

# Screening karcinomu děložního hrdla se v České republice výrazně zlepšil

*O současném stavu a budoucnosti screeningu karcinomu děložního hrdla v České republice i ve srovnání s ostatními zeměmi Evropy, o iniciativě EU-TOPIA a přínosu screeningových programů jsme hovořili s MUDr. Vladimírem Dvořákem, Ph.D., předsedou ČGPS ČSL JEP a SSG ČR.*

## **Podstatnou složkou gynekologické péče je screening karcinomu děložního hrdla. Jaké jsou jeho aktuální výsledky?**

Po mnohaletém setrvalém tristním stavu, kdy incidence tohoto preventabilního novotvaru byla v České republice jednou z nejvyšších v Evropě, kolísala kolem 20 nově diagnostikovaných případů na 100 000 žen, vidíme v posledních letech výraznější pokles incidence i mortality. Hlavními příčinami zlepšení je redukce počtu a výrazné zvýšení kvality cytologických laboratoří a podstatný nárůst procenta žen, které se screeningu účastní. Hlavním současným problémem je dostat do screeningu rezistentní část ženské populace, která nereaguje ani na opakované adresné zvaní plátcí zdravotní péče a u které je diagnostikováno velké procento pokročilých nádorů.

## **Jste pravidelným účastníkem setkání platformy EU-TOPIA. Můžete přiblížit, jaký má tato platforma cíl?**

Významné procento celkové úmrtnosti na onkologická onemocnění tvoří tři typy, které přímo či nepřímo řeší v České republice lékaři oboru gynekologie a porodnictví – karcinom děložního hrdla, karcinom prsu a kolorektální karcinom. I když se metody k časné detekci těchto život ohrožujících onemocnění nebo jejich prekursorů zkvalitňují, stále přetrvává významná nerovnost v zatížení těmito onemocněními napříč Evropou. Cílem iniciativy EU-TOPIA je zlepšit kvalitu screeningových programů v celé Evropě.

## **O čem konkrétně se na setkáních jedná?**

Různé země prezentují svá data a dále se modeluje, jak by se jednotlivé screeningové programy chovaly, kdyby se určité vstupy změnily – ať už pokrytí populace, screeningový interval, věková kohorta, pro kterou daný screening je, nebo samotná screeningová metoda. Z toho pak matematicky vyjde potřebný počet screeningových testů a také potřebný počet následných vyšetření, jakými jsou kolposkopie, kolonoskopie nebo biopsie prsu.

Dále se počítá, kolik by bylo diagnostikováno karcinomů, kolik lidí by na ně zemřelo, případně se určuje redukce incidence a mortality na karcinom. Výpočtů lze rovněž využít ke kalkulaci ekonomického dopadu změny současného stavu pro konkrétní země.

## **Mění se v současné době screeningové programy v Evropě?**

Jak kde. V některých zemích přecházejí u screeningu karcinomu děložního hrdla z onkologické cytologie na HPV testaci. Výsledky z klinických studií vypadají slibně, ale populační data ze screeningu založená na HPV testaci a dlouhodobé výsledky nemáme, pro-



tože žádný stát neprovádí tento typ vyšetření dostatečně dlouhou dobu. V případě karcinomu prsu uvažuje většina zemí o posunutí startu screeningu na 45. rok věku, ale to už v Česku dávno máme. U kolorektálního karcinomu zvažují přechod z guajakového testu na modernější metody, které u nás také již delší dobu využíváme.

## **Týká se přechod na HPV testaci v rámci screeningu karcinomu děložního hrdla i České republiky?**

Je beze vší pochyby, že současný roční screeningový interval je dlouhodobě zejména z ekonomických důvodů neudržitelný. I z tohoto důvodu analyzujeme možný přechod od cervikovaginální cytologie k HPV testaci u žen starších 30 let, případně 35 let. Předběžné výsledky studie, která v současné době v České republice probíhá, jsou velice slibné, ale je nutné provést důkladnou analýzu včetně finančního dopadu a možných komunikačních problémů se skupinou, která bude mít pozitivní screeningový test. Ale donutit tu část populace, kterou bychom potřebovali vyšetřit, jít na screening, není bez zásadní podpory státu a pojišťoven možné. Zásadní snížení incidence či mortality nelze tedy po změně screeningového intervalu či testu očekávat.

## **V čem je náš systém screeningu dobře nastaven, a kde jsou naopak mezery?**

Datový audit všech tří screeningových programů zabezpečuje ÚZIS, lze jej označit za jeden z nejpracovanějších na světě. Účast ve screeningu je bezplatná, participaci na screeningu tedy nebrání žádné cílové skupině ekonomické důvody. Screeningové intervaly jsou srovnatelné s Evropou, někdy i častější. Problémem je pokrytí rezistentní populace, tedy jak ji přimět k účasti na screeningu.

Dalším problémem je to, že nemáme data individuálních pacientů, tak jak to funguje například ve Skandinávii nebo ve Slovinsku. Také neexistuje kontrola kvality následující péče, tedy sledování managementu jedinců s pozitivním screeningovým testem, zejména u screeningu karcinomu děložního hrdla. U tohoto screeningového programu rovněž velmi postrádáme registr prekanceróz.

**Zaznělo na setkání iniciativy EU-TOPIA něco, co by vás inspirovalo a bylo i u nás realizovatelné?**

Vedle relevantních názorů bohužel zazněla i spousta teoretických frází. Mám dojem, že se v rámci Evropy pohybujeme na špičce, když si zástupci různých zemí usilují o něco, co u nás už máme. Doufáme, že do tohoto systému nebude nikdo zasahovat bez nepochybnitelných důvodů, že udržíme adresné zvaní a že vznikne registr prekanceróz. Naším cílem je, aby se nadále zvyšovala participace rezistentní populace na fungujících screeningových programech. Ale bez politicky podpořeného tlaku plátců zdravotní péče na klienty, například zvýšením zdravotního pojištění těm, kteří se screeningu neúčastní, to nepovažují za reálné.

**Jaké jsou další klíčové kroky k tomu, aby byla úroveň péče o ženu v České republice zachována, byla rozvíjena její kvalita a zároveň byla ekonomicky únosná?**

Vždy je co zlepšovat, ale pro realizaci péče o ženu a celý obor je zásadní rozumně stanovit kompetence subjektů, které se na péči o ženu podílejí. Je nutné rozlišovat, jaké návrhy na změnu jsou výsledkem zdravého rozumu a opravdových inovací a jaké jsou

naopak výsledkem farmaceutické lobby, laboratorní lobby nebo výsledkem nátlaku málo početné, ale o to hlasitější skupiny aktivistek. Ačkoliv zkušenosti ze světa ukazují, že se některým tlakům odolává těžce, měli bychom zabránit zbytečnému plýtvání veřejných peněz a/nebo ohrožení vynikajících výsledků gynekologické a perinatologické péče v České republice. Jistě pomůže, pokud se budeme zaměřovat na kontrolu kvality, sběr dat, evaluaci efektivity péče a počtu zdravotnických zařízení, vzdělávání mladých lékařů a rozvíjení spolupráce – mezinárodní, mezioborové, ambulantní a lůžkové sféry a samotné spolupráce a sdílení zkušeností mezi kolegy.

**Časopis Gynekologie a porodnictví si klade za cíl být podporou lékařům při výkonu praxe a poskytnout jim další zdroje vzdělávání. Nemůžeme se tedy nezeptat, jaké další zdroje vzdělávání Vaším kolegům doporučujete?**

Mladší kolegové nepamatují dobu, kdy naprostá většina lékařů byla odkázána na domácí periodika a odbornou literaturu. Informace k nám docházely se značným zpožděním, někdy zkreslené. Dostat se k západoevropským či americkým časopisům bylo pro nás téměř nemožné. Tato doba je našťastí za námi, na nedostatek informací si nikdo z nás nemůže stěžovat. Myslím, že chybou některých z kolegů je podcenění významu účasti na odborných konferencích a seminářích. Surfování po internetu a četba literatury nenahradí diskusi a výměnu názorů a zkušeností s kolegy z různých regionů a zařízení.

Děkujeme za rozhovor.

inzerce



## VI. spoločná konferencia SGPS SLS a ČGOPS ČLS JEP

INCHEBA Expo, Bratislava

20. – 23. jún 2019

[www.sgps-kongres.sk](http://www.sgps-kongres.sk)