

systém stratifikace rizika kolorektálního karcinomu, který by byl přímo určený pro každodenní praxi praktických lékařů v primární péči. Přesto se v klinické praxi praktičtí lékaři běžně opírají o zavedené přístupy a doporučení, které jim pomáhají identifikovat pacienty s vyšším rizikem kolorektálního karcinomu a rozhodnout o potřebě časnějšího odeslání k diagnostice (zejména koloskopii) či jinému specializovanému vyšetření.

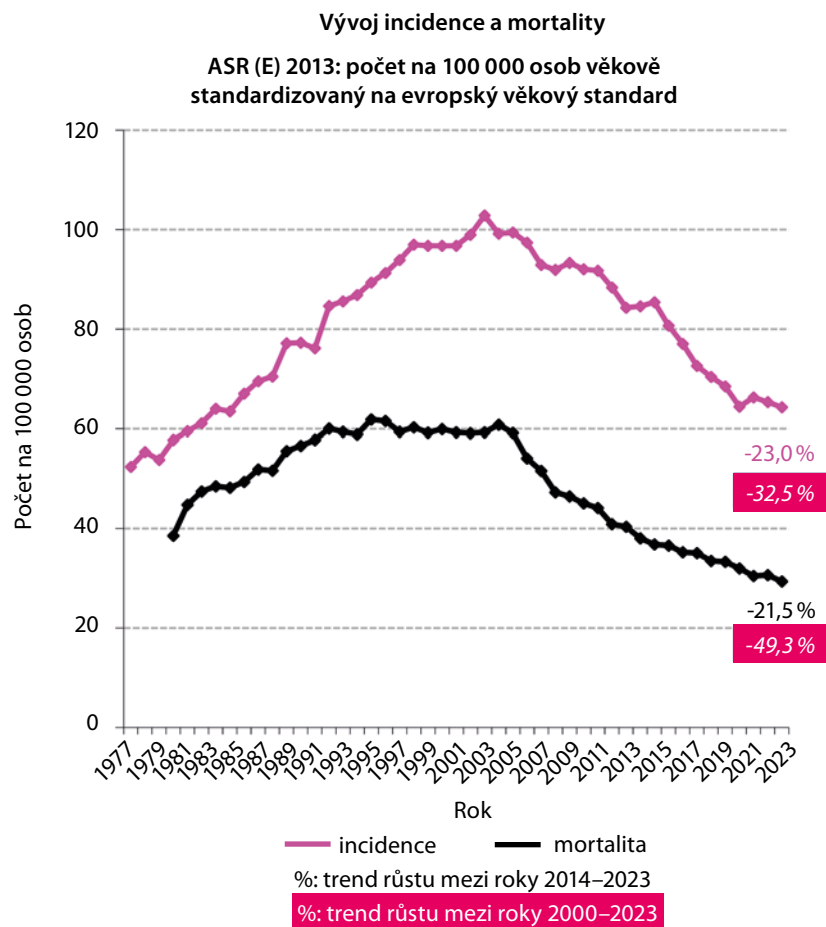
V primární péči se při odhadu rizika kolorektálního karcinomu hodnotí zejména: pozitivní rodinná anamnéza (příbuzný 1. stupně s kolorektálním karcinomem, zvláště diagnostikovaný před 50. rokem života), osobní anamnéza kolorektálních neoplazií a přítomnost idiopatických střevních zánětů. Významné jsou také tzv. alarmující příznaky – rektální krvácení, sideropenická anémie a změna defekačního rytmu, zejména u pacientů starších 50 let.

V některých zemích, například ve Velké Británii nebo Austrálii, byly vyvinuty skórovací algoritmy (QCancer®, CEDAR), které kombinují věk, pohlaví, klinické příznaky, včetně přítomnosti obezity a rodinnou anamnézu k odhadu rizika kolorektálního karcinomu (22). Tyto nástroje jsou však zatím převážně ve fázi výzkumu a nejsou běžně implementovány v klinické praxi.

V České republice se praktičtí lékaři řídí národními doporučeními a screeningovým programem – zejména pravidelným prováděním fekálního imunochemického testu od 50 let věku a alternativně screeningovou koloskopií (23). U pacientů s pozitivní rodinnou nebo osobní anamnézou kolorektální neoplazie či idiopatických střevních zánětů se doporučuje dispenzarizace s časnějším a častějším koloskopickým sledováním.

Ve Velké Británii je významným standardem v oblasti přístupu k specializované zdravotní péči program tzv. „18-week Referral to Treatment (RTT) standard“ (24). Tento program je klíčovým standardem Národní zdravotní služby Velké Británie (National Health Service, NHS) a má za cíl zlepšit dostupnost a efektivitu zdravotní péče. Tento standard stanovuje, že alespoň 92 % pacientů zařazených na čekací seznam k specializovanému vyšetření (např. koloskopii) by mělo čekat méně než 18 týdnů od doporučení praktickým lékařem.

Graf 1. Epidemiologické trendy incidence a mortality kolorektálního karcinomu v České republice



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR – incidence; Český statistický úřad – mortality

Tento standard byl zaveden v Anglii v roce 2012 a stal se klíčovým ukazatelem výkonnosti NHS ve Spojeném království (24).

Populační screeningový program kolorektálního karcinomu

Organizované screeningové programy kolorektálního karcinomu hrají klíčovou roli v časně detekci onemocnění u asymptomatických jedinců, kdy je pravděpodobnost zachytu časného stadia výrazně vyšší. Je jednoznačně prokázáno, že účast v těchto programech snižuje úmrtnost na kolorektální karcinom (25). Součástí přínosu screeningu je i možnost odstranění adenomových polypů a dalších prekancerózních lézí ještě před jejich maligní transformací, čímž dochází k efektivní prevenci vzniku maligního onemocnění. V České republice byl zahájen screeningový program již v roce 2000 (druhá země po Německu v rámci Evropy), v roce 2009 byla vydána komplexní metodika spolu s možností koloskopie jako screeningového testu a v roce 2014 se trans-

formoval v populační screeningový program zavedením adresného zvaní neúčastníci se cílové populace ke screeningu kolorektálního karcinomu (26). Implementaci populačního screeningového programu v jednotlivých zemích Evropy bylo následně doporučeno také Radou Evropské Unie (EU) v roce 2003 (27). Na základě těchto doporučení začalo mnoho evropských zemí zavádět populační screeningový program kolorektálního karcinomu zaměřený na populaci s průměrným rizikem (většinou osoby ve věku 50–74 let). Doporučenou screeningovou metodou je test na okultní krvácení do stolice (TOKS) v pravidelném intervalu (2 roky) a v případě positivity koloskopie. Preferují se imunochemické testy na okultní krvácení do stolice (FIT) vzhledem k vyšší diagnostické přesnosti i snadnějšímu použití. Výhodou imunochemických fekálních testů je možnost nastavení různého cut-off (hodnoty positivity) hemoglobinu ve stolici. V současnosti je v České republice jednotná hodnota cut-off 15 µg/g stolice pro obě pohlaví. V evropských zemích je cut-off hodnota