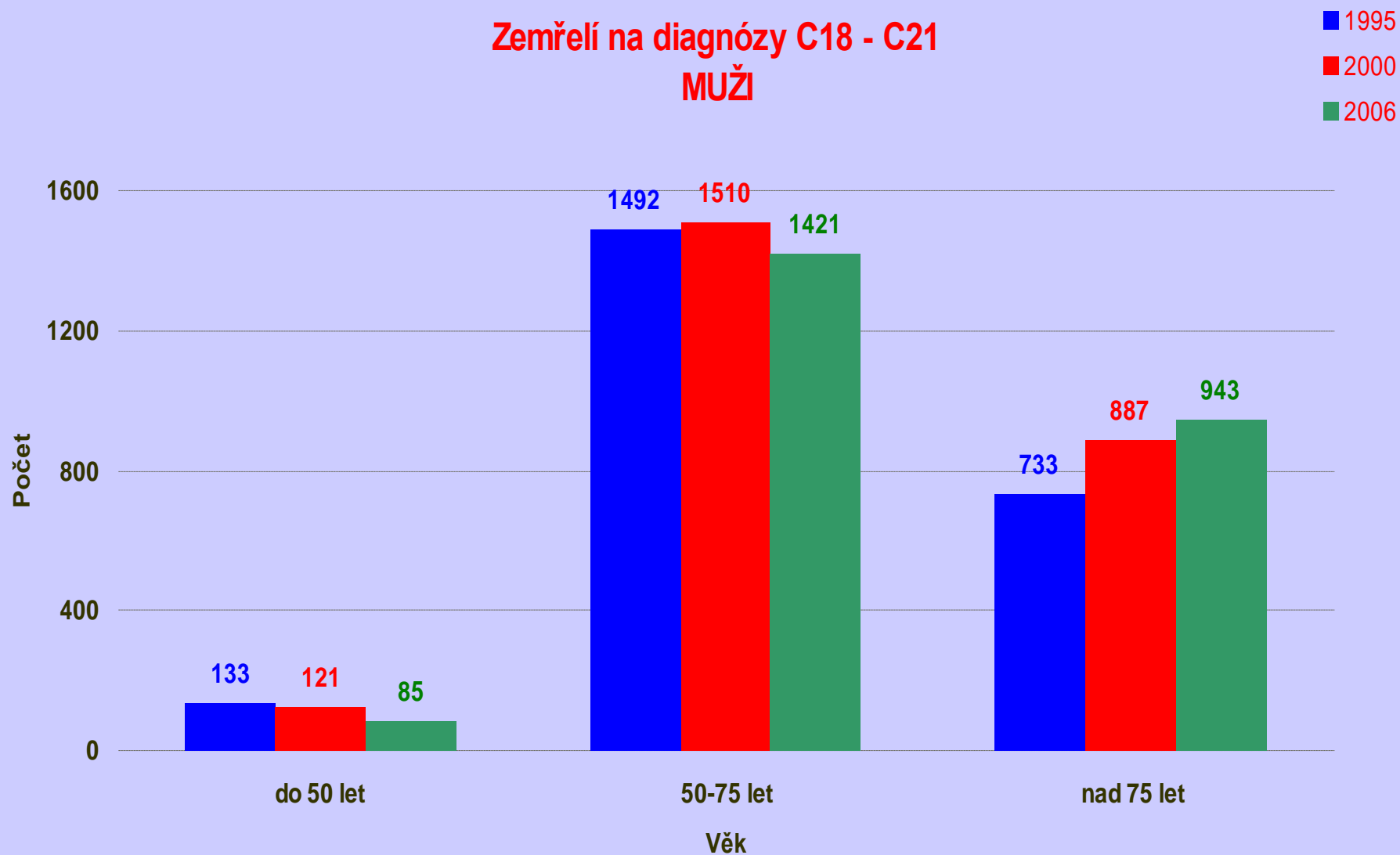
Incidence KRCa 1990 – 2005

Hlášená onemocnění zhoubnými novotvary ŽENY (na 100 000)



Mortalita KRCa 1990 – 2005

Zemřelí na diagnózy C18 - C21 MUŽI



Mortalita KRCa 1990 – 2005

Zemřelí na diagnózy C18 - C21
ŽENY

■ 1995
■ 2000
■ 2006

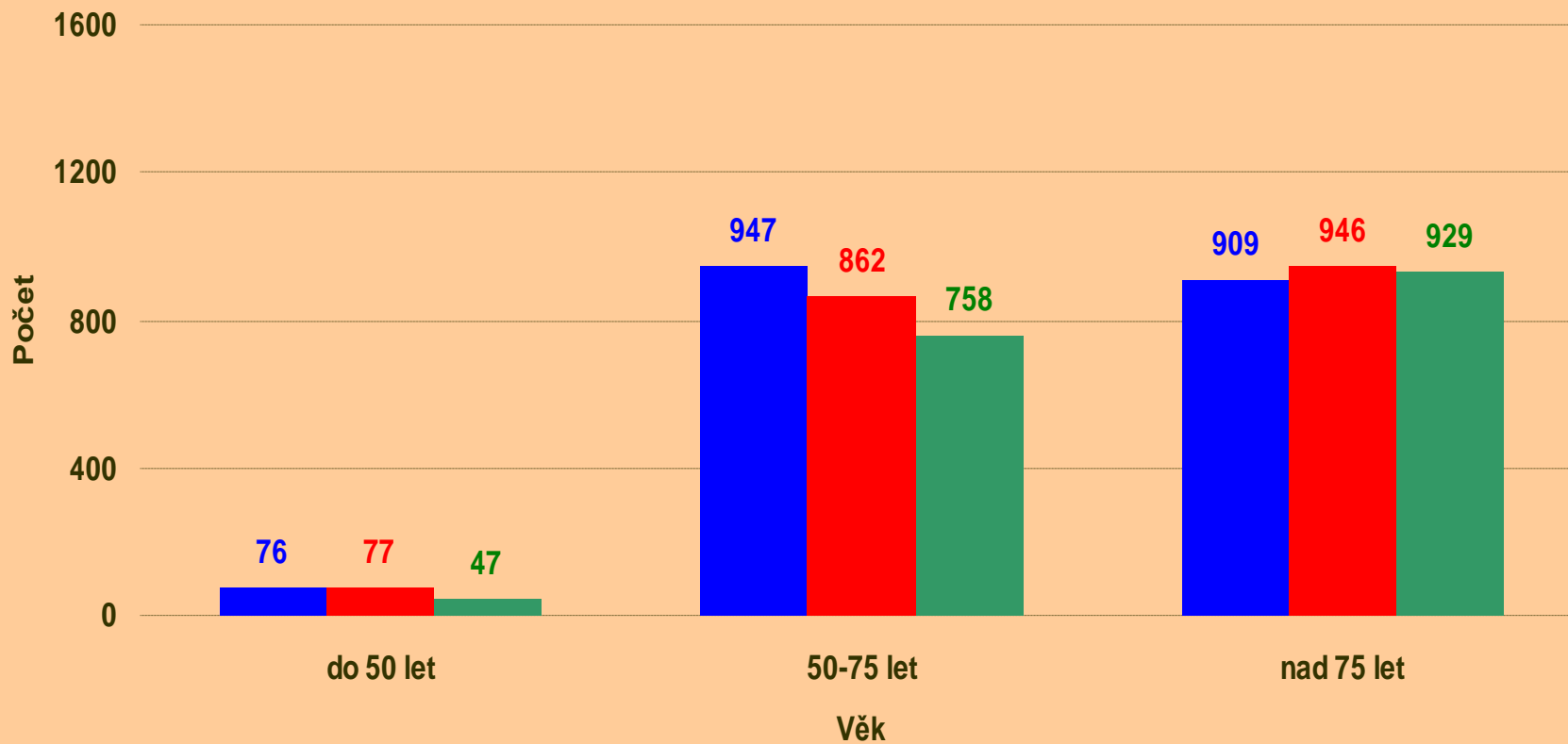


Table 3. Associations between Patient Characteristics and Advanced Neoplasia in the Large Bowel.*

Covariate in the Model for Detection of Advanced Neoplasia†	Odds Ratio (95% CI) from Derivation Data Set	P Value	Odds Ratio (95% CI) from Validation Data Set	P Value
Age — yr				
50–54 vs. 40–49	1.64 (1.35–1.99)	<0.001	1.82 (1.38–2.40)	<0.001
55–59 vs. 40–49	2.39 (1.97–2.89)	<0.001	2.38 (1.81–3.14)	<0.001
60–66 vs. 40–49	2.95 (2.44–3.57)	<0.001	2.91 (2.21–3.83)	<0.001
Family history of CRC (vs. no family history)				
Two first-degree relatives with CRC	2.10 (1.41–3.13)	<0.001	2.49 (1.42–4.38)	0.002
One first-degree relative <60 yr of age with CRC	1.87 (1.53–2.30)	<0.001	1.33 (0.96–1.85)	0.09
One first-degree relative ≥60 yr of age with CRC	1.43 (1.24–1.64)	<0.001	1.41 (1.16–1.71)	0.001
Male sex (vs. female sex)	2.08 (1.89–2.28)	<0.001	1.73 (1.52–1.98)	<0.001

* The initial list of covariates included male and female sex, five age groups (40 to 44, 45 to 49, 50 to 54, 55 to 59, and 60 to 66 years), and seven family-history subcategories: two first-degree relatives who had colorectal cancer (CRC) but did not meet the criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) or familial adenomatous polyposis, one first-degree relative under 60 years of age with CRC, one first-degree relative 60 years of age or older with CRC, one or more second-degree relatives with CRC, one or more first-degree relatives with HNPCC-related neoplasms (in the endometrium, ovary, stomach, pancreas, small bowel, hepatobiliary tract, ureter, or renal pelvis), one or more first-degree relatives with neoplasms not related to HNPCC, and no family history of cancer.

† The model was created with the use of the derivation data set (33,431 participants) and checked in the validation data

Regula J. et al. Colonoscopy in colorectal cancer screening for detection of advanced neoplasia, New Engl J Med. 2006; 355, 1863

Příčiny nízké adherence bezpříznakových osob ke screeningu

- Praktické aspekty screeningu?
- Chabá mediální podpora?
- Chabý výkon praktických lékařů?
- Špatná mezioborová spolupráce?
- Neefektivní program?

TOKS: praktické aspekty

- dietní omezení 4-7 dní před testem

Sung J, Am J Gastroenterol 2006

- způsob odběru a skladování stolice

Ellis 2007, Community-based survey from Birmingham, UK

- způsob předání testu

Ellis 2007

- obava o výsledek
- neporozumění testu (symptomy)
- složité instrukce
- váhání

Worthley DL. Internal Medicine Journal 2006

Chabá mediální podpora?

- Neexistuje silná kontinuální mediální kampaň
(srovnej s propagací screeningu Ca prsu)
 - Role státu?
 - Role pojišťoven?
 - Role odborných společností?
 - Role individuálních lékařů?
 - Role patientských organizací?

Chabý výkon praktických lékařů?

- nedůvěra ke screeningu?
- nezájem?
- náročnost organizace nákupu a distribuce testů?
- obecné známky vyhoření českých PL?

Ekonomické souvislosti FOBT?

Cena TOKS při nákupu (Haemoccult, Hemocare,...):

cca 30,- CZK

Platba za TOKS:

- extra-kapitační platba po vyhodnocení testu
 - cca 120,- CZK do roku 2005 + bonifikace
 - v roce 2006 bez bonifikace, regulace
 - cca 170,- CZK od roku 2006

Část pacientů (10-20%) test nevrátí, znehodnotí,.....

Špatná mezioborová spolupráce?

- Mezioborové semináře 2000-2004 po celé ČR
- Komunikace mezi PL a GE na lokální úrovni se zdá funkční, ale je nejspíš variabilní.
- Dostupnost GE služeb po celé ČR je dobrá
- Čekací doby nepřesahují 3 týdny

Neefektivní program?

- Experiment v. realita
- Pionýrský program (výj. Německo)
- Nevýhody TOKS (nepřímý screening)
- Pacient – PL – gastroenterolog

Volby pro budoucnost



- Nová vlna medializace a motivace pro PL
- iTOKS?
- Změna screeningového programu

Příspěvek SVL ČLS JEP

- Nová vlna odborné medializace pro PL
- Prostor v časopise Practicus (Medicina po promoci, Medical Tribune)
- **Motivační strategie**
- Zařazení námětu do vzdělávacích akcí
- Inzerce pro pacienty
- Lokální projekty, (aktivní zvaní, sms, telefonáty)

Budoucnost TOKS

Guajakové testy v. imunochemické testy

Testy imunochemické

- Kvalitativní, kvantitativní
- Detekují pouze lidský intaktní hemoglobin z dolní části GIT
- Vykazují vyšší senzitivitu
- Mohou se vyhodnocovat automaticky, ihned po odebrání vzorku (nastavitelnost cut-off)
- Hygienický odběr, bez dietních omezení

**Narůstá počet důkazů,
podporujících výměnu G-TOKS za I-TOKS.
Benefit je vyšší pro pokročilé neoplázie než pro
nádory.**

Guittet L et al., Gut 2007

Nový design programu od r.2009

- Od 50 do 55 každý rok TOKS
- v 55 letech volba
 - Kolonoskopie (jednorázová, event. opakovaná po 10 letech)
 - TOKS 1x za 2 roky

TOKS rozšíření na další specialisty.....???

Kolonoskopický (KS) screening

SWOT analýza

Silné stránky

- přímá metoda
- screening + profylaxe
- sběr dat

Příležitosti

- kapacita GE
- kvalita
- zahrnutí rizik.skupin
- již dnes preference některých pacientů

Slabé stránky

- účast
- vertikální program v sekundární péči
- i KS mine nádor
- náklady

Hrozby

- komplikace KS
- koordinace TOKS/KS
- zbytečné kolonoskopie

Kolonoskopický (KS) screening

Kapacity v ČR

- Kolonoskopie V ČR **14 /1000** obyvatel, tj.
>140 000 procedur ročně.

Itálie (Řím).....10/1000

Holandsko.....<10/1000

Švédsko (Stockholm).....<12/1000

UK.....<10/1000

Závěr

- Český screening KRCA žije, ale potřebuje péči a nové úsilí.
- Hledání nových strategií je na místě. Možnost volby kolonoskopie může být přínosem, vyžaduje systém kontroly kvality.
- **Role PL v novém programu: zhodnocení rizik pacienta, vysvětlení možností a nabídka individuálně nejvhodnější screeningové metody.**
- Rozdílný přístup podle pohlaví je téma k diskusi



Přijďte studovat na

www.euni.cz

Screening kolorektálního karcinomu