



OBECNÉ PREVENTIVNÍ A VYHLEDÁVACÍ POSTUPY U NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V PRIMÁRNÍ PÉČI

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2005

Autoři:

Bohumil Skála
Karel Odrážka
Lumír Komárek

Oponenti:

Jiří Appelt
Zuzana Miškovská



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

OBECNÉ PREVENTIVNÍ A VYHLEDÁVACÍ POSTUPY U NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V PRIMÁRNÍ PÉČI

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2005

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Doc. MUDr. Karel Odrážka, Ph.D., Česká onkologická společnost ČLS JEP
Doc. MUDr. Lumír Komárek, CSc., Centrum zdraví a životních podmínek SZÚ Praha

Oponenti:

MUDr. Jiří Appelt, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Zuzana Miškovská, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. VÝCHODISKA – NEPŘÍZNIVÁ FAKTA	3
3. VÝCHODISKA – PŘÍZNIVÁ FAKTA	3
4. NOVÝ POHLED – SPÍŠE JINÝ POHLED	3
5. VYUŽITELNÁ VYŠETŘENÍ	3
6. STANDARDNÍ PREVENTIVNÍ POSTUPY U VYBRANÝCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V PRIMÁRNÍ PÉČI	4
6.1. Karcinom prsu	4
6.2. Kolorektální karcinom	4
6.3. Karcinom prostaty	4
6.4. Karcinom dutiny ústní	5
6.4.1. Výskyt	5
6.4.2. Rizikové faktory	5
6.4.3. Prevence a časná detekce	5
6.4.4. Postupy v primární péči	5
6.5. Nádory kůže	5
6.5.1. Klinické známky maligní transformace névu	5
6.5.2. Výskyt	5
6.5.3. Rizikové faktory	5
6.5.4. Prevence a časná detekce	5
6.5.5. Postupy v primární péči	5
6.6. Plicní karcinom	6
6.6.1. Výskyt	6
6.6.2. Rizikové faktory	6
6.6.3. Prevence a časná detekce	6
6.6.4. Postupy v primární péči	6
6.7. Nádory děložního čípku	6
6.7.1. Výskyt	6
6.7.2. Rizikové faktory	6
6.7.3. Prevence a časná detekce	6
6.7.4. Screening	6
6.7.5. Postupy v primární péči	6
7. PŘÍLOHA Č. 1	7
7.1. Pařížská charta proti rakovině (vybrané citace)	7
7.1.1. ČLÁNEK I	7
7.1.2. ČLÁNEK II	7
7.1.3. ČLÁNEK IV	7
7.1.4. ČLÁNEK V	7
7.1.5. ČLÁNEK VI	7
7.1.6. ČLÁNEK VII	7
7.1.7. ČLÁNEK VIII	8
7.1.8. ČLÁNEK IX	8
8. PŘÍLOHA Č. 2	9
9. PŘÍLOHA Č. 3	10
Tab. č. 1: Podíl nádorové mortality přisuzované specifickým rizikovým faktorům nebo skupině faktorů (v rozvinutých zemích)	10
10. PŘÍLOHA Č. 4	11
Tab. č. 2: Věkově specifická rizika nádorových onemocnění u žen	11
Tab. č. 3: Věkově specifická rizika nádorových onemocnění u mužů	12
Tab. č. 4: Statistická míra jistoty o nepřítomnosti nádorového onemocnění po orgánově zaměřených preventivních vyšetřeních dospělých žen (bez věkové specifikace)	13
Tab. č. 5: Statistická míra jistoty o nepřítomnosti nádorového onemocnění po orgánově zaměřených preventivních vyšetřeních dospělých mužů (bez věkové specifikace)	13
11. PŘÍLOHA Č. 5	14
Tab. č. 6: Role zdravotní sestry v primární prevenci	14
12. PŘÍLOHA Č. 6	15
Schema 1: Implementace primární prevence na individuální úrovni	15
13. LITERATURA	16

1. ÚVOD

Onkoprevence pro Českou republiku

Onkologická prevence znamená předvídání a předcházení nežádoucím událostem, které souvisejí se vznikem a progresí zhoubných nádorů. Preventivní doktrína pro boj se zhoubnými nádory musí být komplexní a dotýkat se nejen vzniku a časného záchytu zhoubných nádorů, ale také důsledků progresu a léčby nádorového onemocnění.

Onkopreventivní opatření lze strukturovat ve čtyřech kategoriích či úrovních:

Primární prevence

si klade za cíl pokles výskytu zhoubných nádorů. Jde o snižování až eliminaci rizikových faktorů, které mají prokazatelný a přímý vliv na vznik malignit. Indikátorem úrovně primární prevence je vývoj incidence zhoubných nádorů.

Při současné úrovni poznání je zapotřebí podporovat:

- 1) boj proti kouření, zejména v mladších věkových skupinách a u žen
- 2) programy pro odvykání kouření a léčbu závislosti na tabáku
- 3) boj s alkoholismem, zejména chronickým pijáctvím destilátů
- 4) ochranu kůže před neúměrnou expozicí slunečnímu záření
- 5) eradikaci infekcí žaludku *Helicobacter pylori*
- 6) vakcinace proti hepatitidám
- 7) vakcinace proti papilomavirům
- 8) výchovu ke zdravé výživě a zdravému životnímu stylu, a to již na školách
- 9) analýzy a hodnocení komerčních produktů z hlediska možné kancerogenity
- 10) analýzy stavu životního prostředí z hlediska kancerogenity, hlavně pak vodních zdrojů

Sekundární prevence

je zaměřena na záchyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu. Indikátory její úrovně jsou poměr lokalizovaných stádií nádorů k ostatním pokročilejším stádiím a vývoj úmrtnosti na zhoubné nádory.

V současné době je třeba podporovat nebo lépe pracovat :

- 1) screening rakoviny prsu
- 2) screening rakoviny hrdla děložního
- 3) screening rakoviny tlustého střeva a konečníku
- 4) kampaně pro záchyt zvrhávajících se melanotických morf, zejména po letní sezóně
- 5) dispenzarizaci jedinců se zvýšeným dědičným rizikem vzniku nádoru na základě rodinné anamnézy, onkogenetické konzultace a v indikovaných případech genetické testování
- 6) preventivní onkologické prohlídky zohledňující věkově specifická onkologická rizika
- 7) oborově specifické depistáže prekanceróz a časných nádorů ve stomatologii, ORL, pneumologii, gastroenterologii, gynekologii, urologii či hematologii
- 7) pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného záchytu rakoviny prostaty
- 8) pilotní a cílené studie zaměřené na metodologii časného záchytu rakoviny plic u rizikových skupin

- 9) pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů jater, žlučových cest, pankreatu a ledvin
- 10) pilotní studie zaměřené na časnou diagnostiku nádorů u seniorů jako specifické skupiny s vysokým onkologickým rizikem a limitovanými možnostmi kombinované léčby.

Je třeba si uvědomit, že úsilí o sekundární prevenci může dosáhnout dobrých výsledků jen za předpokladu provádění datového auditu parametrizovaných záznamů. Za screening lze pak prohlásit pouze takový program sekundární prevence, který má kromě datového auditu také kódově a platbami odlišena vyšetření asymptomatických jedinců.

V ČR existuje dosud pouze screening nádorů prsu, v němž je každoročně na více než padesáti akreditovaných mammodiagnostických jednotkách zachyceno přes tisíc časných případů rakoviny prsu. Ta pak mají naději úplné vyléčení. Informace o pravidlech i výsledcích jsou veřejně k dispozici na <http://www.mamo.cz>. Patří k paradoxům ČR, že tento jediný úspěšný screeningový program musí být opakovaně zdola hájen zejména vůči vedení resortu zdravotnictví. V minulém období bylo třeba odolávat snahám administrativně snížit kvalitu screeningů opuštěním akreditačních kritérií, v současné době je to zase nastavování iracionálních limitů, bránících zvyšování účasti žen ve screeningu. Podle údajů NOR se v uplynulých letech výrazně zvýšil podíl prvních stádií a mortalita na rakovinu prsu klesá i při dosud trvajícím nárůstu incidence.

Podíl prvních stádií nádorů kolorekta a nádorů hrdla děložního se dosud bohužel nemění. Úsilí o organizovaný časný záchyt obou těchto typů nádorů má zatím četné organizační slabiny. Chybí datový audit i oddělení kódů screeningových vyšetření. U nádorů hrdla děložního chybí zatím konsensus také o metodice, preventivní vyšetření jsou gynekology prováděna a účtována výrazně častěji, avšak s nižší efektivitou, než je tomu v referenčních zemích, kde incidence i mortalita jsou ve srovnání s ČR podstatně nižší. Bez podpory vedení resortu i zdravotních pojišťoven zůstává snaha praktiků věnovat více pozornosti preventivním onkologickým prohlídkám. Vyhláška o preventivních prohlídkách je zastaralá, celým svým pojetím špatná a proto jen málo respektovaná. Prakticky bez odezvy zůstává návrh koncepce věkově specifických onkopreventivních prohlídek jak je na základě věkové distribuce nádorů v NOR navrhl již před několika lety resortní onkologický ústav MOÚ (viz www.prevecenadoru.cz a www.mou.cz).

Centrální a dlouhodobě koncepční podpora specifickým pilotním projektům pro rozšiřování možnosti časného záchytu nádorů je zatím vlašná a ani grantové agentury nevnímají tuto oblast organizace preventivní zdravotní péče jako dostatečně „vědeckou“. Zčásti je to způsobeno absencí soustavné a kvalifikované diskuse na toto téma a nízké informovanosti rychle se střídajících vedoucích garnitur.

Terciární prevence

si klade za cíl zachytit případný návrat nádorového onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém intervalu včas, a tedy ve stále ještě léčitelné podobě. Základem pro úspěšnou terciární prevenci je jasné stanovení odpovědnosti za pacienta a odbourávání disperzního systému, v němž se za přemíry vyšetření prováděných na různých místech často vytrácí jed-

notíci pohled na onkologicky nemocného. To často vede ke zpoždování diagnostiky nádorové recurence, dezinterpretaci nálezů či nesprávnému posouzení dalších léčebných možností.

Cesta ke zlepšení zde nevede přes nové kapacity, nové laboratorní či zobrazovací metody, ale především přes lepší organizaci dispenzární péče a lepší komunikaci mezi odbornými specialisty a praktiky. Název zdravotnického zařízení a jméno lékaře odpovědného za dispenzarizaci daného onkologicky nemocného se musí stát součástí diagnosticko-léčebného algoritmu každého případu nádorového onemocnění. Dispenzarizující lékař samozřejmě využívá více vyšetřovacích metod a spolupráce s dalšími odborníky, ale informace integruje v jeden závěr, za který nese odpovědnost a k němuž navrhuje nemocnému řešení. Měla by platit zásada, že o každém onkologicky nemocném by měl existovat v případě návratu jeho onemocnění konziliární zápis odborného onkologického pracoviště s návrhem postupu, a to i v případech, kdy s vyléčením nemocného již nelze počítat a půjde třeba jen o terapii symptomatickou. Mnoha nemocným s návratem nádorového onemocnění se totiž nedostává aktivní léčby, která by je mohla zachránit nebo aspoň prodloužit jejich život či zlepšit jeho kvalitu.

Další slabinou je dosud sekundární prevence u onkologicky nemocných, respektive časný záchyt jiných nádorů než je ten, pro který je onkologický pacient dispenzarizován. Dispenzární vyšetření bývají i po celá léta soustředěna na dříve léčený orgán a nejčastější místa metastazování, pacientovi se však nežádka nedostává ostatních preventivních vyšetření. Ženám po léčbě karcinomu tlustého střeva tak nežádka po mnoho let chybějí preventivní mamografie, mužům po léčbě karcinomu prostaty vyšetření na okultní krvácení ve stolici a podobně. Tím mají mnozí onkologicky nemocní ve skutečnosti zajištěn menší rozsah preventivní onkologické péče než dosud zdraví jedinci, byť riziko vzniku dalšího nádoru jiné provenience je u nich zpravidla výrazně vyšší než v běžné populaci.

V rámci terciární prevence, s využitím spíše ekonomických nástrojů zdravotních pojišťoven než pouze administrativních příkazů, je třeba podporovat:

- 1) povinnost označit zdravotnické zařízení a lékaře odpovědné za dispenzarizaci onkologicky nemocného po primární léčbě
- 2) povinnost konzultace každého případu návratu nádorového onemocnění v jednom z 18 garantovaných onkologických center, ať již je očekávaný postup jakýkoli
- 3) poskytovat onkologicky nemocným dispenzarizovaným s jedním typem nádoru preventivní vyšetření také pro časný záchyt jiných typů nádorů čili sekundární prevenci, a to s vědomím zvýšeného rizika duplicitních nebo i triplicitních nádorových onemocnění u těchto geneticky či provedenou léčbou stigmatizovaných jedinců

Indikátorem kvality terciární prevence je především doba celkového přežití nemocných s nádory primárně diagnostikovanými v I.-III. klinickém stadiu.

Kvartérní prevence

znamená předvídaní a předcházení důsledkům progresujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo sni-

žovat jeho kvalitu. Jakkoli nejsme zvyklí hovořit o prevenci u pokročilých a nevléčitelných případů nádorových onemocnění, je zapotřebí preventivního myšlení i preventivních postupů také zde, a to v somatické, psychické i sociální oblasti.

Na zajištění a trvalou dostupnost analgetické léčby a odborné algeziologické péče je třeba myslet ještě dříve než se bolest plně rozvine. Různé derivační výkony endoskopickým stentováním či operačně je třeba indikovat a provést dříve než dojde k akutním stavům neprůchodnosti. Podobně je třeba myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility nemocného u kostních metastáz, ať již včas provedenou cílenou radioterapií či dokonce ortopedickými intervencemi. Je třeba předvídat a včas řešit výživová opatření, psychologickou podporu i sociální zázemí při omezené soběstačnosti.

Pro zajištění kvartérní prevence je třeba:

- 1) akceptovat, že preventivní myšlení a postupy se týkají i pokročilých případů nádorových onemocnění, pouze mají jiné organizační a léčebné nástroje než je tomu u výše uvedených prevencí u zdravých a úspěšně léčených
- 2) zajistit všem onkologicky nemocným s nevléčitelným nádorovým onemocněním včas možnost odborné konzultace algeziologa a onkologa s orientací na paliativní medicínu
- 3) zajistit podle potřeb nemocného včas psychologickou, duchovní a sociální podporu. Indikátorem kvality kvartérní prevence je především soustavné vyhodnocování dotazníků kvality života, přizpůsobených danému typu onemocnění. Ty však musejí být nejprve zavedeny a pravidelně vyhodnocovány.

Informační nástroje podporující onkoprevenci

jsou její nepochybnou součástí a jedním z kritérií jejího fungování. Lze je rozdělit na:

- a) nástroje pro informování laické veřejnosti
- b) nástroje pro odborné rozhodování, zpětnovazebnou korekci a řízenou preventivní péči

Preferovat je třeba soustavnost, srozumitelnost a dostupnost onkopreventivních informací narozdíl od kampaňovitých, obskurních a subjektivních sdělení. Obskurními jsou míněny především epizodické mediální výkřiky vytrhávající informace z kontextu, vycházející z neověřených a účelově zaměřených údajů, jak se objevují nežádka i v zahraničí, nebo zprostředkovaných informací bez uvedení zdrojů. Vznikal-li pro tuto defektní informační činnost prostor dříve z důvodu absence našich vlastních spolehlivých zdrojů a citace se opíraly hlavně o analýzy poměrů v zahraničí, pokročili jsme v posledních letech ve zpracování vlastních informačních zdrojů do té míry, že můžeme nabízet informace relevantní a vlastní.

a) Informace k onkoprevenci pro veřejnost jsou již k dispozici na <http://www.prevencenadoru.cz>, údaje o trendech v incidenci a mortalitě nádorů, proporcích klinických stádií a srovnání se zahraničím na <http://www.cba.muni.cz>. Dále je k dispozici bezplatná telefonní linka **800 222 322** a Onkologické informační centrum v MOÚ v Brně pro distribuci informačních tiskovin s onkopreventivní problematikou.

b) Odborné informace zprostředkují webové zdroje České onkologické společnosti <http://www.linkos.cz>, Masarykova onkologického ústavu <http://www.mou.cz> s diagnosticko-léčebnými guidelines a nově i webový portál onkocenter, který bude brzy integrovat všechny onkologické informační zdroje. Tabulkovou podobu NOR v tištěné podobě poskytuje ÚZIS. Odborné onkologické informace bude dále stále více poskytovat 18 komplexních onkologických center či skupin pro solidní nádory dospělých, 6 hematoonkologických center a 2 centra pediatrické onkologie, což je základ sítě onkologických pracovišť garantovaných Českou onkologickou společností.

Za potřebnou informační podporu je třeba pokládat také pravidelnou informovanost střídajících se garnitur poslanců, manažerů zdravotní péče a vedení zdravotních pojišťoven na všech úrovních formou

seminářů a přehledů o dlouhodobých cílech a dosažených výsledcích v zájmu kontinuity onkopreventivních programů. Interval, v nichž lze hodnotit efektivitu onkoprevence a provádět cílené korekce, jsou totiž delší než proměny politických koncepcí a obsazování manažerských míst v České republice. Zanedbávání průběžné a opakované informovanosti manažerů a zastupitelů přináší pro rozvoj onkoprevence rovněž nemalé překážky a mnohdy to vypadá, jako bychom začínali stále znovu.

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

předseda České onkologické společnosti

Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.

ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

vědecký sekretář České onkologické společnosti

2. VÝCHODISKA – NEPŘÍZNIVÁ FAKTA

Prevalence a incidence onkologických onemocnění stoupá.

Primární prevence je **nedostatečná a navíc je** otázkou dlouhodobé intervence, převážně v populaci dětské a dorostové (změna životního stylu).

Sekundární prevence je **nesystematická** a nejasněná. Systematicky je zatím prováděn pouze screening kolorektálního karcinomu (TOKS), ca prsu (mammografický screening) a karcinomu hrdla děložního.

Vysoké procento **záchytu** pozdních stádií nádorových onemocnění významně **negativně** ovlivňuje léčbu, přežívání, prognosu a letalitu na nádorové onemocnění. Zásadní změnou v postojích k onkologickému onemocnění již není jen délka přežití s onkologickou diagnosou, ale také kvalita života. Hlavním ukazatelem úspěšnosti léčby nádorového onemocnění je zjištění včasného stádia, úplné vyléčení a snížení mortality.

Příčiny pozdního nálezu nádoru jsou na straně pacienta i lékaře (strach, nedůvěra, nepoučenost)

3. VÝCHODISKA – PŘÍZNIVÁ FAKTA

Pouze lékař primární péče má možnost účinným způsobem využít všech dat a znalostí o svých pacientech k provádění preventivních prohlídek, které s minimem navýšení nákladů budou mít maximum výtečnosti.

Je nutné pohlédnout na preventivní vyšetření z jiných úhlů (ale také zvýšit finanční ohodnocení preventivní prohlídky komplexně, neboť kromě vlastního vyšetření pacienta je nutné věnovat čas také správné interpretaci a kompletaci všech dostupných podkladů) a zainteresovat finančně pacienta (bonusy zdravotního pojištění).

Praktický lékař bude nadále provádět v pravidelných intervalech preventivní prohlídky svých klientů, ale s větším zaměřením na eliminaci nádorových rizik.

Anamnéza – dědičnost, kuřáctví, nesprávné stravovací návyky, pracovní rizika, nedostatečná pohybová

aktivita a další faktory způsobu života.

Fyzikální vyšetření se zaměřením na aspekci kůže, palpaci varlat, vyšetření p. r., etc. (klasické fyzikální vyšetření celého pacienta).

TOKS, mammografický screening.

4. NOVÝ POHLED – SPÍŠE JINÝ POHLED

Zhodnocení komplementárních, laboratorních a ostatních vyšetření, které byly u pacienta v průběhu roku provedeny s pohledem na jejich využitelnost a hodnotitelnost v rámci screeningu nádorového onemocnění, a tím snižování míry rizika probíhajícího onkologického onemocnění.

Po zhodnocení všech nálezů a vyšetření stanoví praktický lékař míru zbytkového rizika nádorového onemocnění a doporučí klientovi další vyšetření (buď hrazená ze zdravotního pojištění, nebo hrazená klientem – pojištěncem).

Praktický lékař zaznamená do přehledné tabulky nádorových rizik provedená vyšetření v daném roce (tato tabulka se může předávat spolu s výpisem z dokumentace při předání pojištěnce dalšímu registrujícímu lékaři), tím bude na první pohled jasné, která vyšetření je vhodné doplnit.

5. VYUŽITELNÁ VYŠETŘENÍ

- Rtg plic
- Krevní obraz a diferenciální rozpočet
- ORL vyšetření (se zaměřením na dutinu ústní a horní cesty dýchací)
- Ultrazvukové vyšetření břicha (játra, žlučník, slivníka, ledviny)
- Urologické vyšetření, cystoskopie, IVU etc.
- Endoskopické vyšetření horního GITu
- Gynekologické vyšetření
- Stomatologické vyšetření
- Kožní vyšetření

Zmíněný postup interpretace získaných výsledků by mohl vést k časnějšímu odhalení nádorového onemocnění u dosud asymptomatického jedince s maximálním využitím dostupných dat, která má k dispozici pouze registrující praktický lékař, a tím k dalším upevnění prestiže lékaře primární péče v systému.

Lékař primární péče má dostatečné nástroje na kvalitní péči preventivní na straně jedné i terminální (paliativní) na straně druhé o svého pacienta v jeho vlastním domácím prostředí, a tím může významně přispět ke zvýšení kvality života:

- včasnou detekcí nádorového nebo jiného závažného onemocnění a stavu
 - kvalitní péčí paliativní v domácím prostředí, a tím důstojným provázením k důstojnému konci života
- V tabulkách v příloze jsou procentuální hodnoty míry rizika u pacientů, rozdělení na muže a ženy.

6. STANDARDNÍ PREVENTIVNÍ POSTUPY U VYBRANÝCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V PRIMÁRNÍ PÉČI

6.1. KARCINOM PRSU

Ačkoliv vybízíme a edukujeme ženy, aby si samy vyšetřovaly prsy jednou za měsíc, randomizovaná studie ukázala, že tento postup nevede ke snížení mortality na karcinom prsu [1]. Nejúčinnější kombinací, která snižuje incidenci invazivního karcinomu prsu, je fyzikální vyšetření prsu lékařem a mammografie.

Senzitivita fyzikálního vyšetření prsu a mammografie společně je udávána v rozmezí 70 % až 80 %. Randomizované kontrolované studie z řady zemí spolehlivě prokázaly snížení mortality na karcinom prsu o 40 % u žen, které podstoupily každý rok mammografii počínaje věkem 50 let [2]. Ve věkové skupině žen od 40 do 49 let nejsou údaje podporující rutinní mamografický screening jednoznačné. Nicméně i v této věkové kategorii byla v 5 z 8 randomizovaných studií prokázána redukce mortality na karcinom prsu o 16 % v průběhu 10 let [3].

Významné americké instituce (American Cancer Society, U.S. Preventive Services Task Force) se shodují na tom, že mammografii by měly absolvovat v intervalu 1 – 2 roky všechny ženy ve věku 40 let a více. Současná praxe mamografického screeningu v ČR (ženy 45 – 69 let, interval 2 roky) je v souladu s tímto stanoviskem.

Aby byla podaná přesná informace a praktické doporučení v každé fázi screeningového procesu, je třeba:

- porozumět organizaci a procedurám screeningových programů včetně odkazů na pracoviště, kde je možné provádět další sledování
- zavést a udržovat spolupráci se screeningovým pracovištěm (kde je prováděné mamografické vyšetření) a s multidisciplinárním týmem (který se zabývá potvrzováním podezřelých nálezů a následnou léčbou)

Lékař zajišťující primární prevenci by se měl účastnit v diagnostickém procesu:

- doporučit pacientku s palpačním nálezem rezistence (i přes negativní mamografické vyšetření) nebo s výtokem z bradavky přímo k chirurgickému objasnění nálezů a uvědomit si, že rychlost může zachránit život
- doporučit pacientku k mamografickému vyšetření, jsou-li přítomné symptomy onemocnění prsu, i když není palpačně zjištělá rezistence
- není-li klinický nález jistý, pozvat pacientku na

další kontrolu v průběhu následujících 2 týdnů

- pečlivě sledovat pacientky (s nebo bez použití mammografie), jejichž rodinná anamnesa je řadí do rizikové skupiny

Poznámka: Podrobně Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře – Screening nádorů prsu 2005

6.2. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Význam testování okultního krvácení ve stolici vyplývá z výsledků čtyř randomizovaných studií, které prokázaly snížení mortality na kolorektální karcinom u lidí ve věku 50 – 80 let o 15 – 33 % [5 – 7]. Naproti tomu význam vyšetření per rectum není doložen. Existuje jediná kontrolovaná studie, která neprokázala vliv vyšetření per rectum na redukci mortality na rakovinu distálního úseku tlustého střeva [8].

Flexibilní sigmoideoskopie rovněž snižuje riziko mortality na kolorektální karcinom. Evidence však není jednoznačná jako je tomu u testování stolice na okultní krvácení, protože údaje o přínosu sigmoideoskopie vycházejí z kontrolovaných epidemiologických studií a nikoliv z randomizovaných studií [9,10]. Americký National Cancer Institute akceptuje jako prokázané dvě metody screeningu kolorektálního karcinomu: 1. test stolice na okultní krvácení v intervalu 1 – 2 roky u lidí ve věku 50 až 80 let; 2. pravidelnou flexibilní sigmoideoskopii u lidí ve věku 50 a více let, přičemž optimální interval vyšetření nelze na základě dostupných údajů určit.

Panel expertů National Comprehensive Cancer Network doporučuje u lidí starších 50 let buď kolonoskopii v intervalu 10 let nebo kombinaci testu stolice na okultní krvácení jednou ročně a flexibilní sigmoideoskopie v intervalu 5 let.

Poznámka: Podrobně doporučený postup Kolorektální karcinom – screening a dispenzarizační programy – 2001

6.3. KARCINOM PROSTATY

Neexistují dostatečné důkazy o tom, že stanovení prostatického specifického antigenu (PSA) a digitální rektální vyšetření (DRE) snižují mortalitu na karcinom prostaty [11]. Uvedené testy jsou sice schopny detekovat karcinom prostaty v časnějším stádiu, ovšem není jasné, zda tato časná detekce má vliv na výsledek léčby [12].

Pozitivní prediktivní hodnota DRE – pravděpodobnost, že při pozitivním palpačním nálezů bude pozitivní i následná biopsie – je poměrně nízká (11 – 26 %). Negativní prediktivní hodnota DRE – pravděpodobnost, že při negativním palpačním nálezů bude negativní i následná biopsie – je dosti vysoká (85 – 96 %). Pozitivní prediktivní hodnota PSA se pohybuje kolem 30 % a negativní prediktivní hodnota kolem 70 %.

V současné době není celosvětový konsensus screeningu karcinomu prostaty. Např. panel expertů National Comprehensive Cancer Network doporučuje nabídnout PSA test mužům ve věku 40 let. Při hodnotě PSA 0,6 ng/ml a více je prováděno DRE a PSA jednou ročně. Je-li PSA nižší než 0,6 ng/ml, vyšetření se opakuje ve věku 45 let a opět při negativním výsledku ve věku 50 let. Od 50 let výše následuje pravidelný screening jednou ročně DRE a PSA.

Ve světle známých skutečností lze akceptovat vyšetření per rectum v intervalu 2 roky u mužů ve věku 50 – 70 let a fakultativně vyšetření PSA.

Poznámka: Podrobně Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře – Časný screening onemocnění prostaty 2005

6.4. KARCINOM DUTINY ÚSTNÍ

- epitelální karcinom
- nejčastější lokalizace: jazyk, orofaryngs, patro, dolní ret
- prekancerózy: anemické epitelální léze, orální Lichen planus, leukoplakie, erytroplakie, erytroleukoplakie

6.4.1. VÝSKYT

- třetí nejčastější karcinom ve vyspělých zemích
- častější výskyt u mužů
- incidence stoupá mez 40. a 65. rokem života

6.4.2. RIZIKOVÉ FAKTORY

- kouření
- žvýkání tabáku
- nadměrná konzumace alkoholu, zejména ve spojení s tabákem
- prekancerózy
- nedostatečná ústní hygiena, místní dráždění
- možná i celková agens (nedostatek železa, nutriční vlivy obecně, virová agens – herpes viry)

6.4.3. PREVENCE A ČASNÁ DETEKCE

- zdravotní výchova zaměřená na eliminaci rizikových faktorů chování
- detekce a léčba prekanceros

Rutinní vyšetřování asymptomatických a symptomatických osob může vést k časnější detekci nádorů dutiny ústní a k zachytu premaligních lézí. Nicméně, v současné době neexistují důkazy o tom, že screening redukuje mortalitu na nádory dutiny ústní.

Přesto by inspekce dutiny ústní měla být součástí každého fyzikálního vyšetření především u rizikových osob, tj. kuřáků ve věku nad 40 let. Význam inspekce podtrhuje skutečnost, že 90 % nádorů této oblasti je na místech zraku přístupných (baze ústní, jazyk, bukalní sliznice, měkké patro, orofarynx). V populaci vysoce rizikových pacientů, kuřáků a pijáků ve věku 40 a více let, byl bedlivým sledováním detekován 1 případ rakoviny na 200 vyšetření [13].

6.4.4. POSTUPY V PRIMÁRNÍ PÉČI

- dotázat se v průběhu preventivních prohlídek pacientů na orální a dentální hygiena a podle potřeby a možnosti zdravotně výchovně působit na jejich zlepšení
- provádět aspekci dutiny ústní u kuřáků a osob udávajících excesivní užívání alkoholu a u osob, která samy udávají existující lézi v dutině ústní
- doporučit všem pacientům pravidelné kontroly u zubního lékaře, úzce s ním spolupracovat zejména u rizikových pacientů

6.5. NÁDORY KŮŽE

- maligní melanom
 - lentigo maligna melanoma
 - povrchově se šířící melanom
 - modulární melanom
 - akrální melanom
- spinocelulární karcinom
- basocelulární karcinom
- prekancerózy melanomu
 - syndrom dysplastických névů
 - kongenitální névus

6.5.1. KLINICKÉ ZNÁMKY MALIGNÍ TRANSFORMACE NÉVU

- asymetrie
- rozptí okrajů (neostré ohraničení)
- změny barvy
- změny rozměru (průměr přes 5 mm)
- progrese

6.5.2. VÝSKYT

- incidence a mortalita maligního melanomu stále stoupá, nejvyšší je v Austrálii a zemích severní Evropy
- basocelulární a spinocelulární karcinomy jsou nejčastější nádory u bílé populace, v 95 % dochází k vyléčení prostou excizní, event. doplněnou specifickou onkologickou léčbou

6.5.3. RIZIKOVÉ FAKTORY

- ultrafialové záření
 - dlouhodobá kumulativní expozice nechráněným místům kůže
 - intermitentní vysoká expozice místům na těle, obvykle zakrytým
- věk (u nemalonových karcinomů)
- pohlaví (u nemalonových karcinomů – muži)
- vícečetné benigní pigmentové névy (pro rozvoj melanomu)

6.5.4. PREVENCE A ČASNÁ DETEKCE

- zdravotní výchova zaměřená na chování populace ve vztahu k opalování (cave solaria)
- časně vyhledávání kožních nádorů

Možnosti screeningu maligního melanomu byly zkoumány v několika observačních studiích. Studie provedené v západním Skotsku a v USA ve státě Connecticut naznačily, že edukace obyvatel a samovyšetřování kůže může snížit riziko úmrtí na maligní melanom [14,15]. Randomizovaná data však neexistují a rutinní screening maligního melanomu není obecně akceptován.

Australský melanomový projekt screeningu a edukace ukázal, že došlo ke snížení tloušťky melanomových lézí z 2,5 mm na 0,8 mm a především došlo ke zlepšení 5letého přežití na hodnotu 94 % [16].

Vycházíme-li z výše citovaných observačních studií, aspekce kůže by rozhodně měla být součástí kompletního fyzikálního vyšetření.

6.5.5. POSTUPY V PRIMÁRNÍ PÉČI

- podávat dostatečné informace o nebezpečnosti slunečního záření a o způsobech ochrany již od dětství
- provádět vizuální vyšetření kůže jako součást fyzikálního vyšetření pacienta
- poučit o pravidelném sebevyšetření

6.6. PLICNÍ KARCINOM

- epidermoidní (dlaždicový) karcinom, 40 – 50 % případů, má centrální charakter, vyskytuje se zejména u mužů
- adenokarcinom, 15 – 20 % případů, periferní lokalizace
- malobuněčný (anaplastický) karcinom, 25 v % případů, centrální i periferní výskyt
- velkobuněčný karcinom, 10 % případů, periferní i centrální výskyt

6.6.1. VÝSKYT

- nejčastější typ nádoru
- výrazně častější u mužů, rozdíl v pohlaví se však v posledních letech snižuje

6.6.2. RIZIKOVÉ FAKTORY

- kouření – je odpovědné za 90 % plicních nádorů
 - člověk kouřící 30 let dvacet cigaret denně má dvacetinásobné riziko vzniku karcinomu
 - s kouřením je především spjat vznik malobuněčného karcinomu
- profesionální expozice

6.6.3. PREVENCE A ČASNÁ DETEKCE

- především výchova k nekuřáctví, je ale nutné počítat s tím, že i když bude úspěšná, výsledky budou patrné až za mnoho let
- screeningové metody u zvláště rizikové populace se neosvědčily (snímkování, CT, bronchiální laváž – cytologické vyšetření), limitací je cena, ale také fakt, že přes časnější záchyt nádoru se nesnížila mortalita

V současné době neexistují důkazy o tom, že screening ovlivňuje mortalitu na karcinom plic. Probíhají studie, které zkoumají roli screeningu pomocí CT plic, mikroskopického vyšetření sputa či bronchoskopie s fluorescenční detekcí.

6.6.4. POSTUPY V PRIMÁRNÍ PÉČI

- zásadní snížení spotřeby cigaret u celé populace se zaměřením na potenciální nové konzumenty – lépe nezačít kouřit vůbec, než později přestávat
- u rizikových osob evidence počtu vykouřených cigaret
- znát a vyhledávat časně symptomy plicního karcinomu, časná spolupráce s ambulancemi TRN
- podpora programů omezujících kouření

poznámka: Podrobněji – Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře – Podpora nekuření 2005

6.7. NÁDORY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

- cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN)
 - CIN I. – lehká dysplasie
 - CIN II. – středně závažná dysplasie
 - CIN III. – těžká dysplasie a carcinoma in situ

6.7.1. VÝSKYT

- druhý nejčastější nádor u žen v celosvětovém měřítku
- v severských zemích po dvaceti letech screeningu v závislosti na jeho rozsahu poklesla incidence a mortalita o 40 – 60 %
- zvýšený výskyt je po 40. roce, vrchol mezi 45. a 55. rokem života

6.7.2. RIZIKOVÉ FAKTORY

- časně zahájení pohlavního života, více sexuálních partnerů (přenos HPV), multipary
- pohlavně přenosné choroby, virová agens (herpes viry)
- kouření
- špatná genitální hygiena
- nepříznivé socioekonomické podmínky
- otázkou zůstává dlouhodobé užívání perorální antikoncepce (starší typy preparátů)

6.7.3. PREVENCE A ČASNÁ DETEKCE

- zdravotní výchova zaměřená na sexuální chování a sexuální hygienu

6.7.4. SCREENING

- časná detekce počátečních form je výraznou příčinou redukce mortality i incidence cervikálního karcinomu
 - vyšetření je jednoduché, bezpečné a relativně laciné
 - kontroly kvality zmenšují pravděpodobnost falešně negativních a falešně pozitivních výsledků
 - příležitostný screening je výrazně méně efektivní
- Ačkoliv neexistují randomizované studie, observace a kontrolované epidemiologické studie jednoznačně prokázaly, že cervikální screening Papanicolaouovým (Pap) testem snižuje mortalitu na karcinom čípku děložního [18,19]. Riziko vzniku invazivního karcinomu je 3 – 10x vyšší u žen, které nepodstupují screening [20].

Screening by měl začít do 3 let od zahájení sexuální aktivity, ale ne později než ve věku 21 let. Screening by se měl provádět jednou ročně. U žen ve věku 30 a více let lze interval prodloužit na 2 – 3 roky, pokud byly 3 vyšetření po sobě negativní. Význam screeningu klesá u žen starších 65 let, jestliže měly cervikální cytologii opakovaně negativní.

Na základě nedávného schválení FDA lze u žen ve věku 30 a více let provádět vedle Pap testu DNA testování na vysoce rizikové typy lidského papiloma viru (HPV) v intervalu 3 roky.

6.7.5. POSTUPY V PRIMÁRNÍ PÉČI

- jako součást zdravotní výchovy ve školách a při osvětových programech objasňovat problematiku nádorů děložního čípku, včetně vlivu sexuálního chování a osobní hygieny a bariérových metod antikoncepce
- vysvětlovat význam screeningového vyšetření
- všechny ženy mezi 25. a 60. rokem by měly absolvovat pravidelnou (3 – 5 letý interval) gynekologickou prohlídku jejíž součástí je i screeningové vyšetření cytologie čípku děložního
- vytvořit systém zvaní, včetně opakovaného, ke kontrolám

7. PŘÍLOHA Č. 1

7.1. PAŘÍŽSKÁ CHARTA PROTI RAKOVINĚ (VYBRANÉ CITACE)

7.1.1. ČLÁNEK I

Práva onkologických pacientů jsou součástí lidských práv. Současná snaha stanovit a schválit práva onkologických pacientů je rozhodující pro uznání a ochranu hodnoty a důstojnosti všech postižených jednotlivců po celém světě.

7.1.2. ČLÁNEK II

Stigma spojené s rakovinou je vážnou překážkou na cestě vpřed v rozvinutých a rozvojových zemích a často způsobuje:

- Nevhodné emocionální trauma pacientů a jejich rodin,
- diskriminaci lidí s nádorovým onemocněním a zaudatost vůči jejich zaměstnávání anebo jejich smysluplnému zapojení a společenskému přínosu,
- finanční útrapy a ztrátu produktivity postižených,
- špatnou komunikaci a nedostatečné vzdělávání veřejnosti,
- nevhodný pocit osudovosti, který může nepříznivě ovlivnit závazky vlády, zdravotnických institucí a soukromých ústavů v boji proti rakovině.

Signatáři Charty se zavazují pochopit a vymýtit stigma spojené s rakovinou, definovat nemoc jako biologicky vyléčitelný patologický, nikoliv sociální stav. Pozitivní změna veřejného mínění, chápání a odstranění strachu z rakoviny, který ovlivňuje miliony lidí, umožní dosáhnout všech stanovených priorit.

7.1.3. ČLÁNEK IV

Navzdory značným pokrokům, které byly v boji proti rakovině dosaženy, se doba přežití jednotlivých pacientů dramaticky liší, a to nejen mezi různými státy a městy, ale dokonce i mezi ústavami jednoho města. Kolísání ve standardech poskytované péče a v dostupnosti kvalitní onkologické péče je hlavní příčinou těchto rozdílů, jejichž důsledkem je často zbytečná nemocnost a úmrtnost.

Účastníci znovu potvrzují článek 25 Všeobecné deklarace lidských práv, podle něhož „každý člověk má právo na takovou životní úroveň, která zajistí zdraví a blahobyt jeho samého i jeho rodiny, zejména stravu, oděv, bydlení a lékařskou péči“. Vzhledem k existenci rakoviny a jejímu vlivu na celou společnost účastníci dále prohlašují, že poskytovat kvalitní onkologickou péči je v rámci místního ekonomického kontextu základním lidským právem.

Účastníci usilují o prosazení:

- lékařské praxe založené na důkazech a jasné definici „kvalitní péče“ v souladu se všemi dostupnými důkazy,
- systematického vypracování směrnic založených na dostupných poznatcích o prevenci, diagnostice, léčbě a paliativní léčbě,
- poskytování kvalitní onkologické péče,
- výraznější onkologické specializace a lepší integraci zdravotní péče do jednotlivých lékařských oborů,
- rozšíření přístupu ke kvalitním klinickým studiím.

7.1.4. ČLÁNEK V

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace

bude do roku 2020 přibývat 20 milionů nových případů onemocnění rakovinou ročně. 70 procent všech onkologických pacientů bude žít v zemích, disponujících pouze pěti procenty světových prostředků na zvládnání této choroby. V novém miléniu budou nádorová onemocnění i nadále značně přispívat k celkové zátěži lidstva, a to i přesto, že některým druhům rakoviny lze předejít kontrolou výroby tabákových výrobků, stravování, infekcí a znečištění. Je dokázáno, že infekce, z nichž mnohým lze potenciálně předejít, způsobují 15 procent (22 procent v rozvojových zemích) všech nádorových onemocnění. Obdobně kouření působí ročně miliony nových případů onemocnění rakovinou a úmrtí, a to jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích.

Je potřeba vyvíjet veřejné strategie podporující boj proti rakovině a efektivně využívat současné znalosti a technologie pro prevenci rakoviny a zastavení lavinovitého nárůstu nemoci.

Účastníci se zavazují:

- aktivně podporovat existující preventivní programy a dále zvyšovat informovanost a prevenci rakoviny,
- využívat každé příležitosti pro zvyšování vzdělávání veřejnosti v oblasti prevence nebo odvykání kouření, změn ve stravování, zvládnání infekcí a ochrany životního prostředí,
- organizovat podporu prevence rakoviny v průmyslu za kontroly vládou.

7.1.5. ČLÁNEK VI

Nelze popřít, že včasná detekce vede u všech více než 200 druhů rakoviny k lepším výsledkům. Léčba prekanceróz je také prevencí rakoviny. Strach a neznalost příznaků a symptomů prekanceróz je obvyklým jevem, rakovina však bývá zákeřná a její odhalení může být bez náležitého screeningu složité.

Je dobře známo, že je velmi důležité včasné odhalení rakoviny u určitých rizikových skupin lidí, vzhledem k jejich životnímu stylu, prostředí, povolání a rodinné dispozici nebo socioekonomickému statutu.

Právě z faktu, že počáteční symptomy rakoviny lze splest s běžnou nemocí, vyplývá nutnost zavedení efektivního screeningu a pečlivé diagnostiky.

Metodologie screeningu rakoviny může začínat jednoduchým pozorováním, laboratorními testy a rentgenovými vyšetřeními a končit složitými vyšetřeními, která již potvrdila svou účinnost pro včasné zjištění určitých druhů rakoviny. Aby tyto screeningové programy byly efektivní, musí na ně navazovat kvalitní léčba.

Účastníci se zavazují zrychlovat vývoj a rozšiřovat využití ověřených a vznikajících screeningových technologií k prospěchu všech, kteří to potřebují, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení.

7.1.6. ČLÁNEK VII

Signatáři se zavazují posilovat postavení onkologických pacientů jako aktivních partnerů v boji proti rakovině a aktivně prosazovat následující principy:

- Všichni postižení nebo potenciálně postižení rakovinou by měli mít svobodný a rovný přístup k informacím o původu, prevenci a nejnovějších standardech detekce, diagnostiky a léčby nemoci.
- Spolupráce mezi pacienty, zdravotníky a vědci je založena na otevřené komunikaci.
- Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosoci-

ální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.

- Onkologicky nemocní lidé po celém světě mají přístup k informacím, mohou se sdružovat a prosazovat svůj vliv.
- Odborná lékařská obec, která uznává vliv a přínos dobře informované a aktivní veřejnosti, napomůže k předávání informací založených na důkazech veřejnosti, pracovníkům ve vědě i lékařské praxi.
- Výzkum, průmysl a vládní orgány budou považovat zástupce pacientů za klíčové strategické partnery ve všech aspektech boje proti rakovině, včetně zlepšování standardů péče a kvality přežívání.

7.1.7. ČLÁNEK VIII

Signatáři budou usilovat o dosažení následujících cílů:

- Zlepšit všeobecnou péči o onkologické pacienty specifickými léčebnými metodami včetně podpůrné péče.
- Na politické a lékařské úrovni uznat význam kvality života pacientů, bez ohledu na stadium nemoci a prognózu. Uznat optimální podpůrnou péči o onkologické pacienty, zvláště v těch případech, kdy nelze dosáhnout vyléčení.
- Považovat kvalitu života za rozhodující faktor ve vývoji nových léků a v péči o pacienta.
- Neustále aktivně vyvíjet nové vědecké nástroje pro zhodnocení kvality života v nemocničním prostředí.
- Podporovat intenzivní vzdělávání zdravotníků a onkologických pacientů, týkající se potřeby a možnosti efektivního zvládnutí bolesti ve všech stadiích nemoci a léčby. Bolest hluboce ovlivňuje kvalitu života a často bývá podceňována a nedostatečně léčena i v případech, kdy může být náležitě zvládnuta.
- Snažit se o lepší pochopení a změnu postojů k otázkám smrti a umírání. Usilovat o to, aby konec života byl chápán jako přirozená zkušenost, na kterou by se mělo pohlížet z lékařského, psychologického, emocionálního a duchovního hlediska. Optimální lékařská péče o umírajícího pacienta musí být efektivní, humánní a soucitná.

7.1.8. ČLÁNEK IX

Vzhledem k velkým rozdílům v dostupnosti prostředků a epidemiologii ve světě signatáři souhlasí s tím, že jednotlivé země musí vytvořit co nejefektivnější národní strategie boje proti rakovině podle vlastních potřeb. Některé země se mohou v první řadě zabývat druhy rakoviny, které jsou léčitelné nebo kterým lze předejít, vzdělávacími programy a určitými druhy léčby. Jiné země by se mohly zabývat otázkami imunity jako součásti všeobecné strategie zvládnutí nemoci nebo aktivněji podporovat použití adjuvantní chemoterapie, zvyšující dobu přežití. Tyto potřeby a možnosti definovala SZO, která usiluje o vytvoření globální strategie pro zvládnutí rakoviny.

Je jasné, že kritické zhodnocení potřeb, správné plánování a stanovení priorit může bez ohledu na ekonomické podmínky smysluplně snížit nepříznivý vývoj nádorových onemocnění v rozvinutých i rozvojových zemích.

Signatáři se zavazují aktivně podporovat koncepci národního protinádorového plánování v souladu s místními potřebami a prostředky.

8. PŘÍLOHA Č. 2

V podmínkách České republiky vznikl z iniciativy České onkologické společnosti ČLS JEP Národní onkologický program České republiky

Obrázek 1: Národní onkologický program

Národní onkologický program České republiky

Cíle
 Snížení incidence a mortality nádorových onemocnění.
 Zlepšení kvality života onkologicky nemocných.
 Racionalizace nákladů na diagnostiku i léčbu nádorových onemocnění v ČR.

Strategie
 Boj se zhoubnými nádory jako součást celospolečenské i regionální politické agendy.
 Boj se zhoubnými nádory jako životní výzva lékařů i odborné veřejnosti.
 Mezinárodní kooperace a harmonizace v rámci partnerských struktur EU a WHO.
 Trvalá udržitelnost programu boje s rakovinou kontrolou nákladů.
 Stanovení a průběžná vyhodnocování indikátorů, výstupů (output) a výsledků (outcome).
 fungování a účinnost NOP. Kvalitativní komentář k plnění, připadně revize a doplnění.

Úkoly

- 1) Na školách odborná podpora výuky prevence nádorů. Na veřejnosti popularizace primární prevence nádorů, snížit zejména kouření mládeže a žen. Působit kladným vlivem ve výživě a v životním stylu.
- 2) Zajistit dlouhodobé fungování a audit programu pro screening karcinomu prsu, karcinomu ledve děložního a karcinomu kolorekta. Vyhodnocovat účinnost úlo paraskríningových systémů v populaci.
- 3) Zlepšit časovou diagnostiku zhoubných nádorů, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři. Inovovat náplň preventivních prohlídek, integrujících nálezy onkologických, kardiovasculárních a metabolických onemocnění.
- 4) Pojmenovat síť center komplexní diagnosticko-léčební onkologické péče, akreditovaných ČOS na principu čtyř kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebecvaluace a komunikace. Vytvořit Radu onkologů České republiky jako nástroj pro koordinaci práce.
- 5) Promovat klíčové úlohy polské populace zdravotněvých onkologických službami a přístupu k informacím o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění.
- 6) Zajistit ukončení a stabilizační režim pro paliativní a terminální péči. Podpořit domácí péči. sledovat stav kvality života a léčby bojeví nemocných s praktickými zhoubnými nádory.
- 7) Podpora kontinuity, stability, modernizace a praktického využití datového Národního onkologického registru ČR pro řízení prevence i diagnosticko-léčebnou péči v onkologii.
- 8) Podpora aplikovaného onkologického výzkumu a inovací. Zavedení principů HTA (Health technology assessment) v onkologii. Podpora vzdělávání v onkologii.

Za výbor České onkologické společnosti ČLS JEP
Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Příloha specializačního a pracovního plánu Národního onkologického programu České republiky
 Ministerstvo onkologických věd
 Fedthaubel
 000 00 000, 0000 0000 0

Název instituce / organizace Datum 28. 4. 2017

Registrační číslo onkologického programu ČLS JEP

9. PŘÍLOHA Č. 3

Tab. č. 1: Podíl nádorové mortality přisuzované specifickým rizikovým faktorům nebo skupině faktorů (v rozvinutých zemích)

Faktor	Podíl na nádorové mortalitě
Tabák	30
Strava a výživa včetně obezity	35
Alkohol	5
Nízká pohybová aktivita	5
Infekce	5
Profesionální expozice	3
Reprodukční faktory	3
Ionizující a UV záření	2
Znečištění životního prostředí	2
Lékařské procedury	1

** Zde je vyjádřen pouze přímý efekt, bez příspěvku k obezitě.*

10. PŘÍLOHA Č. 4

Tab. č. 2: Věkově specifická rizika nádorových onemocnění u žen
Údaje Národního onkologického registru 1998 (ÚZIS 2001)

Ženy	věk:	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
		ri 16	ri 45	ri 113	ri 167	ri 215	ri 320	ri 464
údaje v %		risk 1	risk 3x	risk 7x	risk 10x	risk 13x	risk 20x	risk 30x
nádory kůže		8	11	8	11	14	17	17
nádory prsu			2	2	7	15	25	26
nádory hrdla dělohy			45	68	57	45	25	13
nádory děložního těla				1	2	4	5	
nádory vaječníků	5	5	5	1	5	4	6	7
nádory plic						1	2	3
nádory kolorekta	5	2	2	2	2	3	4	7
nádory jícnu – žaludku			1	1	1	1	2	
nádory slinivky					1		1	1
nádory žluč. cest							1	1
nádory jater							1	1
nádory ledvin						1	1	3
nádory močového měchýře						1	1	1
nádory krve a uzlin	37	15	6	4	4	4	4	3
nádory štítné žlázy	8	4	4	3	2	2	2	3
nádory orofaciální								1
nádory ORL								1
nádory mozku	5	6	1	2	2	2	1	1
jistota po vyšetřeních*		68	90	92	94	95	96	96
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 a více
		ri 615	ri 791	ri 1064	ri 1413	ri 1765	ri 2155	ri 2748
		ai 2397	ai 2331	ai 2610	ai 3738	ai 4403	ai 3971	ai 2355
		risk 40x	risk 50x	risk 70x	risk 90x	risk 110x	risk 130x	risk 150x
nádory kůže		17	19	18	21	25	27	26
nádory prsu		26	22	18	17	14	12	11
nádory hrdla dělohy		8	5	4	3	2	2	1
nádory děložního těla		8	9	9	8	6	5	2
nádory vaječníků	6	5	5	4	3	3	3	2
nádory plic	5	6	6	5	5	5	4	4
nádory kolorekta	8	11	11	13	13	14	14	15
nádory jícnu – žaludku	2	2	3	2	3	4	4	7
nádory slinivky	2	2	3	3	4	4	4	4
nádory žluč. cest	1	1	3	3	3	4	4	5
nádory jater	1	1	1	1	1	2	2	2
nádory ledvin	3	3	4	3	4	3	3	2
nádory močového měchýře	1	1	2	2	2	2	2	2
nádory krve a uzlin	3	3	4	5	4	5	5	5
nádory štítné žlázy	2	1	1	1	1	1	1	1
nádory orofaciální	1	1	1	1	1	1	1	1
nádory ORL	1	1	1	1	1	1	1	1
nádory mozku	1	1	1	1	1	1	1	1
jistota po vyšetřeních*		96	94	95	94	93	95	92

Tab. č. 3: Věkově specifická rizika nádorových onemocnění u mužů
Údaje Národního onkologického registru 1998 (ÚZIS 2001)

Muži	věk:	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
		ri 21	ri 32	ri 46	ri 58	ri 89	ri 170	ri 352
		ai 81	ai 147	ai 177	ai 207	ai 290	ai 646	ai 1422
údaje v %		risk 1	risk 1,5x	risk 2x	risk 2,5x	risk 4x	risk 8x	risk 16x
nádory kůže			13	12	23	24	22	19
nádory plic			1	3	2	8	10	16
nádory kolorekta			3	5	6	8	10	12
nádory prostaty							1	1
nádory varlat	19	29	38	25	21	5	2	
nádory jícnu – žaludku					3	4	6	7
nádory slinivky						1	2	4
nádory žluč. cest								
nádory jater					1		1	2
nádory ledvin			1	1	1	5	7	7
nádory močového měchýře			1	2	2	2	3	4
nádory krve a uzlin	42	25	18	12	9	10	6	
nádory štítné žlázy				2	2	2	1	1
nádory orofaciální					1	4	5	5
nádory ORL						2	4	6
nádory mozku	11	11	6	6	4	3	2	
jistota po vyšetřeních*	72	84	87	84	94	90	94	
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 a více
		ri 651	ri 1087	ri 1607	ri 2423	ri 3223	ri 3917	ri 4687
		ai 2442	ai 2949	ai 3358	ai 4939	ai 5215	ai 4000	ai 1492
		risk 32x	risk 50x	risk 75x	risk 115x	risk 150x	risk 190x	risk 220x
nádory kůže		18	17	19	21	22	24	30
nádory plic		20	23	21	19	16	13	8
nádory kolorekta		14	15	14	15	15	15	15
nádory prostaty		2	4	8	11	14	15	15
nádory varlat		1						
nádory jícnu – žaludku	6	5	5	5	4	5	7	
nádory slinivky	3	3	3	3	3	3	3	
nádory žluč. cest	1	1	1	1	1	1	2	
nádory jater	2	2	1	2	2	2	1	
nádory ledvin	7	6	7	5	4	4	4	
nádory močového měchýře	4	5	5	5	6	5	5	
nádory krve a uzlin	5	5	5	4	4	4	5	
nádory štítné žlázy	1							
nádory orofaciální	4	3	2	1	1	1	1	
nádory ORL	5	4	2	1	1	1		
nádory mozku	2	1	1	1	1	1		
jistota po vyšetřeních*	95	94	94	94	94	94	94	96

Tab. č. 4: Statistická míra jistoty o nepřítomnosti nádorového onemocnění po orgánově zaměřených preventivních vyšetřeních dospělých žen (bez věkové specifikace)

	* Jistota po neg. vyš. v %	Kumulativní jistota (%)	Dostupnost
Bez vyšetření	0	0	
Podrobné vyšetření kůže (pohledem)	21,2	21,2	
Vyšetření prsu (pohmatem a mamografií, dle potřeby ultrazvukem)	15,9	37,1	
Gynekologická vyšetření			A
• vulvy a vagíny	0,8	37,9	
• čípku děložního (kolposkopie, cytologie)	3,7	41,6	
• těla děložního (ultrazvuk, dle potřeby abraze)	5,7	47,3	
• vaječníků (ultrazvuk a CA125)	4,2	51,2	
Vyšetření tlustého střeva a konečníku (Haemucult, kolonoskopie, event. CEA a CA19-9)	10,9	62,4	
Vyšetření plic (rtg, dle potřeby CT)	4,4	66,8	
Vyšetření krve a mizních uzlin (uzliny pohmatem, rtg hrudníku, vyšetření krve)			
Vyšetření štítné žlázy (pohmat, ultrazvuk)	1,2	72,7	
Vyšetření dutiny ústní (pohledem)	0,2	72,9	
Vyšetření jater a podjaterní krajiny (ultrazvuk, AFP, CEA)	3,5	76,4	B
Vyšetření ledvin – ultrazvuk	3,2	79,6	
Vyšetření slinivky břišní (ultrazvuk, CEA a CA19-9)	2,7	82,3	
Vyšetření jícnu a žaludku (gastroskopie)	3,0	85,3	
Vyšetření močového měchýře (vyšetření moč. sedimentu, cystoskopie)	1,8	87,1	C
Vyšetření hltanu a hrtanu (ORL)	0,3	88,5	

Poznámka: Proporce jsou stanoveny na základě dat NOR 1998 (ÚZIS 2001)

Tab. č. 5: Statistická míra jistoty o nepřítomnosti nádorového onemocnění po orgánově zaměřených preventivních vyšetřeních dospělých mužů (bez věkové specifikace)

	* Jistota po neg. vyš. v %	Kumulativní jistota (%)	Dostupnost
Bez vyšetření	0	0	
Podrobné vyšetření kůže (pohledem)	21,3	21,3	
Vyšetření plic (rtg, dle potřeby CT)	16,3	37,6	
Vyšetření tlustého střeva a konečníku (Haemucult, kolonoskopie, event. CEA a CA19-9)	14,2	51,8	A
Vyšetření prostaty (pohmat, PSA, ultrazvuk)	9,7	61,5	
Vyšetření krve a mizních uzlin (uzliny pohmatem, rtg hrudníku, vyšetření krve)	5,4	66,9	
Vyšetření dutiny ústní (pohledem)	1,3	68,2	
Vyšetření štítné žlázy (pohmat, ultrazvuk)	0,3	68,5	
Vyšetření prsu u muže (pohmatem + ultrazvukem)	0,1	68,6	
Vyšetření ledvin – ultrazvuk	4,8	73,4	
Vyšetření jater a podjaterní krajiny (ultrazvuk, AFP, CEA)	2,9	76,3	B
Vyšetření slinivky břišní (ultrazvuk, CEA a CA19-9)	2,7	79,0	
Vyšetření jícnu a žaludku (gastroskopie)	5,0	84,0	
Vyšetření močového měchýře (vyšetření moč. sedimentu, cystoskopie)	4,9	88,9	C
Vyšetření hltanu a hrtanu (ORL)	1,5	90,4	
Vyšetření mozku	1,2	91,6	

Poznámka: Proporce jsou stanoveny na základě dat NOR 1998 (ÚZIS 2001)

Vysvětlivky k tab. 4 a 5:

Dostupnost:

- **Kategorie A:** vyšetření dostupná již v současné legislativě jako součást preventivních prohlídek, hrazená pojišťovnami jsou jen ve vymezených věkových kategoriích
- **Kategorie B:** vyšetření v prevenci pojišťovnami nehrazená, k úhradě klientem
- **Kategorie C:** vyšetření, která jsou obvykle indikována až na podkladě příznaků, pak i hrazená v rámci diagnosticko–léčebné péče, pozn.: uvedená kategorizace je stavem v ČR k 31. 8. 2002

* **Jistotou po negativním vyšetření** je míněna statisticky určená procentuální hodnota, která udává, o kolik snižuje dané vyšetření pravděpodobnost přítomnosti nádorového onemocnění. Bez jakéhokoli vyšetření je takováto jistota 0 %, po absolvování všech proveditelných vyšetření dosahuje 90 – 95 %, teoreticky až 100 % – stoprocentní jistoty však nelze v praxi dosáhnout. Každé provedené vyšetření jednotlivého orgánu však přispívá určitou hodnotou, která odráží pravděpodobnost výskytu zhoubného nádoru v tomto orgánu v dané věkové kategorii. Je-li vyšetření negativní, pak se o tuto pravděpodobnostní hodnotu zvyšuje jistota, že orgán není nádorem postižen a součet těchto jistot po jednotlivých vyšetřeních udává celkovou kumulativní jistotu, že vyšetřený netrpí nádorovým onemocněním.

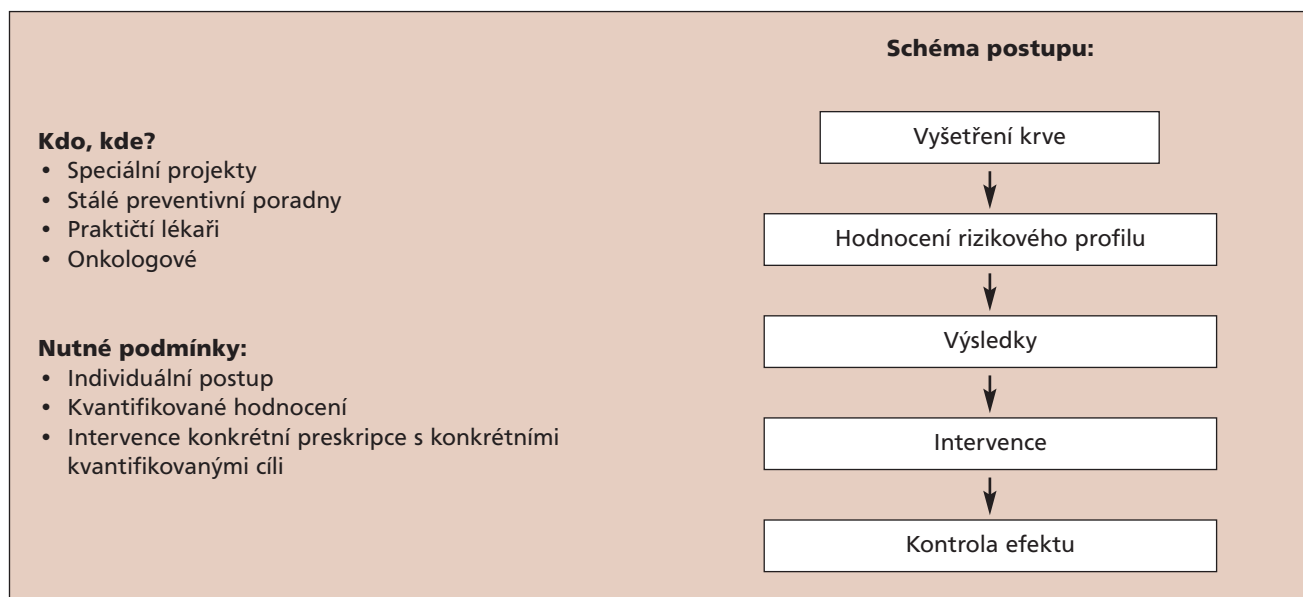
11. PŘÍLOHA Č. 5

Tab. č. 6: Role zdravotní sestry v primární prevenci

<ul style="list-style-type: none"> • výhody: úzký kontakt s pacientem a jeho rodinou; důvěrná znalost prostředí, ve kterém žije
<ul style="list-style-type: none"> • edukace klientů a jejich rodinných příslušníků o rizicích a možnostech jejich omezování <ul style="list-style-type: none"> – kouření – nevyvážená strava – alkohol, jiná toxikomanie – tělesná hmotnost – nedostatečná pohybová aktivita – stres – sluneční záření – rizikové sexuální chování – expozice karcinogenům v zaměstnání
<ul style="list-style-type: none"> • spoluúčast na instrukcích ohledně samovyšetřování <ul style="list-style-type: none"> – prsy – kůže – ústní dutina
<ul style="list-style-type: none"> • informace a poučení o screeningových vyšetřeních <ul style="list-style-type: none"> – vyšetření stolice na OK – mamografické vyšetření – scr. vyš. v rámci gynekologického vyšetření
<ul style="list-style-type: none"> • vysvětlování zásad zdravého životního stylu
<ul style="list-style-type: none"> • administrativní činnost (zvaní k preventivním a dispensárním prohlídkám, sledování termínů, vydávání vhodného informačního materiálu)

12. PŘÍLOHA Č. 6

Schema 1: Implementace primární prevence na individuální úrovni



13. LITERATURA

Literatura

1. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1445-1457.
2. Anonymous. Mammographic screening in asymptomatic women aged 40 years or older. Council on Scientific Affairs. *JAMA* 1989;261:2535-2542.
3. National Institute of Health Consensus Development Statement 1997. *Breast Cancer Screening for Women Ages 40-49*. Bethesda, MD, 1997.
4. Calvert P, Frucht H. The genetics of colon cancer. *Ann Int Med* 2002;137:603-612.
5. Winawer SJ, Flehinger BJ, Schottenfeld D, et al. Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:1311-1318.
6. Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening form fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993;358:1365-1371.
7. Ederer F, Church TR, Mandel JS. Fecal occult blood screening in the Minnesota study: Role of chance detection of lesions. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1423-1428.
8. Herrinton LJ, Selby JV, Friedman GD, et al. Case-control study of digital-rectal screening in relation to mortality from cancer of the distal rectum. *Am J Epidemiol* 1995;142:961-964.
9. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, et al. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992;326:653-657.
10. Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, et al. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992;84:1572-1575.
11. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:917-929.
12. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et al. Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. *JAMA* 1993;270:948-954.
13. Mashberg A, Barsa P. Screening for oral and oropharyngeal squamous carcinomas. *CA Cancer J Clin* 1984;34:262-268.
14. Kl MacKie RM, Hole D. Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma. *BMJ* 1992;304:1012-1015.
15. Berwick M, Begg CB, Fine JA, et al. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:17-23.
16. Balch CM, Soong SJ, Milton GW, et al. Changing trends in cutaneous melanoma over a quarter century in Alabama, USA, and New South Wales, Australia. *Cancer* 1983;52:1748-1753.
17. Kubik A, Parkin DM, Khlát M, et al. Lack of benefit from semi-annual screening for cancer of the lung: follow-up report of a randomized controlled trial on a population of high-risk males in Czechoslovakia. *Int J Cancer* 1990;45:26-33.
18. Christopherson WM, Lundin FE Jr, Mendez WM, et al. Cervical cancer control: a study of morbidity and mortality trends over a twenty-one-year period. *Cancer* 1976;38:1357-1366.
19. Benedet JL, Anderson GH, Maticic JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1254-1259.
20. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol* 1992;21:1050-1056.
21. Kolektiv autorů, *Manuál prevence a časná detekce nádoro-*

vých onemocnění, MOÚ Brno, 2002

22. Kolektiv autorů, *Onkologická rizika, MOÚ Brno, 2001*
23. Kolektiv autorů, *Metody a postupy v poradnách podpory zdraví, SZÚ Praha 2001*
24. Skála B., *Možnosti prevence a screeningu nádorových onemocnění v praxi praktického lékaře, Doktorská disertační práce, UP Olomouc, 2003*

Významné americké standardy pro screening

National Cancer Institute

<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/screening>

National Comprehensive Cancer Network

<http://www.nccn.org/>

odkazy v ČR

www.mou.cz

www.prevencenadoru.cz

www.szuz.cz

www.svl.cz

www.linkos.cz

POZNÁMKY



POZNÁMKY

Tisk podpořen společností
ZENTIVA

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-86998-02-9

