

Smernice za zgodnje odkrivanje raka

Maja Primic-Žakelj

Uvod

Sekundarna preventiva pomeni **čim zgodnejše odkrivanje** raka ali sprememb, ki večinoma preidejo v to bolezen. Zdravljenje večine rakov je namreč uspešnejše, če so le-ti odkriti na začetni stopnji.

Po eni strani naj bi z zdravstveno vzgojo opozarjali prebivalstvo na **zgodnje simptome in znake raka**, po drugi pa zdravnike usposobili, da bi tovrstne znake čim prej diagnostično ovrednotili. Seveda rakave bolezni nimajo povsem svojih, za raka tipičnih znakov. V resnici se za njimi večinoma ne skriva rak, ker pa se lahko, naj o naravi sprememb presoja zdravnik. Izkušnje po svetu, pa tudi naše, namreč kažejo, da ljudje predolgo odlašajo z obiskom pri zdravniku in s tem zamudijo čas, ko bi bolezen lahko še uspešno zdravili.

Med znake in simptome, na katere je treba ljudi opozarjati, sodijo naslednji:

1. bula v dojki ali kjer koli v telesu,
2. ranica, ki se ne zaceli (tudi v ustih),
3. materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost ali barvo,
4. neobičajna krvavitev iz katere koli telesne votline (kri v izpljunku, urinu, blatu ali izcedku iz maternice),
5. trdovraten kašelj,
6. hripavost,
7. spremembe pri mali ali veliki potrebi,
8. nepojasnjeno hujšanje.

Presejanje pomeni uporabo čim preprostejših preiskav, ki med ljudmi **brez kliničnih težav** odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, ki sama po sebi še ne povzroča kliničnih težav. V angleščini za tak način odkrivanja raka uporabljajo izraz »screening«, v slovenščini pa presejanje, saj nam take preiskave kot s sitom izmed navidezno zdravih izločijo tiste, ki bi lahko bili bolni; v bistvu gre za preventivne preglede. Nobena od presejalnih preiskav ne da končne diagnoze; presejalna preiskava samo odkriva tiste, pri katerih so smiselne in potrebne še dodatne, diagnostične preiskave.

O tem, ali bi bilo smotno opraviti katero od presejalnih preiskav, se lahko vsakdo posvetuje s svojim zdravnikom, ki mu po presoji, ali sodi v ogroženo skupino, lahko

Prof. dr. Maja Primic-Žakelj, dr. med.
Onkološki inštitut Ljubljana

svetuje preiskavo. Takemu načinu pravimo tudi individualno presejanje. V ogrožene skupine sodijo tisti, za katere vemo, da nanje deluje kateri od znanih nevarnostnih dejavnikov; za rak dojke npr. družinska obremenitev in prvi porod po 30. letu starosti. Za večino rakov pa je najpomembnejši nevarnostni dejavnik starost, saj zbolijo tudi veliko tistih, ki niso bili izpostavljeni nobenemu od drugih znanih nevarnostnih dejavnikov. Za odločitev o tem, ali uporabiti presejalni test ali ne, je zato najpomembnejša starost preiskovanca.

Slaba stran individualnega presejanja je, da je večinoma tako pregledan le manjši, zdravstveno bolj ozaveščeni del ljudi; njegov učinek v zdravju prebivalstva nasploh je zato majhen. Organizirano uporabo presejalnih preiskav v večjih skupinah prebivalstva imenujemo populacijsko presejanje. Na preiskave vabimo skupine ljudi bodisi z osebnimi vabilii bodisi z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja. Smotno je za tiste rake, ki so pogosti, ki jih je mogoče s preiskavo preprosto odkriti, z znanimi načini dobro zdraviti in je tako možno zmanjšati umrljivost za njimi v celotnem prebivalstvu, če se le večina povabljenih odzove vabilu na preiskavo.

Presejanje je treba ločiti od diagnostike, ki je v domeni klinične medicine, saj presejalni testi praviloma niso diagnostični. Predvsem pa je pomembno, da je za zmanjšanje umrljivosti treba pregledati pretežni del (vsaj 70 %) ciljne skupine prebivalstva. Presejanje mora biti zato organizirano, prebivalstvo pa je na pregled večinoma povabljen z osebnimi vabilii.

Pri ocenjevanju, ali je bolezen primerna, da zanjo uvedemo presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger (1): bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, zdravljenje mora biti uspešno, na voljo je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko pri presejanju odkritih sprememb in za njihovo zdravljenje, preiskava mora biti zanesljiva, cenena, preprosta za izvedbo in za preiskovance sprejemljiva.

Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, ima tudi svojo slabo stran: če drugega ne, lahko povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi sama preiskava je lahko neugodna ali boleča. Kot večina preiskav v medicini imajo tudi presejalne nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Njihov delež je sicer majhen, vendar če je rezultat napačno negativen, lahko preiskovancu nepravilno zagotovimo, da je zdrav, pa v resnici že ima začetno bolezen. Napačno pozitivni rezultati pa povzročajo nepotrebno zaskrbljenost in nadaljnje preiskave. Prav zato je v presejanju pomembna čim večja kakovost, ki zagotavlja kar najmanjši delež napačnih izvidov.

Priporočila Sveta Evropske unije o presejanju za raka

Decembra 2003 je Svet Evropske unije sprejel priporočila o presejanju za raka, ki obvezujejo države članice, da uvedejo priporočene ukrepe in čez najkasneje 4 leta poročajo o njihovi uvedbi (2).

Svet Evropske unije priporoča državam članicam naslednje ukrepe v zvezi s presejanjem:

1. Implementacija presejalnih programov

- a) države naj uvedejo tiste sistematične populacijske presejalne programe, za katere je znanstveno potrjeno, da zmanjšujejo umrljivost za rakom;
- b) presejalni programi naj bodo organizirani v skladu z Evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti;
- c) udeleženci programov morajo biti seznanjeni z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi presejanja;
- d) zagotoviti je treba vse nadaljnje diagnostične postopke, zdravljenje in psihološko podporo v skladu z enotnimi, na dokazih temelječimi smernicami;
- e) zagotoviti je treba dovolj človeških in finančnih virov za primerno organizacijo in za nadziranje kakovosti;
- f) pri odločanju o uvedbi presejalnih programov na državni ali regijski ravni naj države upoštevajo breme bolezni in zdravstvene zmogljivosti, ki so na voljo, možne stranske učinke presejanja in njegove stroške ter izkušnje iz raziskav in pilotnih projektov;
- g) vzpostaviti je treba sistem za vabljenje ljudi in za zagotavljanje kakovosti na vseh ravneh;
- h) pred uvedbo presejanja je treba poskrbeti za ustrezno zakonodajo v zvezi z varovanjem osebnih podatkov.

2. Registracija in upravljanje s podatki

- a) za vodenje organiziranih presejalnih programov je treba zagotoviti centraliziran informacijski sistem;
- b) poskrbeti je treba, da so vsi ljudje iz ciljne skupine povabljeni na presejalni pregled in da je udeležba čim večja;
- c) zbirati in obdelati je treba vse podatke, ki se nanašajo na izvide presejalne preiskave in diagnostičnih preiskav;
- d) podatke je treba zbirati in obdelati v skladu z zakonskimi predpisi o varovanju osebnih podatkov.

3. Nadzorovanje

- a) redno je treba spremljati in nadzirati kazalce uspešnosti programa in o njih seznanjati javnost in osebe, ki sodeluje pri presejanju;

- b) pri vzpostavitvi in vzdrževanju presejalne baze podatkov je treba upoštevati standarde, opredeljene v Evropskem omrežju registrov raka, seveda v skladu z zakonodajo o varovanju osebnih podatkov;
- c) presejalne programe je treba nadzirati v rednih intervalih.

4. Izobraževanje

- a) vse osebje, ki sodeluje pri presejanju, mora biti ustrezno usposobljeno, da lahko zagotavlja čim kakovostnejše presejanje.

5. Odziv

- a) pri organiziranem presejanju je treba zagotoviti čim večji odziv ciljne skupine, ki mora biti z vsemi postopki ustrezno seznanjena;
- b) posebej je treba paziti na enako dostopnost presejanja za vse skupine prebivalstva, pri čemer je treba upoštevati tudi posebne potrebe nekaterih skupin.

6. Uvajanje novih presejalnih testov

- a) nove presejalne teste naj bi v rutinsko zdravstveno varstvo uvedli šele potem, ko bi se izkazali za učinkovite v randomiziranih kliničnih raziskavah in ko je dovolj dokazov o njihovi stroškovni učinkovitosti;
- b) pri novih presejalnih testih je treba raziskovati ne le vpliv na umrljivost, pač pa tudi na zdravljenje, stranske učinke in na kakovost življenja;
- c) pri raziskovanju novih metod je treba združiti izsledke več različnih raziskav;
- d) tudi pred uvajanjem modifikacij že obstoječih presejalnih testov je treba počakati na oceno njihove učinkovitosti.

7. Poročanje o uvedbi presejalnih programov

- a) tri leta po objavi teh priporočil bodo države poročale Komisiji Evropske unije o tem, kaj so ukrenile v svojih državah v zvezi s temi priporočili.

Presejalni testi, ki izpolnjujejo pogoje iz teh priporočil (omenjene starostne skupine so maksimum - države naj same določijo starostni razpon glede na epidemiološke značilnosti bolezni in zdravstvene prednosti):

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu naj se ne začne pred dvajsetim letom starosti in ne kasneje kot po 30. letu starosti;
2. mamografski pregled za odkrivanje raka dojk pri ženskah v starosti 50-69 let v skladu z Evropskimi priporočili o zagotavljanju kakovosti (3);
3. test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka debelega črevesa in danke pri moških in ženskah v starosti 50 do 74 let.

Svet Evropske unije se ni odločil, da bi priporočil tudi intervale, v katerih naj bi presejalne preiskave ponavljali. Odločitev o njih je prepustil posameznim državam. Izsledki raziskav po svetu pa vseeno omogočajo določiti tudi primeren interval, v katerem je treba ponavljati presejalne preiskave, da se pokaže njihov končni učinek, zmanjšanje umrljivosti. Te intervale so zapisali v leta 2003 ponovno prenovljenem **Evropskem kodeksu proti raku** (4).

Evropski kodeks proti raku priporoča, naj države uvedejo kot del zagotovljenega zdravstvenega varstva naslednje presejalne preiskave:

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu vsako 5. leto pri ženskah od 25. leta starosti
2. mamografski pregled dojk vsako 3. leto pri ženskah od 50. leta starosti
3. pregled blata na prikrito krvavitev vsako drugo leto pri moških in ženskah od 50. leta starosti.

Za vse ostale preiskave pa strokovnjaki, ki so pripravljali Evropski kodeks, menijo, da jih ne bi smeli izvajati v rednem zdravstvenem varstvu. Če že, naj se izvajajo samo kot raziskovalni programi, ki morajo šele ovrednotiti vpliv tovrstnih preiskav na zdravje prebivalstva.

Zaenkrat še ni dovolj dokazov, da so kot presejalne umestne naslednje preiskave za rake:

1. prostate: določanje za prostato specifičnega antigena (PSA)
2. želodca: ugotavljanje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*, radiološka / endoskopska preiskava
3. debelega črevesa in danke: fleksibilna sigmoidoskopija
4. jajčnikov: določanje CA125 in/ali ultrazvočna preiskava
5. materničnega vratu: ugotavljanje okužbe z onkogenimi humanimi papilomskimi virusi (HPV)
6. pljuč: spiralna računalniška tomografija
7. kože (maligni melanom): pregledovanje kožnih znamenj
8. ustne votline in žrela: klinični pregled ustne votline.

Vsekakor pa za presejanje niso učinkovite preiskave za naslednje rake:

1. nevroblastom: določanje homovanilinske in vanilmandljeve kisline v urinu
2. pljuč: rentgenska preiskava
3. dojk: samopregledovanje
4. mod: samopregledovanje.

Presejanje v Sloveniji

Kdor želi, lahko katero koli od omenjenih preiskav opravi tudi pri nas, seveda po posvetu s svojim zdravnikom. Večina preiskav, razen mamografije in pregleda brisa materničnega vratu, se lahko opravi samo v okviru kurativne in ne preventivne obravnave, torej le, če je utemeljen sum na maligno bolezen; na nekatere preiskave (npr. PSA) lahko napotijo samo specialisti.

Organizirano presejanje s pisnimi vabili je kot državni program zaenkrat uveljavljeno le za odkrivanje raka oz. predrakavih sprememb materničnega vratu (Program ZORA), že več let pa pripravljamo organizirano presejanje za raka dojk. Načrtujemo tudi presejanje za raka debelega črevesa in danke, saj bi zaradi bremena te bolezni to gotovo bilo umestno.

Literatura:

1. Wilson JMG, Junger JJ. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968:34.
2. Commission of the European Communities: Proposal for a council recommendation on cancer screening. Brussels: COM(2003) 230 final, 2003.
3. Perry N, Broeders M, deWolf, Tornberg S eds. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
4. Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol 2003; 14: 973-1005.