



screening  
kolorektálního  
karcinomu

# ZASTAVME KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Sborník abstraktů



## OBEČNÁ SEKCE

---

**prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.**

*Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha  
1. místopředseda České gastroenterologické společnosti ČLS JEP  
předseda Komise pro screening kolorektálního karcinomu MZd ČR  
člen Rady pro screening kolorektálního karcinomu MZd ČR*

*Prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. je přednostou Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN v Praze a 1. místopředsedou České gastroenterologické společnosti. Je vedoucím autorem více než 60 publikací na téma digestivní endoskopie, kolorektální karcinom, pankreatologie a postgraduálního výcviku v oboru gastroenterologie. Od roku 1997 působil, eventuálně působí v pěti výzkumných grantech přidělených IGA MZd ČR jako hlavní řešitel. Je držitelem výroční ceny ESGE za rok 1999 za organizaci osvětové kampaně sekundární prevence kolorektálního karcinomu v České republice.*

### **Nová podoba screeningu kolorektálního karcinomu v ČR**

Česká Republika (ČR) zaujímá vedoucí postavení ve světových statistikách incidence a mortality kolorektálního karcinomu (KRK). Každý rok onemocní tímto zhoubným onemocněním téměř 8 000 osob a přibližně 5 000 jich zemře.

Ve druhé polovině roku 2000 byl v ČR zahájen populační screening KRK (Národní program screeningu KRK), jehož cílem je zvýšení časnosti záchytu zhoubných nádorů kolorekta a tzv. pokročilého adenomu (velikost > 10mm, tubulovilózní nebo vilózní charakter polypu a/nebo přítomnost dysplastických změn vysokého stupně) a dále zvýšení podílu časných stadií KRK na úkor stadií pokročilých, což povede ke snížení úmrtnosti a incidence na toto onemocnění. Dalším cílem je redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stadií onemocnění a jiných chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.

Vstupní metodou screeningu je test na okultní krvácení do stolice (TOKS) prováděný ve dvouletém intervalu u asymptomatických jedinců starších 50 let jako součást preventivní prohlídky u praktického lékaře. V případě positivity tohoto testu je indikováno kolonoskopické vyšetření.

Monitorace a evaluace programu byla do roku 2005 prováděna na základě agregovaných (souhrnných) dat. Během tohoto období bylo provedeno 977 973 TOKS, diagnostikováno 2 797 (0,29 %) karcinomů a odstraněno 19 257 (1,97 %) adenomů.

V roce 2006 byla zahájena pilotní studie založená na on-line sběru individuálních dat (vázaných na rodné číslo vyšetřovaných osob), na kterém se podílí většina endoskopických pracovišť z celé ČR. Do systému jsou zadávána data o kolonoskopických vyšetření indikovaných na základě pozitivního TOKS. Mezi sledovaná data patří demografické ukazatele (věk, pohlaví, místo bydliště, zdravotní pojišťovna), podrobnosti o TOKS (datum vyšetření, jméno a identifikační číslo lékaře, který test indikoval) a kolonoskopii (datum, jméno endoskopisty, neúplná či totální kolonoskopie, komplikace a makroskopický nález). V případě diagnózy adenomu se doplňuje počet, velikost a histologická charakteristika. Při nálezu karcinomu se kromě histologického vyšetření uvádí i předoperační staging. Všechny tyto informace jsou vkládány do předdefinovaných formulářů na webových stránkách ([www.crca.registry.cz](http://www.crca.registry.cz)) a zakódované odesílány do centrální databáze, kde jsou dále zpracovávány, validovány a archivovány.

V letech 2006–2008 bylo provedeno 17 813 kolonoskopií z indikace pozitivního TOKS, karcinom byl diagnostikován u 1 047 (5,9%) pacientů a endoskopicky bylo odstraněno 5 362 (30,1%) adenomů.

Počátkem roku 2009 dochází k úpravě programu zavedením screeningové kolonoskopie. I nadále je zaměřen na asymptomatické jedince. Těm bude ve věku od 50 do 54 let nabídnut TOKS v jednoročním intervalu, který bude v případě positivity následován kolonoskopickým vyšetřením. Od věku 55 let se zavádí možnost volby a to buď opakovaný TOKS ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu deseti let zopakována.

Screening KRK má v ČR dlouholetou tradici. Nicméně i nadále je nutné pracovat na kontinuálním vylepšování organizace programu a zejména na zvýšení zájmu cílové populace. Jedním z kroků k uskutečnění tohoto cíle je zahájení nového designu programu.

## doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

*Ústav všeobecného lékařství I.LF UK v Praze  
vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP  
člen Rady pro screening kolorektálního karcinomu MZd ČR  
člen Komise pro screening kolorektálního karcinomu MZd ČR*

*Přednáší a publikuje doma i v zahraničí na témata z oblasti teorie oboru všeobecné lékařství, kvality poskytované péče a gastroenterologie. Je vědeckým sekretářem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a členem výborů mezinárodních organizací a společností praktických/rodinných lékařů. Je členem Rady a posléze Komise pro screening kolorektálního karcinomu od jejího vzniku. V roce 2009 habilitoval a byl jmenován přednostou Ústavu všeobecného lékařství I.LF UK..*

## Screening kolorektálního karcinomu v ČR v roce 2009

V programu screeningu kolorektálního karcinomu došlo v roce 2009 k zásadním změnám:

- U osob ve věku od 50 do 54 test 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, ale bude možné použít testy imunochemické.
- Výkon TOKS budou moci účtovat pojišťovněm kromě praktických lékařů i gynekologové.

V závěru roku 2008 byl připraven Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR obsahující **Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice**. Po 8 letech trvání screeningového programu se tak zásadním způsobem mění jeho organizace a některé dílčí aspekty.

Východiskem návrhu změn byl především fakt, že výsledky národního programu screeningu KRCa založeném na TOKS a prováděném 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.

**Primární screeningová kolonoskopie (PSK)**, nově zavedená metoda do screeningu KRCa v ČR, sice nemá mortalitní data a studie cost/benefit, ale mezi odborníky existuje všeobecný konsensus, 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 (0,9%) a dvacet tisíc adenomů (1,97%).

Česká republika disponuje dostatečnou kapacitou gastroenterologických pracovišť, dobře vybavených, splňujících vysoké nároky na kvalitu PSK, na kterých 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.

Je otázkou, zda zavedení možnosti zvolit PSK v 55 letech pomůže zvýšit účast ve screeningu. Ani kolonoskopie není stoprocentní metodou a nese s sebou, byť velmi nízké, riziko 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 promile) a v 61 případech (4,0 promile) 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 kolonoskopické části programu a tato data v průběhu roku pečlivě sledovat; např. čekací doby, úplnost kolonoskopií, komplikace, záchyt patologií, počet následných kolonoskopií po PSK, vzájemné poskytování informací ke koordinaci screeningu, atd. S tím vším nový program počítá.

### **Zrušení omezení na guajakové testy**

Již několik let narůstají důkazy, podporující výměnu guajakových testů na okultní krvácení do stolice (g-TOKS) za imunochemické (I-TOKS). Imunochemické testy jsou kvalitativní a kvantitativní. Vykazují vyšší senzitivitu než guajakové testy a přitom přiměřenou specificitu.

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.

### **TOKS prováděný gynekology**

V novém programu vydávají a hodnotí TOKS i ambulantní gynekologové. Doufejme, že gynekologové přispějí ke zvýšení účasti žen ve screeningu. Ve skutečnosti bychom ovšem daleko více potřebovali pomoc u mužů.

## **Jak zvýšit účast ve screeningu**

Je mnoho příčin na straně cílové populace, které limitují účast ve screeningu. Některé bariéry lze ovlivnit mediální kampaní, poskytnutím informací nebo např. změnou screeningového programu.

Z analýzy příčin nízké účasti osob ve screeningu na straně praktických lékařů vyplývají: pracovní přetíženost lékařů, nedostatek času v ordinaci, vyhoření nebo frustrace z preventivní činnosti, 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, resistance k novým medicínským výzvám, ignorance. V praxi se ukazuje, že vzdělanější lékaři a ti, kteří ve svých ordinacích docílují vyšší úrovně organizace činností, dosahují také vyšší účasti osob ve screeningu.

## **prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.**

*Masarykův onkologický ústav, Brno  
předseda České onkologické společnosti ČLS JEP*

*Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc. je v současné době ředitelem Masarykova onkologického ústavu a předsedou České onkologické společnosti. V roce 1996 byl jmenován profesorem na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity, v letech 1997–2003 byl také jejím děkanem. Zabývá se klinickou onkologií, nežádoucími účinky chemoterapie, podpůrnou léčbou v onkologii a paliativní medicínou. Je členem domácích i mezinárodních odborných lékařských společností. V roce 2007 mu byla prezidentem ČR udělena Medaile za zásluhy o stát v oblasti vědy II. stupně.*

## **Potřebujeme spolupráci lékařů aneb včasná diagnostika není pouze screening**

Česká onkologická společnost ČLS JEP buduje informační systém, který kombinací populačního Národního onkologického registru (NOR) a klinických databází pokrývá hlavní oblasti hodnocení léčebné péče: monitoring populační zátěže, predikce počtu pacientů, výsledky diagnostiky a léčby. Prezentovaná data dokládají dlouhodobě stabilizovanou mortalitu při neustále rostoucí incidenci u všech nejčastějších maligních diagnóz, včetně kolorektálního karcinomu. Důsledkem tohoto vývoje je prudký nárůst prevalence onemocnění a tedy léčebné zátěže pro všechny regiony ČR. V roce 2006 žilo v ČR více než 380 000 pacientů s dříve diagnostikovaným nádorovým onemocněním, jen prevalence kolorektálního karcinomu byla vyšší než 42 000. V roce 2010 očekáváme prevalenci kolorektálního karcinomu vyšší než 51 000 osob. Tyto údaje jednoznačně ukazují na nutnost posílení všech

typů preventivních programů a programů směřujících k časnému zachytu onemocnění, samozřejmě včetně organizovaného screeningu. Prezentace představí strategii a hlavní kroky, které v této oblasti podniká Česká onkologická společnost ČLS JEP. Diskutována bude také rozumná míra centralizace péče, která ovšem nesmí kompetičně snižovat roli regionálních pracovišť zapojených do dispenzární péče o onkologické pacienty.

## **doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.**

*Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity, Brno*

*Doc. Ladislav Dušek je ředitelem Institutu biostatistiky a analýz. Zabývá se analýzou a statistickým zpracováním biologických a medicínských dat, především z oblasti onkologie. Je úspěšným řešitelem mnoha národních i mezinárodních projektů a jedním z autorů internetového portálu pro vizualizaci onkologických dat SVOD ([www.svod.cz](http://www.svod.cz)).*

## **Kolorektální karcinom v ČR – reálný obraz v datech**

Prezentace představí nejnovější údaje o zátěži české populace kolorektálním karcinomem, především na základě dat Národního onkologického registru ČR (data dostupná za období 1976–2006). Data dokládají vysokou zátěž české populace, ročně je v ČR nově diagnostikováno 7900–8100 pacientů s kolorektálním karcinomem a 4300–4500 pacientů na něj zemře. Prevalence dosáhla v roce 2006 hodnoty 42 341 osob a ve srovnání s rokem 1995 tak vzrostla o 91 %. Česká populace se takto řadí na přední místa v celosvětovém srovnání. V ČR je nadto více než 50 % nových pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikováno v klinickém stadiu III nebo vyšším, což významně zhoršuje dosažitelné výsledky léčby. Je nepochybné, že péče o vysoké počty pacientů bude i v blízké budoucnosti vyžadovat velké finanční prostředky. Prezentace dokládá, že i přes rostoucí incidenci kolorektálního karcinomu se však daří dlouhodobě stabilizovat mortalitu a pravděpodobnost pětiletého přežití pacientů s touto diagnózou se za posledních 15 let významně zvýšila. Dostupná data umožňují posoudit léčebnou zátěž v regionech i výsledky péče u všech modalit protinádorové terapie.