

KAD NALAZ POSTANE DIJAGNOZA

Autorica: Marissa Bura

studentica Medicinskog fakulteta Osijek, studij Medicine

Paradoks moderne medicine

Ranije otkriti. Ranije liječiti. Spriječiti komplikacije. Ta je ideja, na kojoj je utemeljena medicina, spasila milijune života te je ostala temelj suvremene kliničke prakse. No, postoji li granica? Može li više postati previše? U suvremenoj medicini sve se češće govori o paradoksu: što više dijagnosticiramo, veći je rizik da liječimo stanja koja nikad ne bi postala klinički značajna. Granice između nalaza i bolesti postaju sve nejasnije, a posljedice sve stvarnije.

Bolest koja možda nikad ne bi postala bolest

Prekomjerna dijagnostika (engl. *overdiagnosis*) predstavlja postavljanje dijagnoze bolesti koja ne bi dovela do razvoja kliničke slike ako ostane neotkrivena. Prekomjerno liječenje (engl. *overtreatment*) predstavlja nepotrebno terapijsko zbrinjavanje takvih stanja. Važno je razlikovati prekomjernu od rane dijagnostike. Rana dijagnostika omogućuje pravodobno liječenje i poboljšanje ishoda bolesti dok prekomjerna dijagnostika može dovesti do nepotrebnih intervencija i štetnih posljedica za pacijenta.

Skrivena cijena dijagnoze

Prekomjerna dijagnostika posljednjih je godina prepoznata kao važan javnozdravstveni i etički problem suvremene medicine. Razvojem sve osjetljivijih dijagnostičkih metoda, širenjem definicija bolesti i sve većim brojem preventivnih pregleda raste vjerojatnost otkrivanja promjena koje možda nikada ne bi uzrokovale simptome niti utjecale na očekivano trajanje života pacijenta. Takve dijagnoze često ne poboljšavaju ishod bolesti, ali mogu pokrenuti niz dodatnih pretraga, liječenja i komplikacija. Upravo tada prekomjerna dijagnostika i liječenje postaju klinički problem jer ne donose stvarnu korist pacijentu, a istovremeno ga izlažu stvarnim rizicima. Pri tome je važno razmotriti moguće fizičke, psihičke i ekonomske posljedice. Svaki dijagnostički postupak i terapija ima svoj rizik.

Ponekad, zbog postavljene dijagnoze, pacijente izložimo invazivnim postupcima, zračenju ili dugotrajnoj farmakoterapiji. No, možemo li uvijek biti sigurni da te intervencije donose jasnu kliničku korist? S druge strane, sama oznaka bolesti može značajno promijeniti način na koji pacijent doživljava vlastito zdravlje i kvalitetu života. Osjećaj ranjivosti, stalna zabrinutost za zdravstveno stanje, povlačenje iz svakodnevnih aktivnosti, anksioznost i depresija neke su od mogućih psihičkih posljedica prekomjerne dijagnostike. Iz ekonomske perspektive, sve te dodatne pretrage, kontrole i terapije mogu dodatno opteretiti već ionako preopterećen zdravstveni sustav, ali i samog pacijenta.



Autorica: Kolača, Vanessa Lukac

A kako to izgleda u kliničkoj praksi?

Jedan od najboljih primjera iz kliničke prakse dolazi iz Južne Koreje, gdje je zabilježen porast incidencije raka štitnjače za čak 15 puta od 1993. do 2011. godine. Porast se uglavnom povezuje s uvođenjem rutinskog ultrazvučnog probira štitnjače u bolnicama i privatnom sektoru. Međutim, pokazalo se da velik udio otkrivenih promjena čine subklinički, mali papilarni karcinomi koji u većini slučajeva ne bi postali klinički značajni niti bi uzrokovali simptome tijekom života pacijenta. Unatoč tome, često su rezultirali kirurškim liječenjem. Nakon tireoidektomije, pokazalo se da je u oko 11% slučajeva došlo do hipoparatiroidizma. Također, u 2% slučajeva došlo je i do ozljede rekurentnog laringealnog živca, što može rezultirati parezom ili paralizom glasnica.

Sličan obrazac prekomjerne dijagnostike uočen je i nakon uvođenja PSA testiranja za otkrivanje karcinoma prostate. Međutim, smanjenje mortaliteta od karcinoma prostate, koji se često povezuje s uvođenjem PSA testiranja, ne može se isključivo pripisati samom probiru, već i značajnom poboljšanju u liječenju same bolesti. Procjenjuje se da na jednog spašenog muškarca dolazi i do 50 prekomjerno dijagnosticiranih muškaraca, uz istovremeni porast prekomjernog liječenja. Važno je napomenuti da velik broj tumora ima spororastući i klinički nevažan tijek te da brojni stariji muškarci umiru s karcinomom prostate, a ne zbog njega.

Probir dovodi do povećanog broja biopsija, prostatektomija i radioterapije što može rezultirati ozbiljnim komplikacijama kao što su inkontinencija, postoperativni mortalitet, radijacijske komplikacije te erektilna disfunkcija. Za dio pacijenata, ove posljedice predstavljaju veći klinički problem od samog karcinoma prostate koji možda nikada ne bi postao simptomatski. Prekomjerna dijagnostika nije ograničena samo na karcinom štitnjače i prostate, već je prisutna i u brojnim drugim područjima medicine. Sve češća uporaba CT i MR dijagnostike dovodi do otkrivanja incidentaloma nadbubrežne žlijezde, plućnih nodula i drugih slučajno pronađenih promjena koje nerijetko pokreću dodatne pretrage i intervencije, iako se u velikom broju slučajeva pokaže da nemaju klinički značaj. Slično tome, širenje dijagnostičkih kriterija kod gestacijskog dijabetesa, osteopenije ili blagih oblika hipertenzije dovodi do sve većeg broja osoba koje dobivaju dijagnozu i liječenje, iako kod dijela njih korist od liječenja ostaje upitna.

Kako smo došli do toga?

Prekomjerna dijagnostika i liječenje rezultat su više čimbenika koji su se razvijali paralelno s napretkom moderne medicine. Jedan od najvažnijih čimbenika je razvoj osjetljive dijagnostičke tehnologije. Napredak slikovne dijagnostike, laboratorijskih analiza i genetskog testiranja omogućuje puno veće otkrivanje incidentaloma i indolentnih bolesti koje često ne zahtijevaju liječenje. Važan uzrok predstavlja i širenje definicija bolesti te snižavanje dijagnostičkih pragova. Kako se granice „normalnog” pomiču, sve veći broj zdravih osoba ulazi u kategoriju bolesnih. Na taj način i blaga odstupanja laboratorijskih nalaza ili spororastuće lezije mogu postati razlog za intervenciju.



Značajnu ulogu ima i defenzivna medicina, odnosno praksa u kojoj liječnici, zbog straha od propuštene dijagnoze ili pravnih posljedica češće upućuju na dodatne pretrage i liječenje nego što je to klinički nužno. Također, ne smiju se zanemariti ni očekivanja pacijenata, kao ni činjenica da živimo u kulturi u kojoj se medicina često poistovjećuje s načelom „više je bolje”. Pacijenti često dolaze s očekivanjem brojnih pretraga i konkretnih odgovora na svaki simptom pa čak i onda kada otkrivena promjena nema veliki klinički značaj, ili pak kada saznanje o njoj može nanijeti više štete nego koristi.

Može li manje biti više?

Temelj moderne medicine često se sažima u poznatoj Hipokratovoj misli: *Primum non nocere* ili „prije svega ne naštetiti”. Cilj medicine nije samo rano otkriti bolest i liječiti je, već pritom paziti da sama intervencija ne uzrokuje veću štetu od koristi. Aristotelova ideja etike dodatno nas podsjeća da se vrlina često nalazi upravo u ravnoteži i umjerenosti, a ne u krajnostima. U kontekstu suvremene medicine, to otvara važno pitanje: koliko rano otkrivanje zaista spašava živote, a kada počinje stvarati nove pacijente? Napredne dijagnostičke metode i programi probira mogu omogućiti pravodobno liječenje, ali istovremeno mogu dovesti i do prekomjerne dijagnostike i liječenja. Takav pristup može stvoriti „epidemiju bolesti” te značajno opteretiti pojedinca i zdravstveni sustav.

Za kraj, u kliničkoj praksi ključno je stalno preispitivati granicu između koristi i štete. Cilj medicine nije pronaći što više bolesti, već prepoznati one koje je doista važno liječiti. A ako je temelj medicine ne naštetiti, nije li ponekad najveća vrijednost medicine upravo u tome da znamo kada ne liječiti i kada upravo manje može biti više?

Izvori:

1. Gupta P, Gupta M, Koul N. Overdiagnosis and overtreatment; how to deal with too much medicine. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(8):3815-3819. Dostupno na: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7586591/>
2. Thomas L, Molineux A. What is Overdiagnosis and Why is it Bad? *News-Medical.net*. 2022. Dostupno na: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Overdiagnosis-and-Why-is-it-Bad.aspx>
3. Sharma D, Cotton M. Overdiagnosis and overtreatment: An epidemic hiding in plain sight. *Trop Doct*. 2025;56(1). Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00494755251386956>
4. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic" — screening and overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2014;371(19):1765–1767. Dostupno na: <https://media.factreview.gr/uploads/2025/10/hyeong-sik-ahn-korea-s-thyroid-cancer-epidemic.pdf>

5. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.

Dostupno na:

<https://www.bmj.com/content/344/bmj.e3502.full>

6. Welch HG, Albertsen PC. Prostate cancer diagnosis and treatment after the introduction of PSA screening. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(19):1325–1329.

Dostupno na:

<https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/101/19/1325/1073822?login=false>

7. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, Szafran O, Bell NR.

Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Can Fam Physician*.

2018;64(9):654-659. Dostupno na:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6135119/>

