

Programi probira za kolorektalni karcinom u Europi i svijetu

Nataša Antoljak

Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Ključne riječi: kolorektalni karcinom, program probira, smjernice, osiguranje kvalitete

U Mainzu je u rujnu održan Falkov workshop «Strategies of Cancer Prevention in Gastroenterology». Prikazane su razne mogućnosti probira i rane dijagnostike zloćudnih tumora probavnog trakta. Ciljani probir za sada ima opravdanja samo u slučaju kolorektalnog karcinoma, a u nekim skupinama osoba s većim rizikom i karcinoma želuca. Opisani su različiti načini organizacije probira i rane dijagnostike. Postoje smjernice američkog gastroenterološkog društva za provedbu programa. Pri kraju je izrada europskih smjernica za kvalitetu programa probira, koje će olakšati kvalitetno provođenje programa što je vrlo važno. Naime, program mora biti kvalitetan i u svim regijama ujednačene kvalitete kako bi učinak bio potpun.

Internacionalna mreža za probir kolorektalnog karcinoma (engl. skrać. ICRCNS) osnovana je u sklopu projekata financiranih iz EU, a sa svrhom praćenja svih postojećih programa kao i suradnje voditelja programa za probir karcinoma kolorektuma. Od 2003. kad je započeo projekt, učinjeni su značajni pomaci u objedinjenju svih postojećih programa za rano otkivanje kolorektalnog karcinoma, a 2008. su pridružene još neke članice u kojima je započeo program. Objavljen je znanstveni rad kao rezultat 2. faze projekta s pregledom svih relevantnih podataka pojedinog programa.

Uoči sastanka ICRCNS u Oxfordu, pozvani smo kao zemlja pristupnica EU da se pridružimo sa svojim rezultatima Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva (za sada volonterski, jer nemamo pravo na novčanu potporu).

Program trenutno obuhvaća 44 članice, 54 načina provedbe programa. od toga 38 država ima vrijedne višegodišnje podatke, 19 ih je samo pilot-programa. Iz Europe ih je 24, Amerike 24 i Zapadnog Pacifika 8. U 38 država koriste FOBT (test na okultno krvarenje-u nekima gvajakov, u većini imunokemijski).

Nužno je potrebno raditi na povećanju odaziva kako bi probir imao smisla i ekonomsko opravdanje. Nadalje, bilo je govora o razvoju indikatora za praćenje kvalitete programa, te posebice za one koji mogu biti internacionalni, što znači primjenjivi na sve zemlje, a moraju biti relevantni, precizni i mjerljivi.

Tijekom diskusije raspravljalo se o osjetljivosti i specifičnosti gvajakovog testa na okultno krvarenje (engl. FOBT) u usporedbi s imunokemijskom metodom. Nadalje bilo je upita kako voditi i da li uključiti i one osobe koje imaju nasljednu polipozu ili druge povećane rizike za CRC-a. Svakako je jednoglasan stav da njima treba pružiti drugačiji preventivni program, no neki su ukazali da ima i onih koji za tu nasljednu komponentu nisu znali, a ne znaju da imaju polip(e), tako da ih se automatski uključuje u probir.

Upozoreno je da se mora omogućiti naknadno uključenje u pregled onih koji su prvotno odustali, te da se ponovno poziva one koji se nisu odazvali. U Francuskoj su to npr. riješili tako da obiteljski liječnik dobiva obavijest o takvom bolesniku, pa on s njim još jednom razgovara da provjeri odbija li uistinu pretragu. Nužno je za probir voditi evidenciju o smrti koja nastupa unutar 30 dana nakon kolonoskopije i po mogućnosti o uzroku tj. je li komplikacija pretrage.

S obzirom na sve probleme provođenja programa, a i potrebu standardizacije, pristupilo se (u sklopu projekta EU iz kojeg se financira i ovaj) izradi Europskih smjernica za osiguranje kvalitete probira CRC-a, a prvi zajednički sastanak održao se u Budimpešti. Osobito je detaljno podijeljena literatura koju su morali prikupiti pojedini članovi ovog velikog projektnog tima, a koja je rezultat znanosti temeljene na dokazima. Svaki dio provođenja programa je detaljno analizira prema mnemotehničkom redosljedu za svaki problem PICOS (P=patient, I=intervention, C=condition, O=outcome, S=study).

Opisani su različiti pristupi kolonoskopijama za potrebe programa i iznenađujuće u USA su taj posao prepustili medicinskim sestrama koje su završile edukaciju i dobile licencu za obavljanje tog posla. Na moj upit zašto su njih uključili (ne umanjujući mogućnost da i one imaju iskustvo i vještinu) uz

postojeće gastroenterologe, odgovoreno je da imaju manjak liječnika koji to rade, no čini se i zbog uštede. U Finskoj su za to osposobili liječnike obiteljske medicine. Oni rade i primarni probir FOBT-om. Za taj posao dobiju naknadu.

Dulja rasprava vodila se o tome što sve treba pisati na privoli za kolonoskopiju koju potpisuju bolesnici (npr. treba li pisati želi li da ga pregledava licencirani gastroenterolog s 500 obavljenih kolonoskopija ili onaj s 200 kolonoskopija). Prikazana su iskustva iz Velike Britanije koja ima dugogodišnja iskustva u probiru i vrlo jak sustav. Slično je i u Švedskoj čiji je koordinator onkolog koji dijelom radi u praksi, a većim dijelom koordinira program probira, tako da je upućen u sve dijelove provođenja programa.

S ponosom ističem da je na skupu uočeno da imamo jedinstvenu mrežu zavoda za javno zdravstvo u kojima su koordinatori uložili veliki trud da ovaj program bude čim uspješniji. Ovakav način izvedbe programa nesumnjivo će dati bolju kvalitetu nego kad je prepušten liječnicima obiteljske medicine, koji ne bi sustavno mogli pratiti i organizirati sve aktivnosti potrebne za provedbu i evaluaciju programa uz ostale poslove u ambulanti (pogotovo što taj posao za sada nije dodatno honoriran). Svakako je suradnja s njima vrlo značajna i uglavnom je dobra. Njihovo sudjelovanje važno je u poboljšanju odaziva-oni pojednostavljeno objasne bolesnicima čemu test služi, te im daju dodatne upute za obavljanje testa, kao i sve informacije o kolonoskopiji, a na njima je i velika odgovornost da bolesnici budu pravovremeno upućeni na daljnje liječenje.

Nositelji ovog nacionalnog programa susreću s mnogobrojnim tehničkim problemima: kompjuterski program nije osposobljen za ispis bilo kakvih izvješća (radimo ih svi ručno) ili statističku obradu, te se niti ne mogu upisivati kolonoskopski nalazi s phd dijagnozom. Najteži je problem nedostatak kolonoskopa i/ili kolonoskopičara. U vezi s tim najgora je situacija u Puli i Dubrovniku. Nedostaje i kadra u zavodima za javno zdravstvo jer su posao za sada preuzeli od ranije postojeći timovi. Tako u mnogim županijskim zavodima cjelokupan posao oko oba nacionalna programa, ostale aktivnosti vezane uz kronične masovne bolesti i redovni posao terenskog epidemiologa obavlja jedna osoba. Uzrok tome je što do sada nije potpisan ugovor o financiranju između HZZO-a i zavoda. Nadam se da će ovi problemi biti slijedom rješavani uz želju da se ovaj program razvije i značajno doprinese zdravlju postizavanjem zacrtanih ciljeva.

Literatura:

1. Lieberman DA, Malfertheiner P, Riemann JF, Spechler SJ. Strategies of Cancer Prevention in Gastroenterology, September 17, 2008, Poster Abstracts, Falk Foundation, Freiburg, Germany
2. Benson VS, Patnick J, Anna K. Davies AK, Nadel MR, Smith R, Atkin WS. Colorectal cancer screening: A comparison of 35 initiatives in 17 countries. Int J Cancer 122; 2008: 1357–67.
3. Vogelaar I, Von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal cancer Screening, Draft Manuscripts, 28. September 2008.

Kontakt adresa:

Dr. sc. Nataša Antoljak, dr.med.

Služba za kronične masovne bolesti

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Rockefellerova 7, 10 000 Zagreb

Tel./Fax 01/4863271

E-mail: natasa.antoljak@hziz.hr