

Preventívne kolonoskopie ako účinná zbraň v boji s kolorektálnym karcinómom na Slovensku v roku 2013.

Druhý rok systematického zberu údajov zameraných na zhodnotenie kritérií kvality v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, Slovenskou gastroenterologickou spoločnosťou, Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, poisťovňou Dôvera, a poisťovňou Union.

Spracoval MUDr. Rudolf Hrčka CSc. vedúci skupiny pri Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti zodpovednej za skrining kolorektálneho karcinómu na Slovensku. Univerzitná nemocnica Bratislava, Gastroenterologická klinika SZU v spolupráci s administrátorom IT Romanom Novotom a vedúcimi lekármi certifikovaných kolonoskopických pracovnísk, ktorých uvádzam v abecednom poradí bez titulov. Kompletný zoznam pracovnísk je na www.krca.sk.

Al Ramadan W, Bačíková Z, Barický B, Benyó Z, Bézayová T, Bodnárová B, Brandebúrová J, Bubán M, Bunganič I, Cvečko B, Dávid P, Dražilová S, Duchoň V, Fedurco M, Giba M, Haferová L, Hájek L, Hatala M, Hegyi P, Henžel Ž, Hlista M, Hyrdel R, Chachaláková J, Jurgoš Ľ, Kališová I, Katuščák I, Kardošš R, Kirka M, Koreňová R, Krajňák J, Králik R, Krátky A, Kudlová D, Kunčák B, Kužela L, Lukáč Ľ, Macúchová M, Májek J, Malík D, Maruškin D, Mlkvy P, Molnár M, Mozola K, Mucha Š, Novotná T, Paulen P, Páv I, Pekárková B, Reichová A, Rusnák J, Schweier M, Sekanová A, Slezák P, Sokol A, Šišuláková M, Šiška D, Škreko J, Tkáčik J, Ušák J, Valach B, Vyskočil M, Weis M, Záj J, Zita Ľ.

Úvod

V roku 1998 upozornil na nutnosť koordinovaného postupu voči narastajúcej incidencii a mortalite kolorektálneho karcinómu aj v Európe profesor Fritz Hagenmüller. Do Hamburgu zvolal vtedy na spoločné stretnutie zástupcov všetkých národných gastroenterologických spoločností z Európy a prizvaných štátov z blízkeho východu. Cieľom bolo dohodnúť sa na základných princípoch skriningu kolorektálneho karcinómu.

Vtedy sa odporúčalo začať oportúnnym skriningom. Nikto vtedy netušil, že týmto spôsobom nebude možné osloviť viac ako 20% ohrozenej populácie.

Výsledkom je, že aj po 16 rokoch existencie skriningu v Európskych krajinách sa nepodarilo zásadným spôsobom znížiť incidenciu a mortalitu na toto ochorenie tak, aby sme si mohli povedať, že ideme správnym smerom.

Na druhej strane v USA a na Novom Zelande, kde sa síce skrining začal propagovať o 5 rokov skôr, zaznamenávajú od roku 2010 signifikantný pokles v oboch uvedených parametroch. Zásadným rozdielom je spôsob, ktorým sa skrining v týchto krajinách vykonáva. Tu sa presadilo kolonoskopické vyšetrenie ako najčastejšie používané skriningové vyšetrenie.

Vo svetle týchto zistení sme sa aj na Slovensku od roku 2008 snažili dať kolonoskopii postavenie, ktoré si v skriningu zaslúži. V roku 2009 sa podarilo prijať zákon, ktorý umožňuje vykonávať preventívne kolonoskopie s cieľom zachytenia a liečenia včasných foriem kolorektálneho karcinómu u ľudí nad 50 rokov. Po ďalších troch rokoch sa podarilo v podobe Odborného usmernenia MZ nastaviť systém tak, aby sme dokázali kontinuálne sledovať efektívnosť preventívnych kolonoskopií, nastaviť kritériá kvality ich vykonávania a vytvoriť on line systém štatistického vyhodnocovania, ktorý bude schopný podať objektívne informácie o tomto procese.

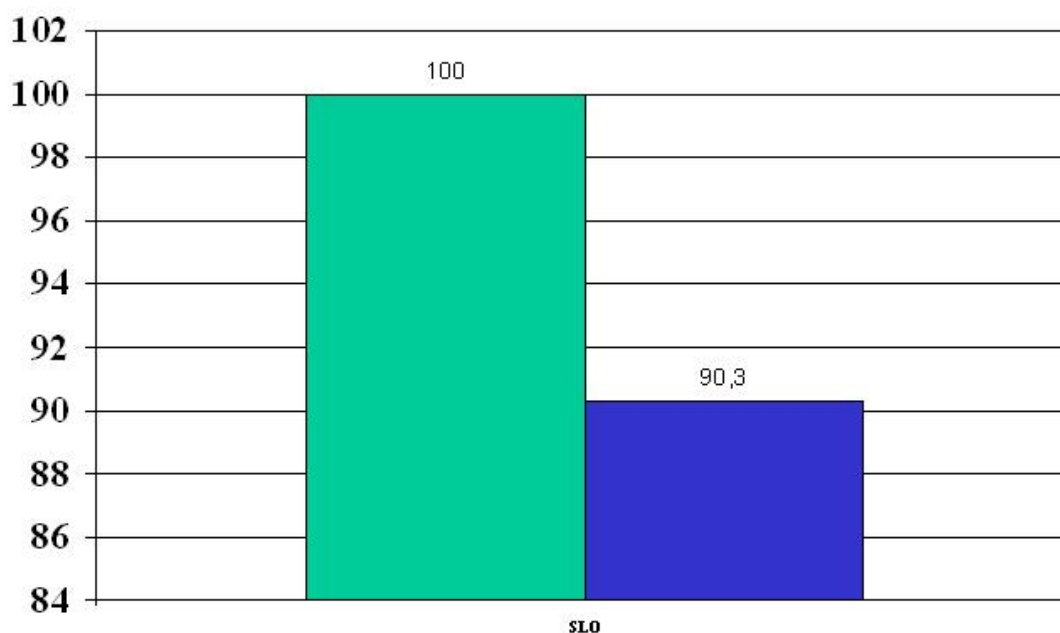
Vďaka zapojeniu sa najlepších kolonoskopických pracovísk na Slovensku, dokážeme už druhý rok prezentovať odbornej aj laickej verejnosti výsledky spoločnej práce, ktoré sú povzbudzujúce.

Vzhľadom nato, že ani napriek enormnej snahe sa nám zatiaľ nepodarilo spustiť pilotný projekt centrálného pozývania na skrínigové vyšetrenie stolice pomocou imunotestu, ostáva preventívne kolonoskopické vyšetrenie najperspektívnejším a najefektívnejším skrínigovým vyšetrením kolorektálneho karcinómu aj na Slovensku.

Nasledujúce údaje sú toho presvedčivým dôkazom.

Výsledky

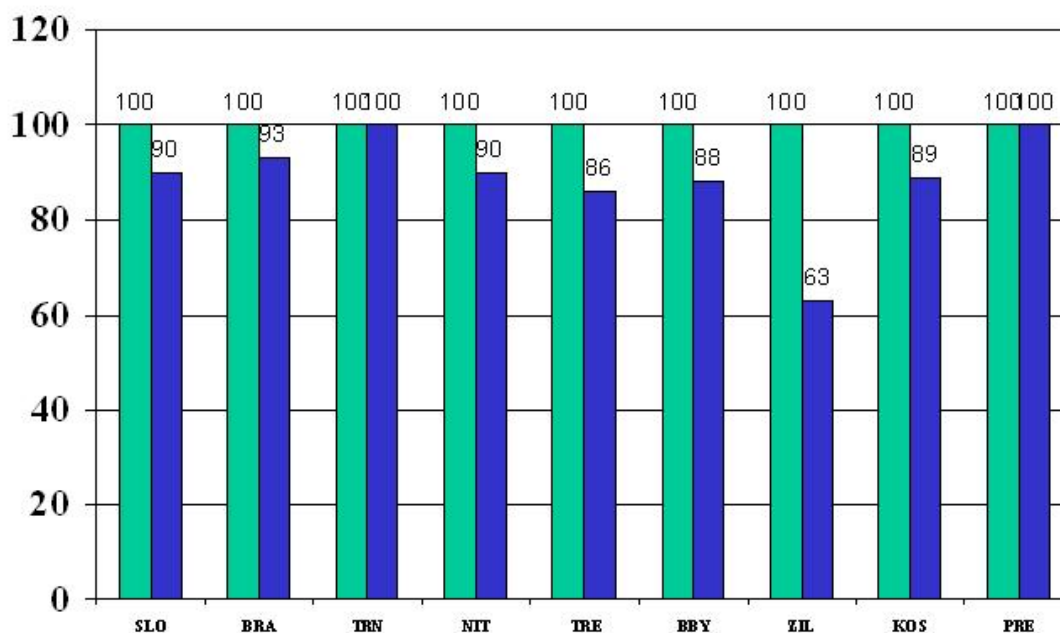
Pracoviská - registrované / aktívne v %. Slovensko /2013.



Obr. 1

90% certifikovaných pracovísk na Slovensku odosielať formuláre na spracovanie. 10% pracovísk neodoslalo ani jeden formulár na štatistické spracovanie napriek tomu, že sa tak v žiadosti o udelenie certifikátu zaviazalo. Z analýzy príčin pre ktoré si 10% pracovísk nespĺnilo povinnosť vyplýva nasledovné. Objektívnu príčinou bolo úmrtie jedného kolegu a jeden kolega odišiel do dôchodku. Dvaja kolegovia na prosbu o vysvetlenie svojich postojov opakovane nereagovali a ostatní traja mali nato subjektívne dôvody, ktoré by v priebehu roka 2014 mali pominúť. Dve pracoviská teda v priebehu roka 2014 plánujeme zo siete pracovísk vyradiť pre nezáujem.

Pracoviská - registrované / aktívne v % Slovensko + kraje / 2013

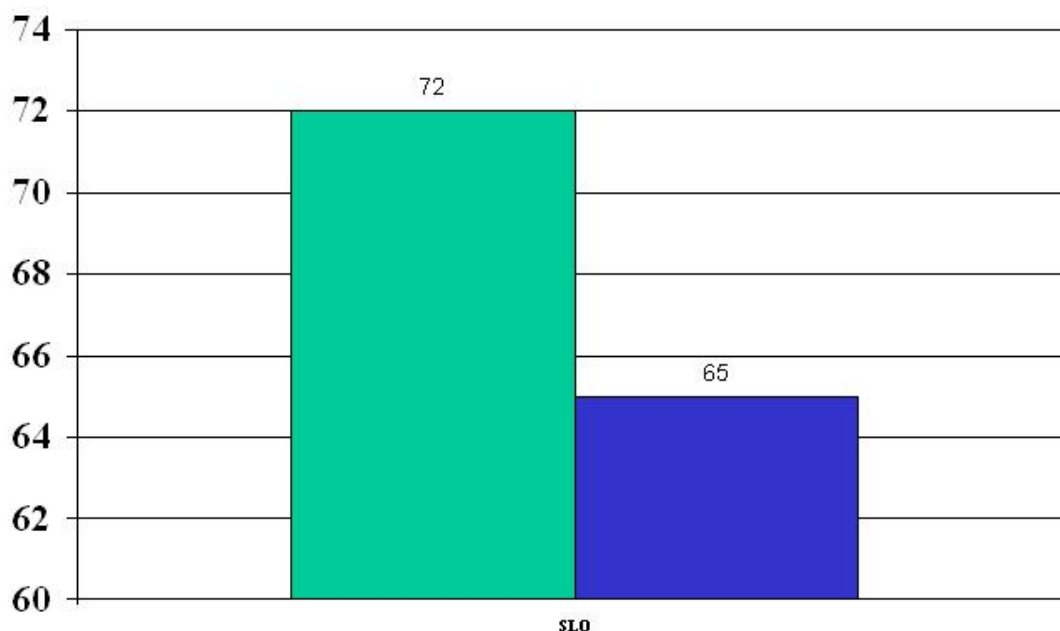


Obr.2

Aktivita pracovísk podľa krajov je vyrovnaná. Zníženie aktivity v Žilinskom kraji bola spôsobená tým, že ku koncu roka boli uznané dve pracoviská, ktoré nestihli odoslať formuláre. Matematicky sa to potom prejavilo ako pokles. V skutočnosti však žiadne z existujúcich pracovísk neskončilo činnosť ani neprestalo posielat' formuláre.

V porovnaní s pilotným rokom 2012 sa zapojenie pracovísk v roku 2013 zvýšilo v priemere o 10 %. 100% aktivitu vykazujú Trnavský a Košický kraj.

**Pracoviská - registrované / aktívne v abs. hodnotách
Slovensko / 2013.**

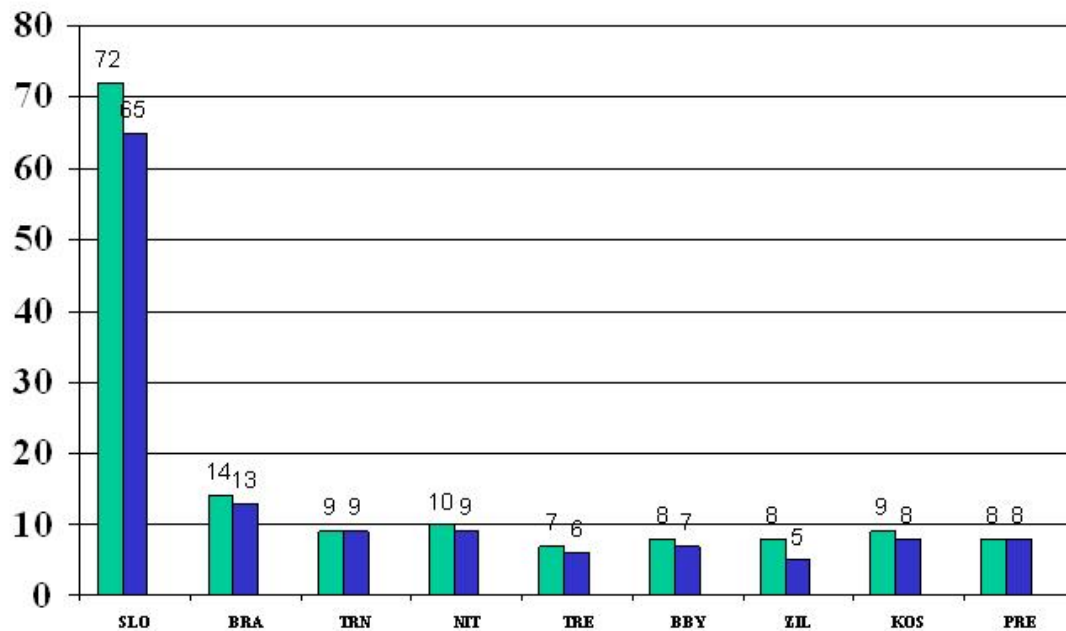


Obr.3.

Počet zaregistrovaných pracovísk a počet aj aktívnych pracovísk v absolútnych hodnotách za celé Slovensko sa v roku 2013 zvýšil oproti pilotnému roku 2012 o 11 % resp. 23 %. Ak by tento pozitívny trend pokračoval, predpokladáme že v roku 2014 by bolo zaregistrovaných 80 pracovísk, čo je číslo, ktoré by napĺňalo naše predstavy. Problémom je naďalej zapájanie sa štátnych pracovísk, zväčša z veľkých univerzitných nemocníc. V Bratislave sa zapojili 3 pracoviská zo 4 možných. Aktívne ostávajú iba dve.

V Martine sa zapojilo iba jedno pracovisko z dvoch možných. Aktivita zapojeného pracoviska je však minimálna. V Košiciach sa nezapojilo ani jedno z univerzitných pracovísk. Rovnako tak aj v Banskej Bystrici. Príčina je jednoznačná. Platy lekárov v štátnych zariadeniach vykonávajúcich kolonoskopie nie sú závislé ani od počtu ani od kvality kolonoskopických vyšetrení. Nič ich teda nenúti, aby o svojich aktivitách na poli kolonoskopie informovali centrálnu databázu. O to viac si ceníme lekárov z týchto pracovísk, ktorí boli ochotní urobiť niečo pre spoločnú vec aj bez nároku na odmenu navyše. Súkromné pracoviská túto spätnú väzbu majú a chovajú sa paradoxne „sociálnejšie“.

**Pracoviská - registrované / aktívne v abs. hodnotách
Slovensko + kraje /2013**

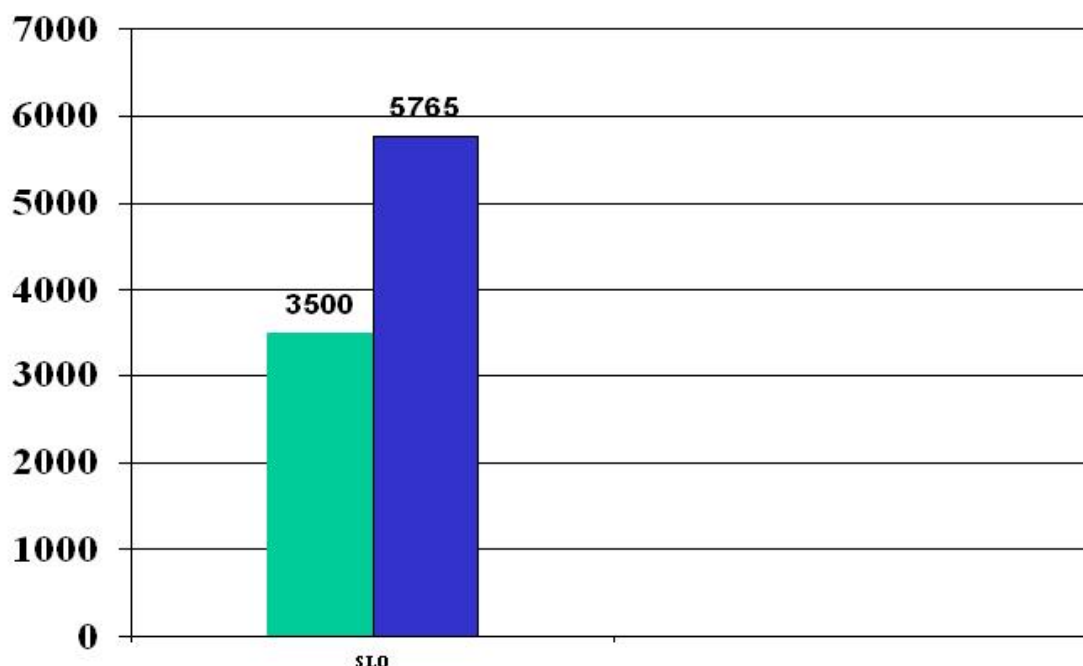


Obr.4.

Počty pracovísk kopírujú aktuálne možnosti existencie gastroenterologických zariadení na Slovensku. Z hľadiska počtu obyvateľov a dostupnosti pracovísk je sieť pracovísk na celom území rovnomerná.

Odoslané formuláre v abs. hodnotách

Slovensko 2012 / Slovensko 2013



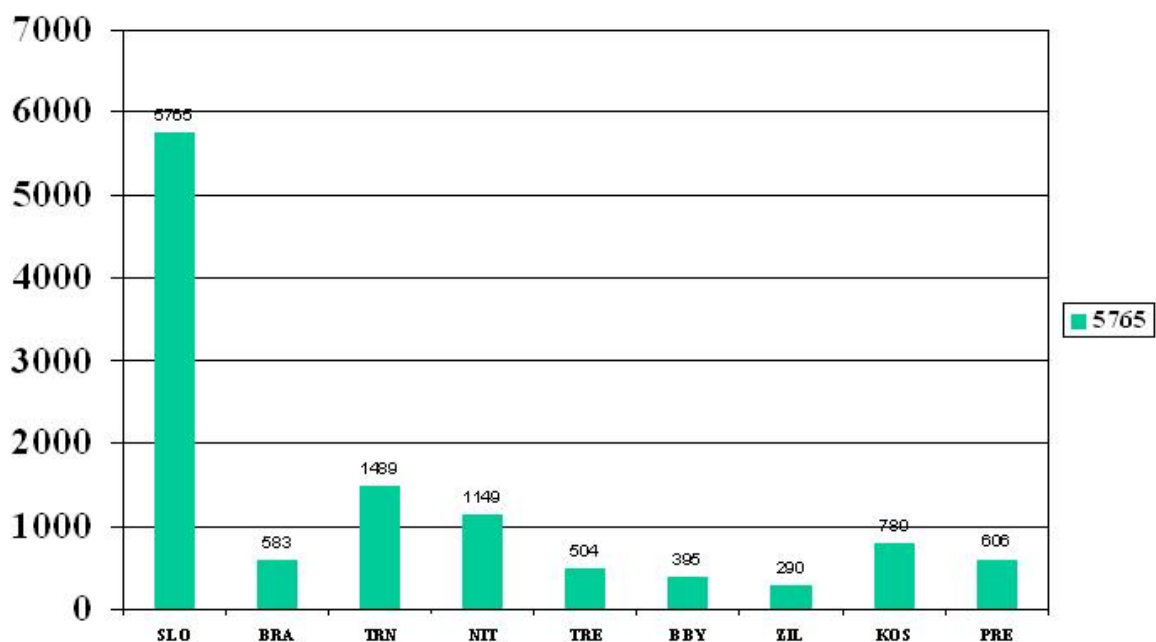
Obr.5

V roku 2013 bolo do centra odoslaných 5765 formulárov na spracovanie, čo je temer o 40 % viac ako v pilotnom roku 2012. Je to pozitívny trend a svedčí o zvyšovaní popularity preventívnych kolonoskopických vyšetrení tak medzi poistencami ako aj medzi gastroenterológmi.

2815 vyšetrení tvorili skrúingové kolonoskopie. Inými slovami šlo o pacientov u ktorých bolo zistené okultné krvácanie v stolici pomocou štandardného TOKS. Ak predpokladáme, že 80% pacientov so zistenou pozitivitou stolice príde aj na kolonoskopiu a priemerne 6% pacientov má pozitívny TOKS znamená to, že naše údaje hovoria o 58 633 pacientoch, ktorí boli na Slovensku v roku 2013 vyšetrení pomocou TOKS. Odhadujeme, že skutočný počet poistencov vyšetrených na Slovensku pomocou TOKS je okolo 100 tis. ročne. Presné čísla z poisťovní žiaľ nedokážeme získať. Odhadujeme teda, že asi polovica pacientov s pozitívnym TOKS je kolonoskopovaná na necertifikovaných kolonoskopických pracoviskách od ktorých presné údaje nevieme získať.

Ak by sme v budúcnosti dosiahli taký stav, že by sa preventívne kolonoskopie vykonávali iba na certifikovaných pracoviskách, rezort zdravotníctva i celá naša verejnosť by mala k dispozícii veľmi presné údaje o stave skrúingu na Slovensku.

Odoslané formuláre v abs. hodnotách Slovensko + kraje / 2013.

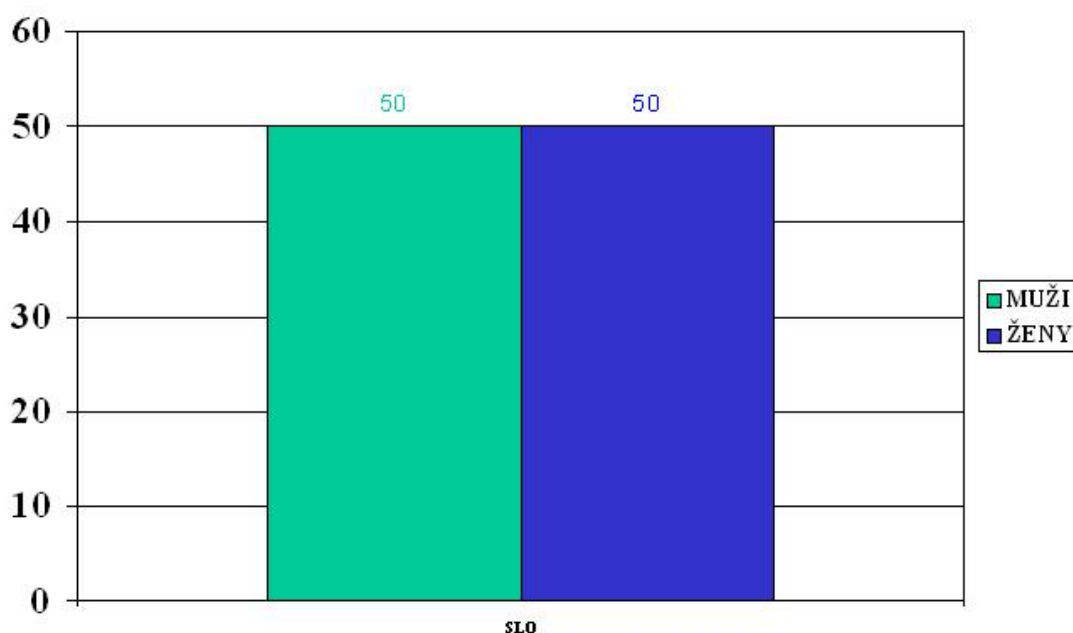


Obr.6

Najviac odoslaných formulárov bolo z Trnavského, Nitrianskeho a Košického kraja. Najmenej zo Žilinského.

Počty skrínigových a primárne skrínigových vyšetrení sú ovplyvnené rôznymi faktormi. Niektorí praktickí lekári aktívne ponúkajú TOKS a aktívne informujú svojich pacientov aj o možnosti primárnej skrínigovej kolonoskopie (PSK). Vtedy aj počty pozitívnych testov a teda následných skrínigových kolonoskopií (SK) v danom regióne stúpajú. Platí to aj naopak. Ak analyzujeme počty odoslaných formulárov podľa jednotlivých lekárov, vidíme tiež značné rozdiely. Lekári v neštátnych zariadeniach majú väčšiu snahu formulár vyplniť a odoslať než lekári v štátnych zariadeniach. O príčinách sme hovorili predtým.

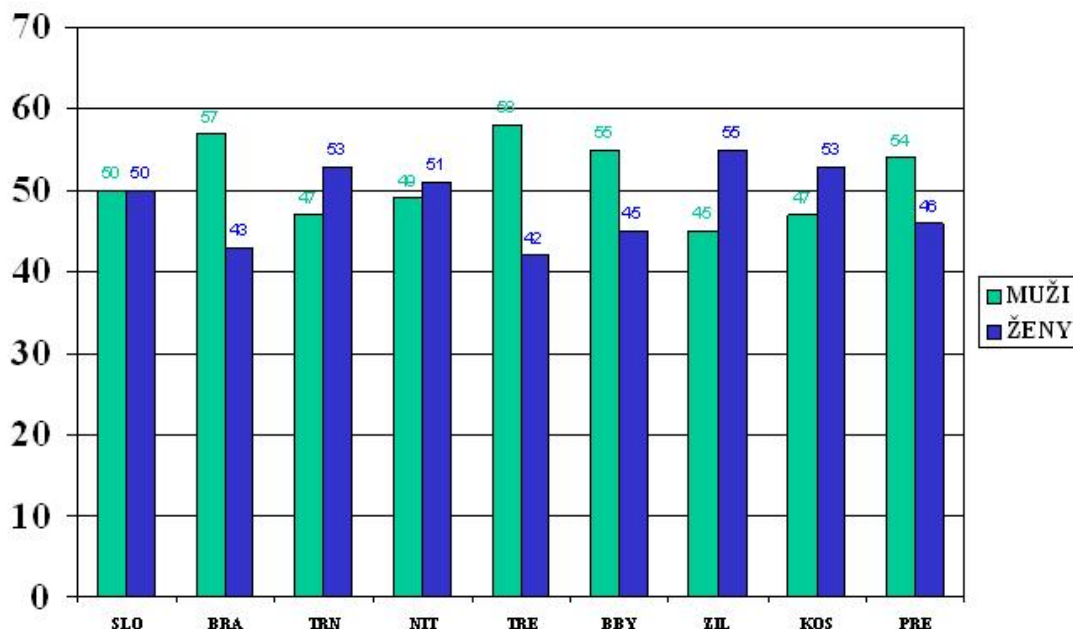
MUŽI / ŽENY v %
Slovensko / 2013



Obhr. 7

Na Slovensku je viac žien ako mužov. Rozdiel sa so stúpajúcim vekom ešte zvyšuje. V nami sledovanej skupine nad 50 rokov je to 8% v prospech žien. Napriek tomu, že ženy sú vo vzťahu k prevencii zodpovednejšie ako muži, a je ich viac, naše čísla svedčia pre rovnakú účasť oboch pohlaví. Relatívne sa teda prevencie zúčastňuje viac mužov. Je to možné vysvetliť významne vyšším výskytom kolorektálneho karcinómu a jeho prekursorov a teda aj nálezov positivity testov na okultné krvácanie u mužov. Logicky je preto odosielaných na skríningové kolonoskopie viac mužov ako žien.

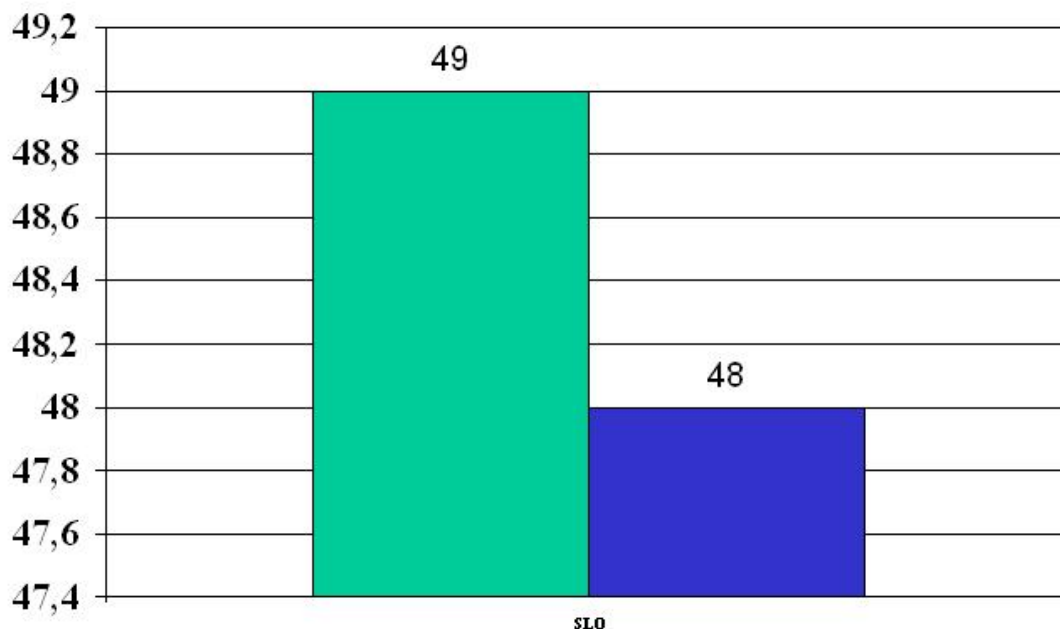
MUŽI / ŽENY
Slovensko + kraje / 2013



Obr.8

Tento trend je však v niektorých krajoch opačný (Trnavský, Nitriansky a Košícký kraj). Najvýraznejší nepomer medzi mužmi a ženami v prospech mužov je v Bratislavskom, Trenčianskom a Banskobystrickom kraji. Toto by mohlo byť ovplyvnené rôznym zastúpením skriningových a primárne skriningových vyšetrení. Predpokladáme totiž, že pri zodpovednejšom prístupe k prevencii zo strany žien by ich zastúpenie v primárnych skriningových kolonoskopiách malo byť vyššie. Ak teda v niektorom kraji prevažujú primárne skriningové kolonoskopie malo by to ísť na vrub zodpovedných žien. V Košickom kraji sa skutočne kolonoskopických vyšetrení zúčastnilo viac žien ako mužov a počet PSK výrazne prevyšoval počet SK.

Pomer SK / PSK v % Slovensko / 2013

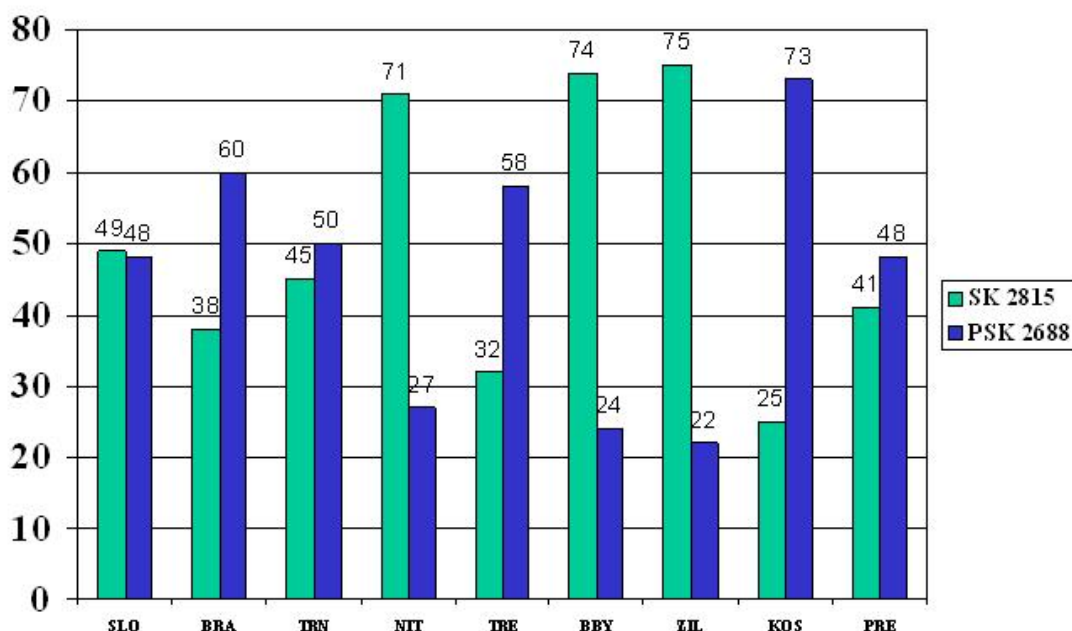


Obr.9

Určitém príjemným prekvapením je vyrovnanosť počtov skriningových kolonoskopií – SK (vyšetrenie po pozitívnom TOKS) a primárnych skriningových kolonoskopií – PSK(kolonoskopia po 50 roku bez predošlého TOKS vyšetrenia). Tento trend sa udržal aj v roku 2013. Poukazuje to na postupne sa zlepšujúcu osvetu zdôrazňujúcu význam kolonoskopického vyšetrenia po 50. roku života napriek tomu, že legislatíva umožňujúca tento typ prevencie platí iba od apríla 2009. Naša populácia sa teda chová podobne ako americká. Strach a obavy z kolnoskopie na jednej strane vyváži neporovnateľne vyššie senzitivita i špecificita kolonoskopie oproti TOKS. Človek si teda povie, že tú chvíľkovú nepríjemnosť vydrží a má pokoj najbližších 10 rokov. Prípadne ak je tam nález tak je určite včasný, keďže dotýčny nemá ešte žiadne príznaky.

Problém by mohol nastať iba vtedy, ak by počet takto pozitívne rozmyšľajúcich začal každoročne narastať geometrickým radom. Sieť kolonoskopických pracovísk by to nemusela zvládnuť, ak by sa mali dodržať kritériá kvality a nemali by sa predlžovať čakacie doby na kolonoskopické vyšetrenie. Do problému by musel vstúpiť štát cestou podpory pri nákupe kolonoskopickej techniky a podpory vzniku nových kolonoskopických pracovísk zameraných hlavne na vykonávanie preventívnych vyšetrení.

Pomer SK / PSK v % Slovensko + kraje / 2013

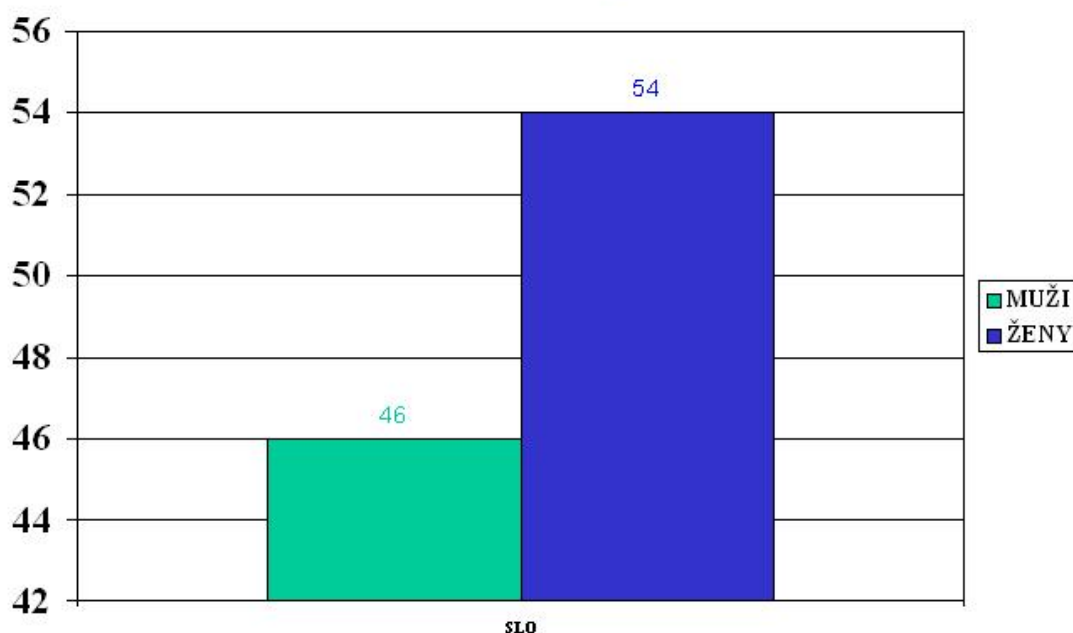


Obr. 10

Extrémne rozdiely v niektorých krajoch medzi SK a PSK môžu svedčať buď o neštandardne efektívnom oportúnnom skríningu zo strany praktických lekárov, ktorí aktívne ponúkajú TOKS (Nitriansky, Žilinský a Banskobystrický kraj) pri nižšej popularite PSK. V krajoch kde je PSK vysoko dominantným vyšetrením (Košícký a Trenčiansky a Bratislavský kraj) to môže ísť na vrub niektorých neštátnych zariadení, ktoré aktívnym prístupom dokážu presvedčiť pacientov na toto vyšetrenie a pomôžu si tak i ekonomicky. Nemusia čakať nato, kým sa u nich objaví pacient s pozitívnym OK testom. Tento prístup je legítimný a pre prevenciu vysoko efektívny.

Je zastúpenie žien v PSK vyššie než u mužov?

Muži / Ženy v %



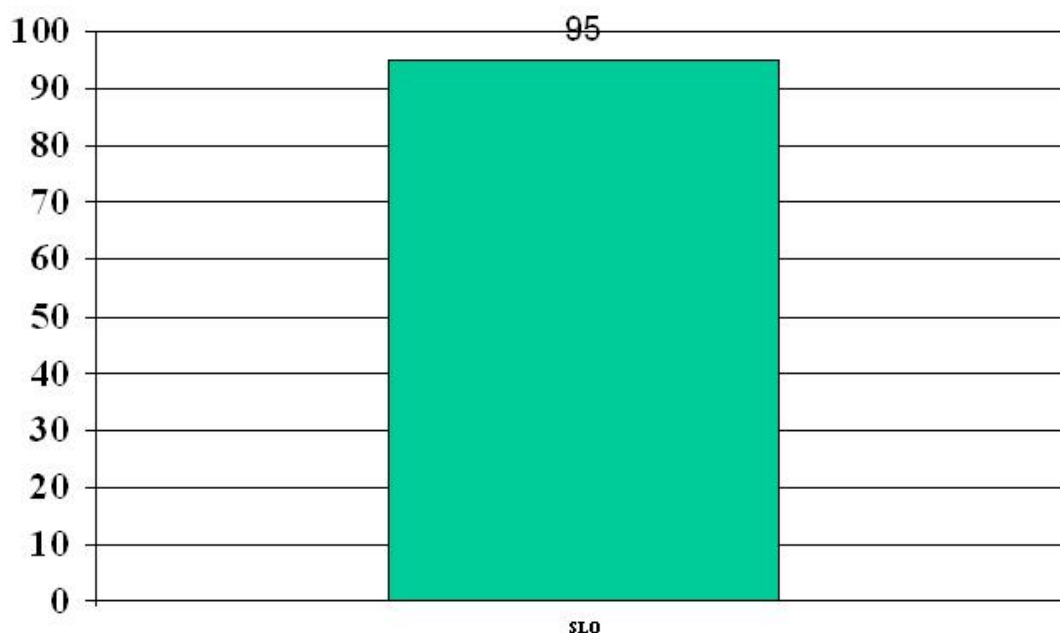
Obr. 11

Odpoveď sa zdá jasná. Ženy sú zodpovednejšie voči sebe a rodine a preto sa aj potenciálne nepríjemnejšieho preventívneho vyšetrenia akým je primárna skriningová kolonoskopia, zúčastňujú častejšie a nečakajú iba na pozitívitu skriningového TOKS vyšetrenia ako je to u väčšiny „mužov hrdinov“.

Na obranu mužov však treba vziať do úvahy ich menšiu početnosť. Vo vekovej skupine od 50 do 69 rokov je žien o 8% viac ako mužov. Teda ten 8% rozdiel v tomto veku sa zrejme podieľa na väčšej účasti žien na PSK viac ako ich zodpovednosť alebo „hrdinskosť“ mužov.

Čakanie na kolonoskopiu do 1 mes. v %

Slovensko / 2013

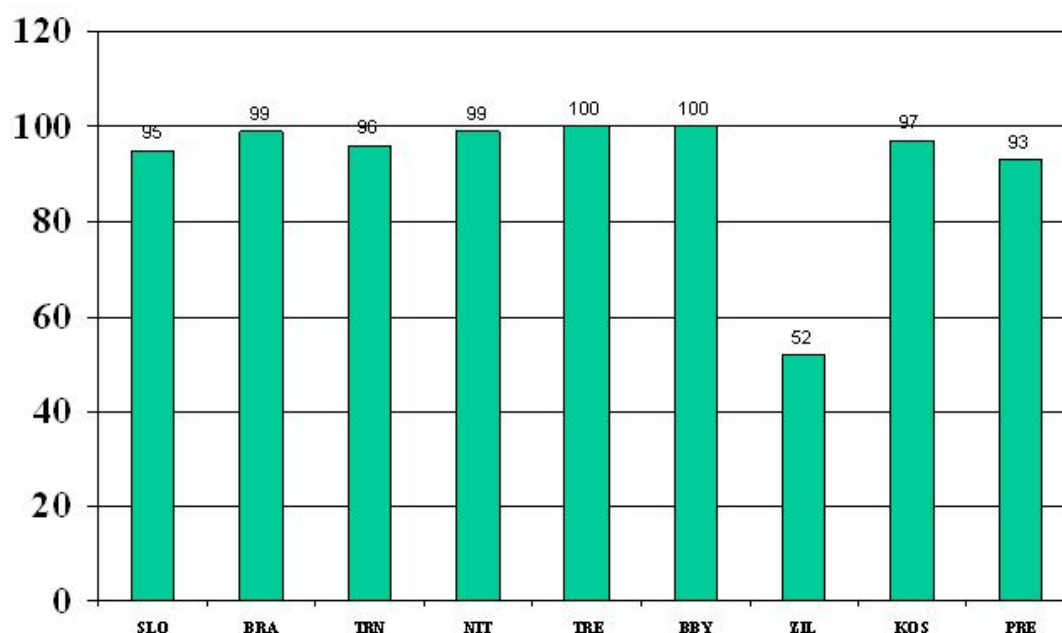


Obr.12

Jedno z dôležitých kritérií kvality, ktoré poukazuje na plynulosť preventívnych kolonoskopií je aj čas, za ktorý sa pacient po oznámení správy o pozitívite testu dostane na kolonoskopiu. Na Slovensku môžeme byť zatiaľ veľmi spokojní, pretože až 95% pacientov sa dostane na toto vyšetrenie najneskoršie za mesiac. Je to pokles o 1% v porovnaní s predošlým rokom. Zrejme sa už prejavuje vplyv osvedy s následným zvýšením počtu vyšetrení a s predĺžením termínov. Ak nestúpne počet certifikovaných pracovísk čakanie sa bude v budúcnosti zvyšovať, pretože trend preventívnych kolonoskopií je nielen vo svete ale aj na Slovensku stúpajúci.

Čakanie na kolonoskopiu do 1 mes. v %

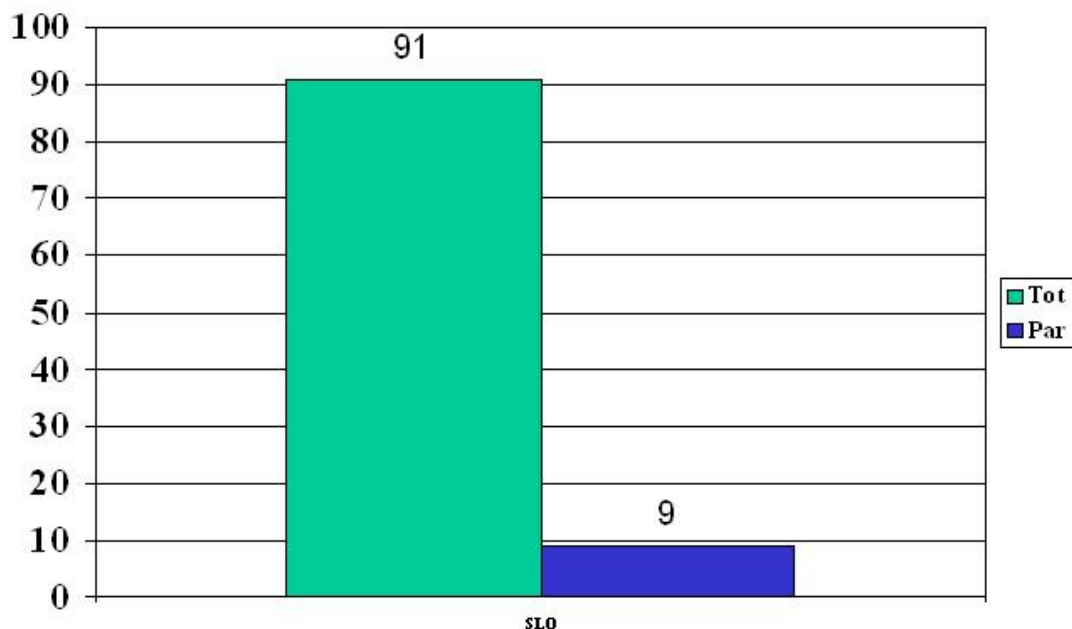
Slovensko + kraje / 2013



Obr.13

Ak sa nato pozrieme podľa krajov je to vzácné vyrovnané až na Žilinský kraj, kde sa na preventívne kolonoskopie čaká dlhšie. Tento trend sa tu prejavuje už druhý rok. Pokles oproti roku 2012 bol o 10% na 52%. Môže to súvisieť s počtom pracovísk. 5 pracovísk však majú aj iné kraje pri približne rovnakom počte obyvateľov (Trenčiansky , B. Bystrický a Prešovský) a dostupnosť je vysoká. Skôr to bude súvisieť s počtom kolonoskopií za deň, ktoré tieto pracoviská vykonávajú.

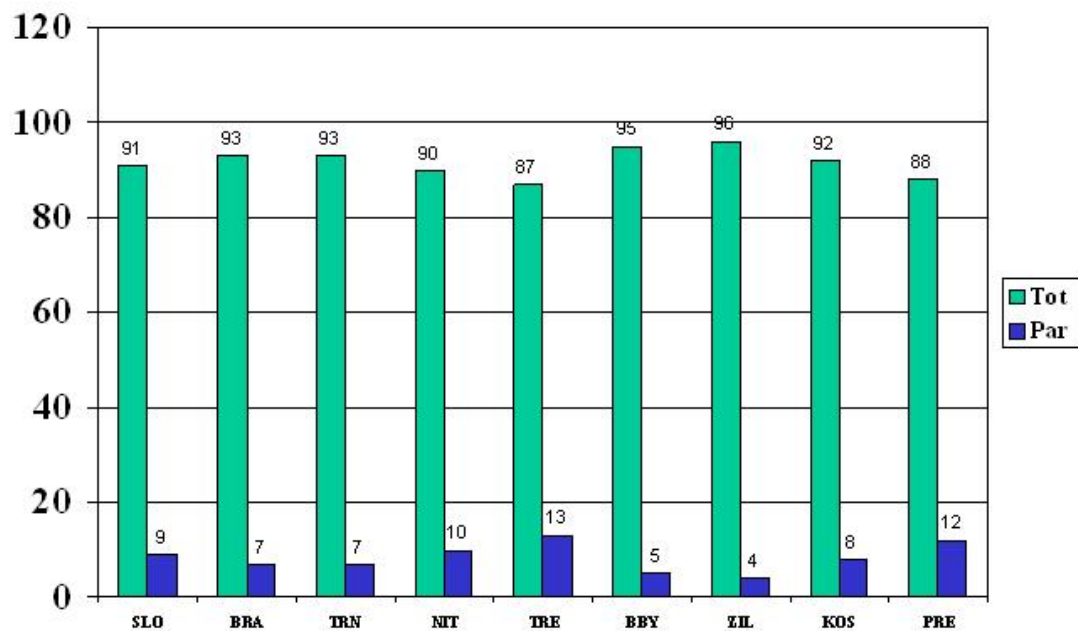
Totálne / parciálne kolonoskopie v % Slovensko / 2013



Obr.14

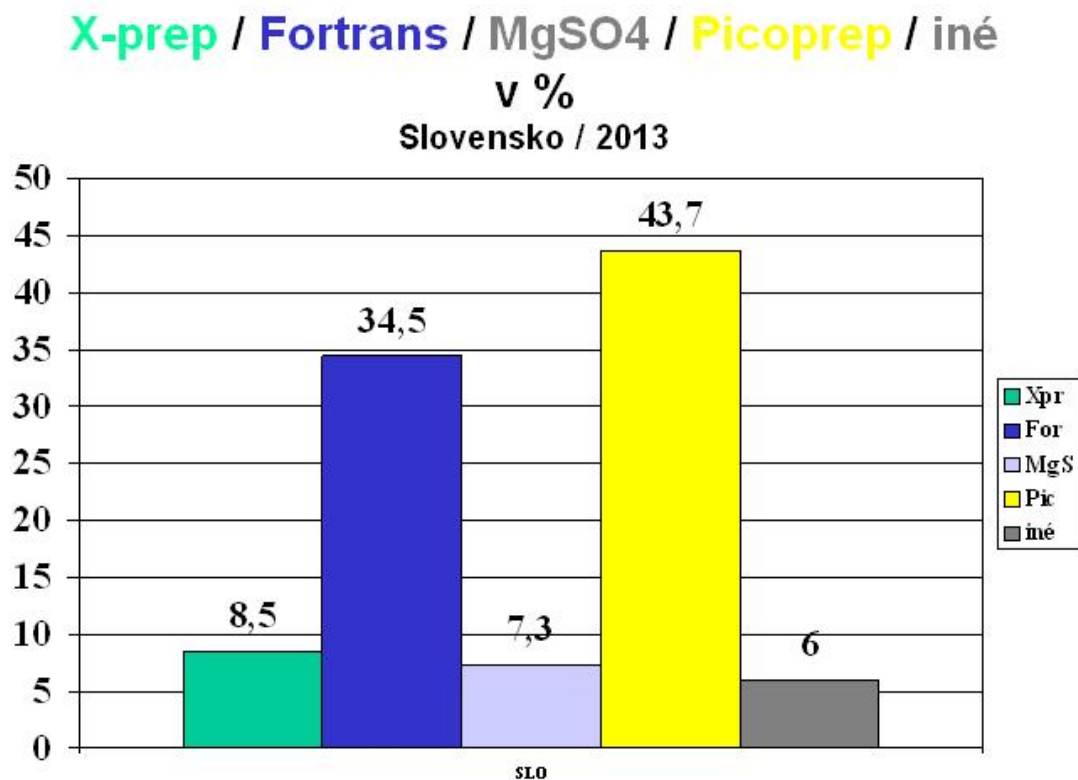
Schopnosť vykonať pankolonoskopiu je dôležitým kritériom pri posudzovaní kritérií kvality pri preventívnych kolonoskopiách. 90% a viac je dobré číslo, svedčiacie taktiež o kvalite vykonávaných kolonoskopií. Toto číslo by určite bolo ešte väčšie, ak by bol formulár podrobnejší a analyzoval príčiny, ktoré viedli k tomu, že sa vykonala iba parciálna kolonoskopia. Často nie je možné pankolonoskopiu vykonať z objektívnych príčin. Ide o striktúry, pooperačné zrasty hlavne u žien po gynekologických operáciách alebo zápaloch, nevyčistenie čreva a ďalšie. Vtedy to nie je možné považovať za mínus zo strany kolonoskopujúceho a takýto výsledok by sa nemal štatisticky hodnotiť ako neúspech. Keďže tieto možnosti nemáme „vylúčené“ hodnotíme % pankolonoskopií ako veľmi dobré aj v roku 2013.

Totálne / parciálne kolonoskopie v %
Slovensko + kraje / 2013



Obr. 15

Vo väčšine krajov sa tento správny trend zachováva. Žilinský a Prešovský kraj majú počty pankolonsokopii tesne pod 90%. Rozdiely sú malé, takže analýza príčin je za týchto okolností zbytočná.



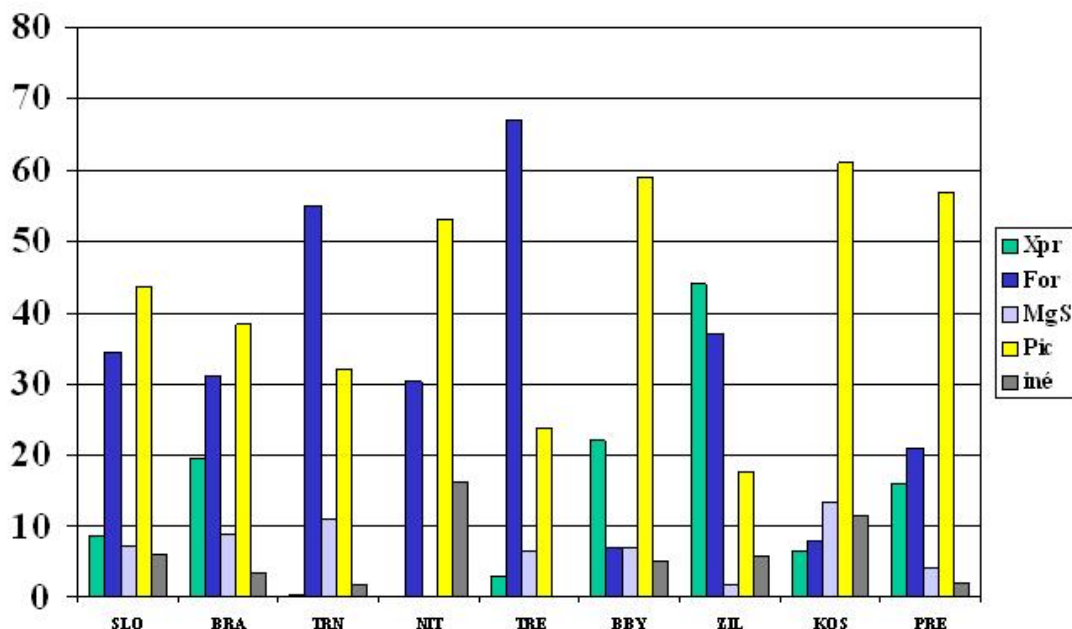
Obr.16

Príprava kolonu pred kolonoskopiou je veľmi dôležitá nielen z hľadiska vykonateľnosti vyšetrenia ale hlavne z hľadiska identifikovateľnosti patol. nálezov. Porovnali sme 5 najčastejšie na Slovensku používaných postupov. Najviac sa používa Picoprep a Fortrans, menej X-prep a MgSO₄. Uprednostňovanie Picoprepu napriek tomu, že ide o novo zavedený preparát na našom trhu ide na vrub dobrej pokračujúcej marketingovej prípravy firmy celoplošne na Slovensku. Rovnakým dielom prispieva aj dobrý efekt prípravku a dobrá tolerancia pacientom. V 30 ročnej histórii vykonávania kolonoskopií na Slovensku tu nebola tak prepracovaná marketingová kampaň ak to porovnávame s ostatnými tromi prípravkami u ktorých sa o nejakej celoplošnej kampani ani nedalo hovoriť.

X-prep / Fortrans / MgSO4 / Picoprep / iné

v %

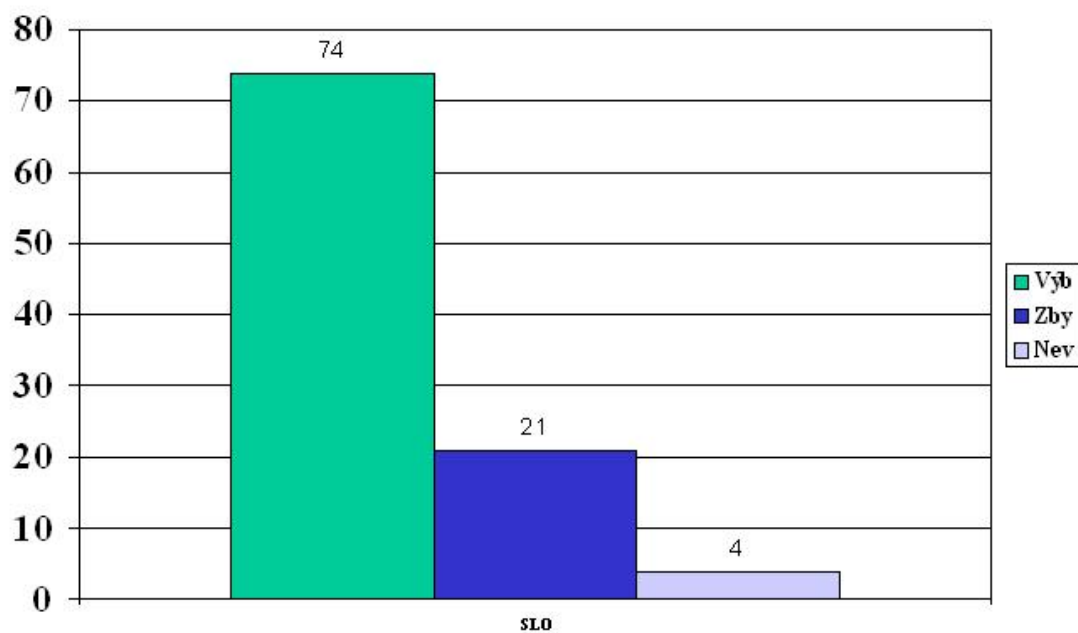
Slovensko + kraje / 2013



Obr. 17

Distribúcia podľa krajov tento názor iba podporuje. Tam kde bol marketing lepší (Košice, Prešov, Nitra) dosiahol jeho používanie 60 až 75% a naopak v Trenčianskom, Banskobystrickom a Žilinskom kraji pozíciu Forttransu a X-prepu neohrozil. Je to poučný graf tak pre firmy ako aj pre poisťovne. V Prešovskom kraji by bolo vhodné analyzovať príčiny horšieho vyčistenia sa pri tomto prípravku čo zhoršilo na niektorých pracoviskách vykonateľnosť pankolonoskopického vyšetrenia.

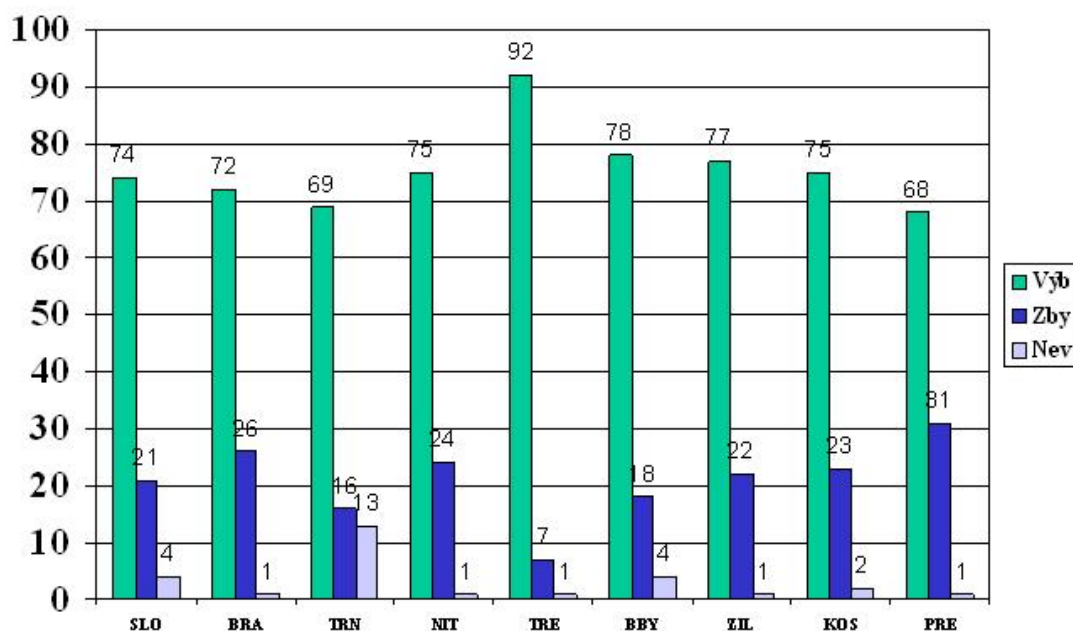
Vyčistenie: výborne / zbytky / nevyčistené v %
Slovensko / 2013



Obr. 18

Výsledky ukazujú, že až v 96% sa kolonoskopia nemusela ukončiť kvôli nedostatočnému vyčisteniu. Z toho v 71 % bol stav vyčistenia hodnotený ako výborný a v 25% boli v črevách zbytky, ktoré však umožnili vyšetrenie vyhodnotiť. To je dobrý výsledok už druhý rok.

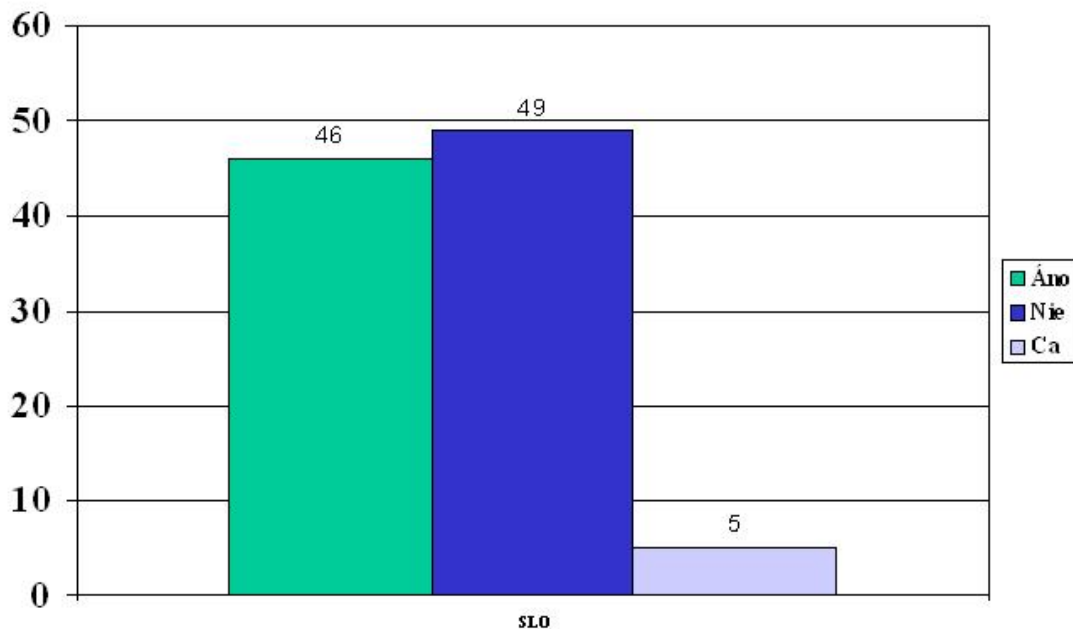
Vyčistenie: výborne / zbytky / nevyčistené v %
Slovensko + kraje / 2013



Obr. 19

Najhoršie dopadol kraj Trnavský a Prešovský. Napriek tomu, že v Trnavskom kraji pokleslo užívanie MgSO₄ pod 10% a v Prešovskom kraji je najčastejším prostriedkom na čistenie Picoprep a Fortrans. V prípravkoch to teda zrejme nebude. Pravdepodobnejšou príčinou bude zrejme nedodržanie postupu pri čistení kolonu zo strany pacientov. Je to teda výzva pre lekárov, aby kládli väčší dôraz na nutnosť dodržania postupu pri príprave na kolonoskopiu. Najvyšší stupeň vyčistenia sme už druhý rok zachytili v Trenčianskom kraji kde jednoznačne dominuje používanie Fortransu, ktorý je stále zlatým štandardom pri čistení hrubého čreva pred kolonoskopiou.

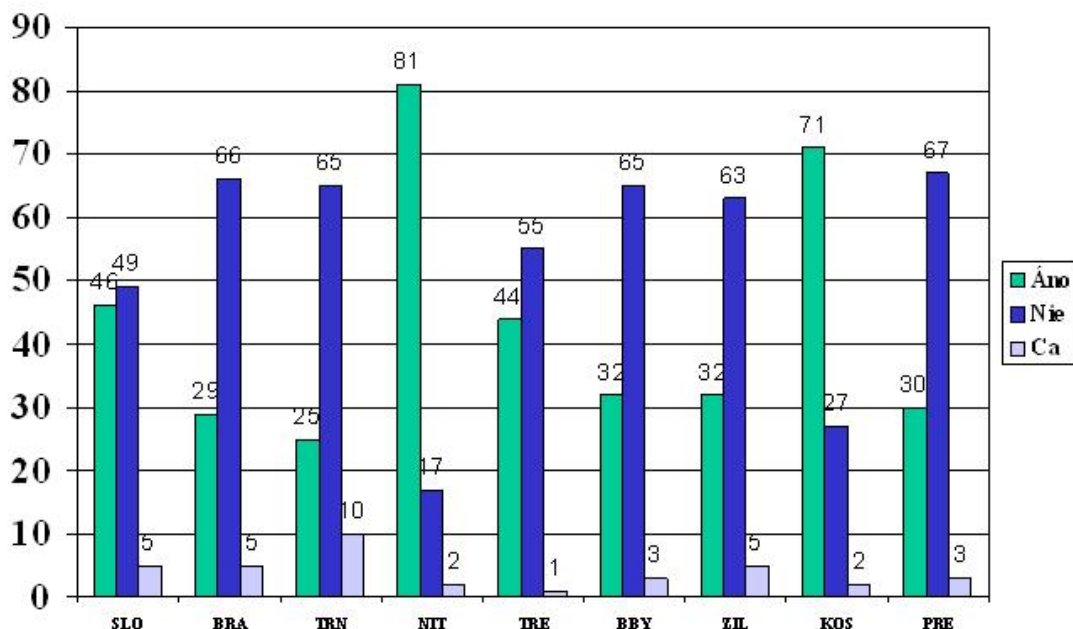
Sedácia: Áno / Nie / CA v %
Slovensko / 2013



Obr. 20

Sedácia pri kolonoskopii sa nepoužíva pravidelne vo viac ako 53% vyšetrení. Odráža to určite tradíciu vykonávania väčšiny kolonoskopií bez sedácie, no i zručnosť kolonoskopistov. Celková anestéza na rozdiel od niektorých krajín EU sa u nás používa výnimočne. Iba v 3%. Súvisí to i s možnosťami resp. obmedzenými možnosťami vyšetrovať pacientov v celkovej anestéze v neštátnych zariadeniach.

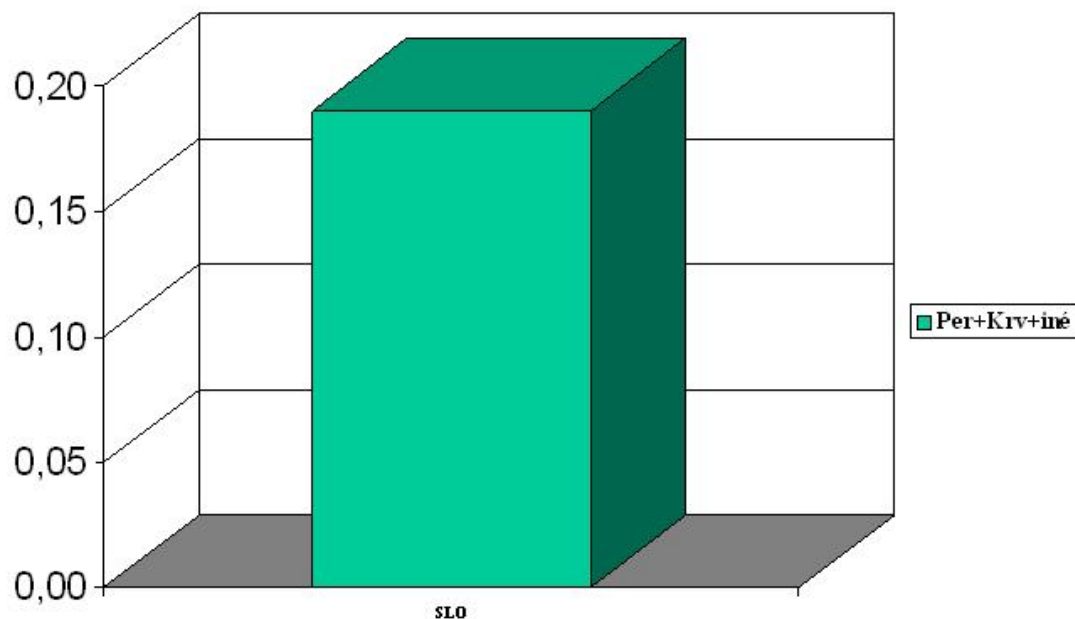
Sedácia: **Áno** / **Nie** / **CA** v % Slovensko / 2013



Obr.21

Aj tu sú však pomerne veľké medzikrajové rozdiely. Nitrianske pracoviská používajú sedáciu až v 81% prípadov a v Trnavskom kraji iba v 13%. Tak zásadné rozdiely v dvoch susediacich krajoch je ťažké vysvetliť rozdielnou toleranciou pacientov k bolesti alebo zásadným rozdielom v šikovnosti kolonoskopistov. Príčiny by však určite boli zaujímavé a ich zistenie ostáva výzvou pre tieto údaje. Taktiež to otvára otázku či je na pracoviskách s častejšou sedáciou aj častejšie dosiahnutie céka a naopak. Ani jedno ani druhé sa nepotvrdilo. Zrejme je najdôležitejšia skúsenosť lekára.

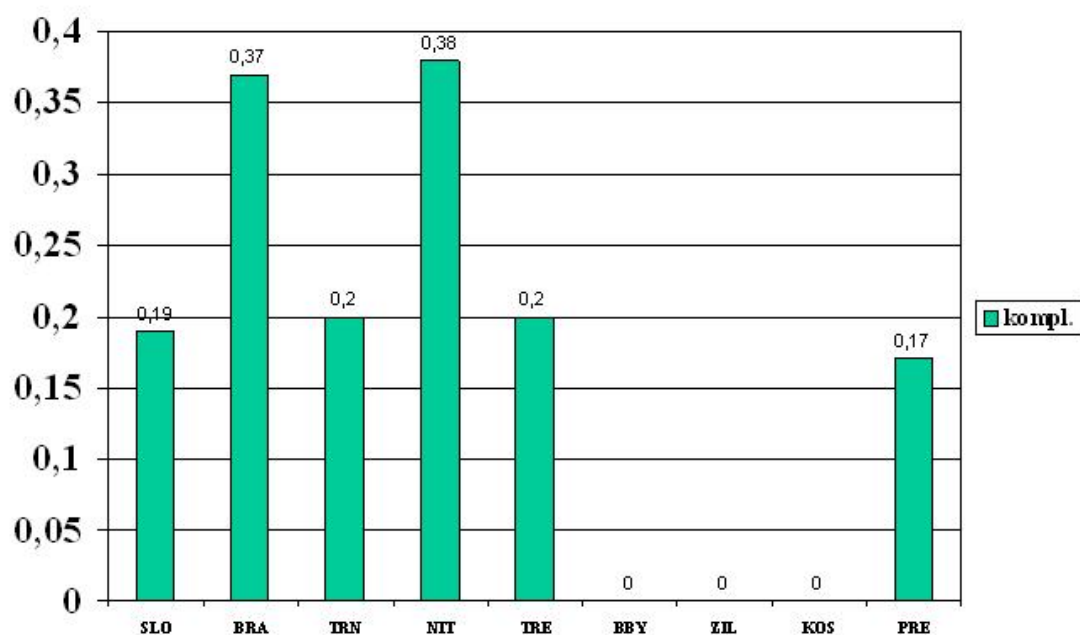
Komplikácie (perforácia + krvácanie + iné) v % Slovensko / 2013



Obr.22

Komplikácie v zmysle, perforácie, post polypektomického krvácania alebo úmrtia v súvislosti s kolonoskopiou boli evidované iba v 0,2% vyšetrení, čo je nízke číslo. Svedčí to pre dobrú kvalitu vyšetrení a poslúži ako argument pri propagácii bezpečnosti tohto invazívneho vyšetrenia v rukách skúsených lekárov pri propagácii kolonoskopie vo verejnosti. Úmrtie v bezprostrednej súvislosti s kolonoskopiou sme nezaznamenali.

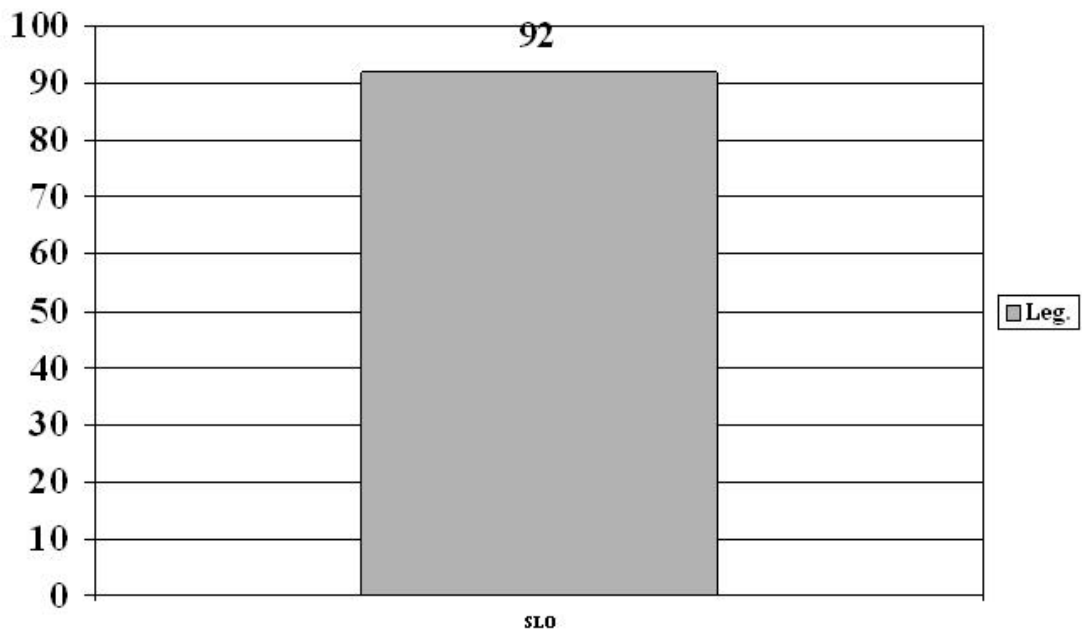
Komplikácie (perforácia + krvácanie + iné) v % Slovensko + kraje / 2013



Obr.23

Najvyššie % komplikácií 0,4% v Nitrianskom a najnižšie 0 % komplikácií v Trnavskom, Trenčianskom a Žilinskom kraji vytvára krajové spektrum aj v tomto parametre.

Extrakcia prístroja viac ako 6 min. v % Slovensko / 2013

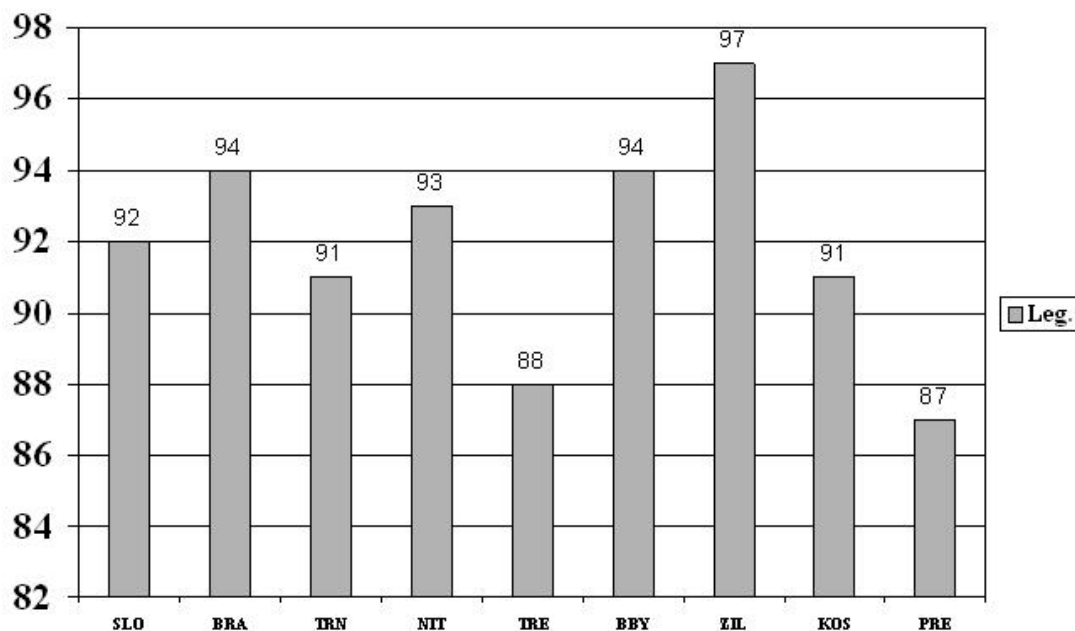


Obr. 24

Dĺžka extrakcie prístroja pri ktorej dochádza k podrobnému prezeraniu sliznice pri hľadaní patol. nálezov je dôležitá. 6 minút sa považuje v skúsených rukách za štandard kvality. Ak sa spoľahneme na údaje pracovísk, pretože tento parameter sa nedá jednoznačne objektivizovať, tak 91% je vynikajúce číslo .

Extrakcia prístroja viac ako 6 min. v %

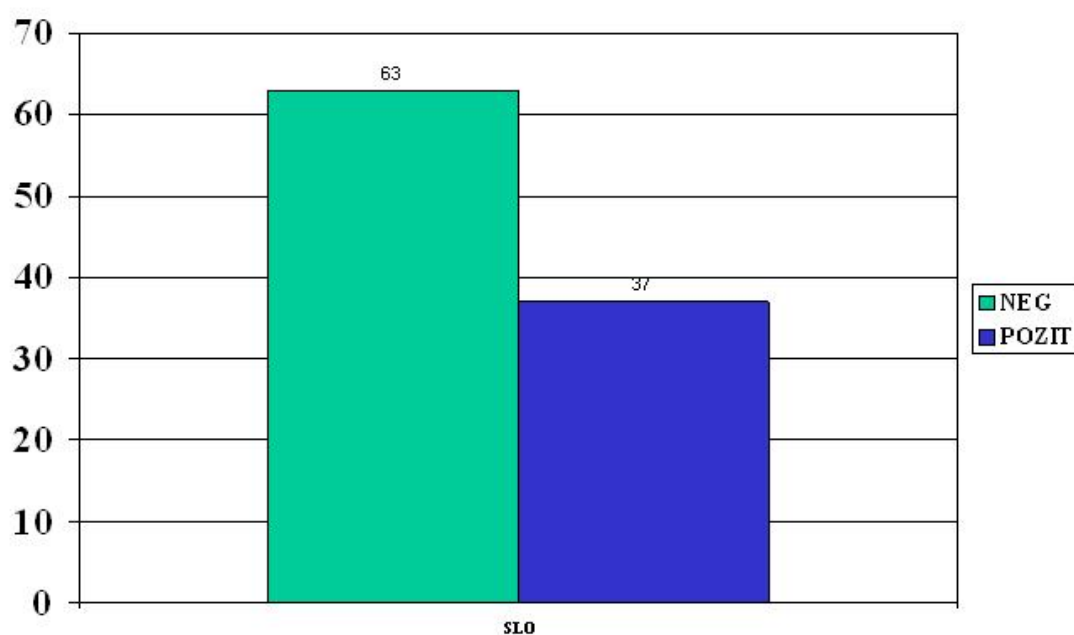
Slovensko a kraje / 2013



Obr.25

Hodnoty 85 a 81% v Trenčianskom resp. Prešovskom kraji sú nízke, no ich príčiny objektívne analyzovať nedokážeme. Možno to súvisí s vysokou pracovnou záťažou a tým menej času na jedno vyšetrenie. Evidované počty vyšetrení v týchto krajoch však toto nevysvetľujú. Logicky by malo byť ADR na týchto pracoviskách nižšie a riziko objavenia sa intervalových karcinómov vyššie. Naplnenie týchto predpokladov sa ukáza v budúcnosť. Budeme ich sledovať. Veríme že adresáti týchto informácií ich zoberú do úvahy. Táto správa by mala slúžiť i ako spätná väzba na zvyšovanie kvality práce na pracoviskách práve porovnaním sa s ostatnými.

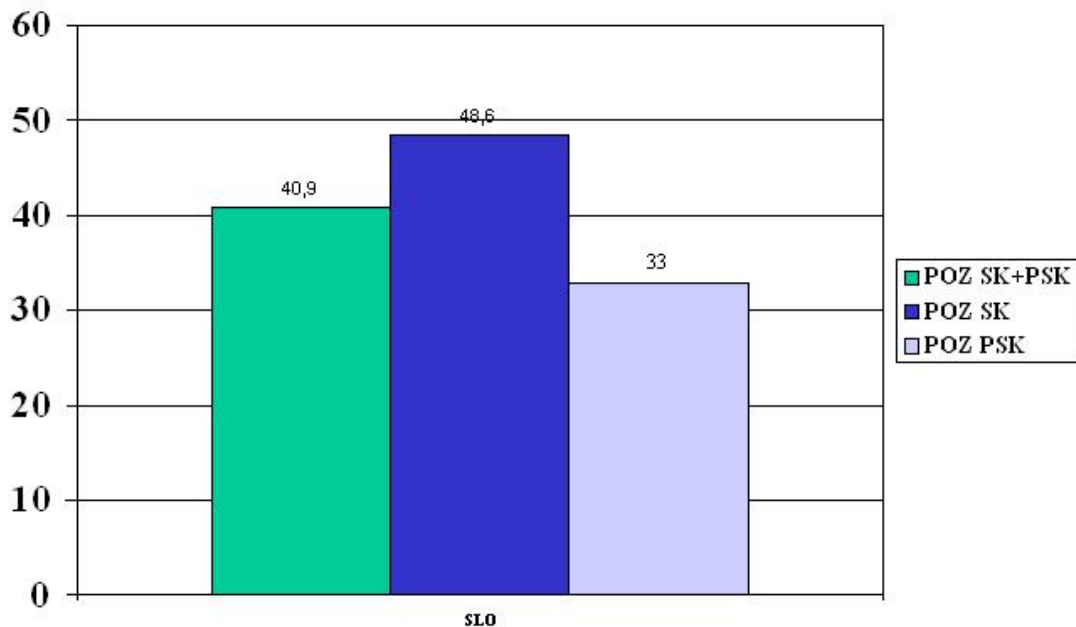
Negatívne / pozitívne SK +PSK kolonoskopie v %
Slovensko / 2013



Obr. 26

63% kolonoskopií SK a PSK bolo negatívnych z hľadiska neprítomnosti polypov alebo karcinómu. Znamená to tiež, že v 35% nálezov sa zistili polypy a/alebo karcinómy. Iné percentuálne zastúpenie bolo u skriningových a iné u primárne skriningových kolonoskopií. Vyplýva to z údajov na grafe č.27.

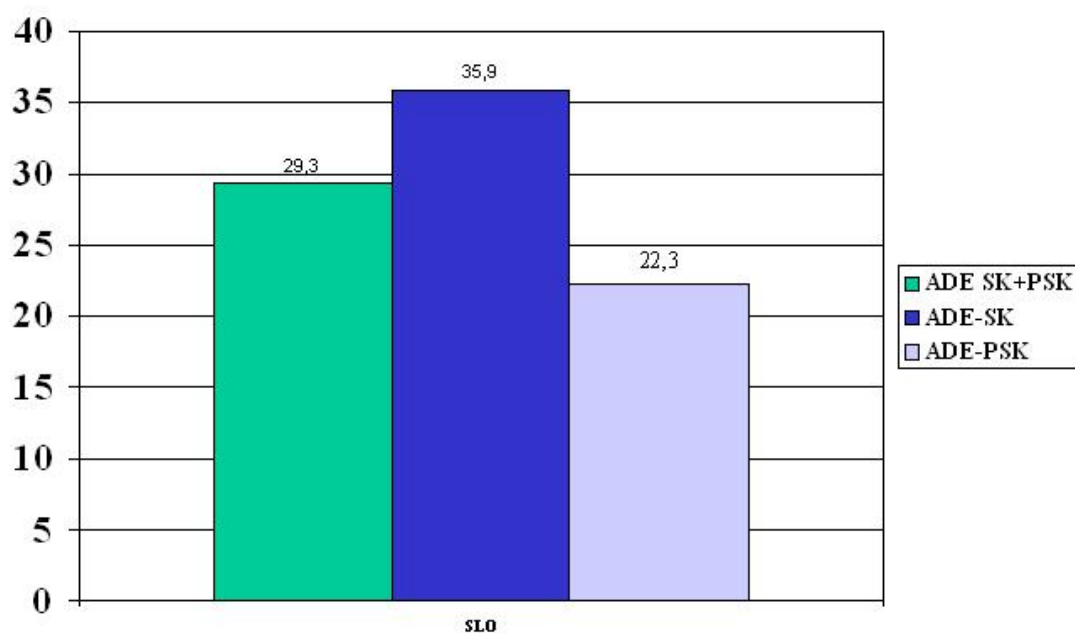
Pozitívne kolonoskopie v % Slovensko / 2013



Obr. 27

Tak ako sme očakávali, skriningové kolonoskopie zachytia pozitívne nálezy častejšie než primárne skriningové kolonoskopie, na ktoré chodia jedinci bez dokázaného pozitívneho TOKS. Pozitivita TOKS predsa len vyselektuje skupinu ľudí, kde je šanca na prítomnosť adenómu alebo karcinómu, ktoré sa už môžu prezradiť okultným krvácaním, vyššia. Toto nijako neznižuje význam primárne skriningových kolonoskopií. Skôr naopak. Porovnanie oboch typov kolonoskopií poukazuje na fakt, že skrining pomocou štandardizovaného TOKS má svoje pevné miesto v stratégii skriningu aj do budúcnosti. Treba iba nájsť spôsob aby ho akceptovalo aspoň 50% cieľovej populácie.

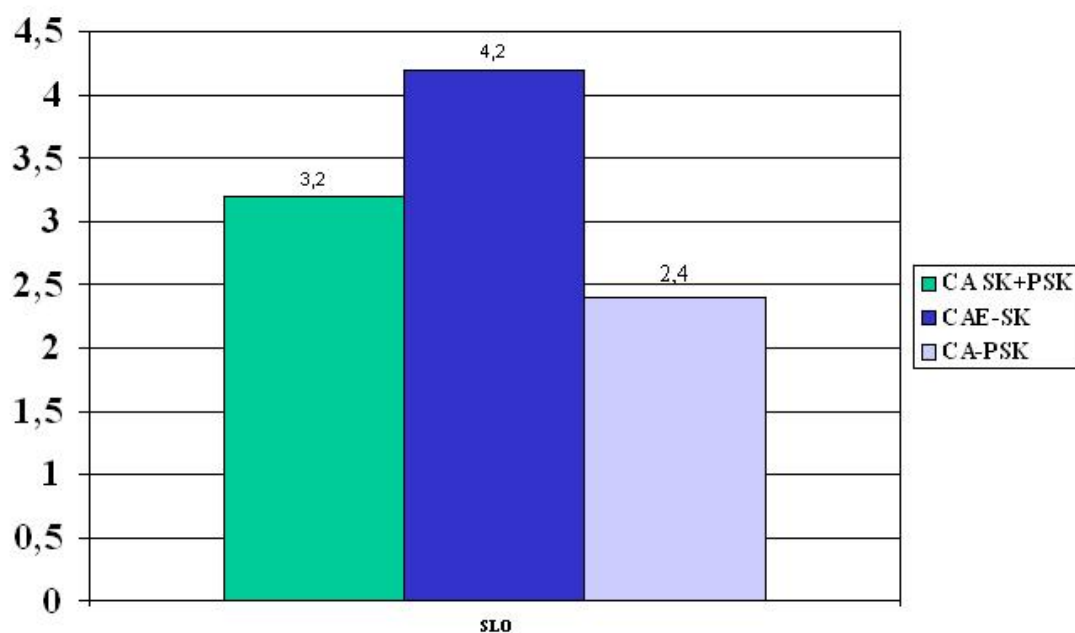
Počet jedincov s adenómami v % Slovensko / 2013



Obr. 28

V našom materiáli sme zistili o 13,6 % jedincov s adenómami u skrúningových kolonoskopií viac ako u primárnych skrúningových kolonoskopií. Pre laickú i odbornú verejnosť je tu dôležitý odkaz. Môžeme povedať, že až jedna pätina ľudí nad 50 rokov má prítomný minimálne jeden adenómový polyp v hrubom čreve a až za tretinou pozitívnych testov na okultné krvácanie sa skrýva adenómový polyp.

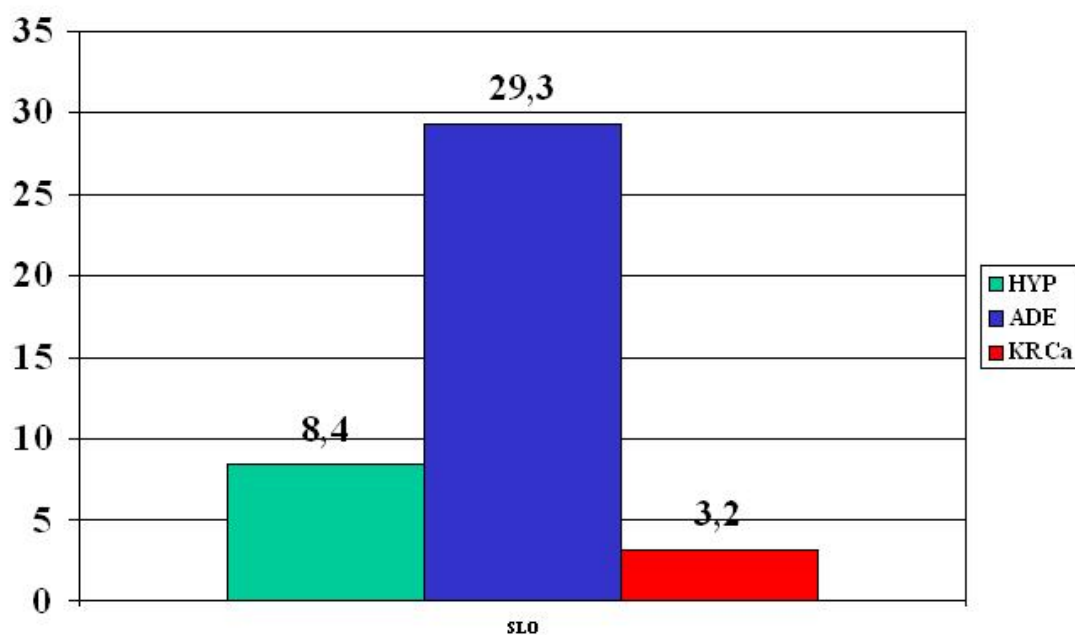
Počet jedincov s karcinómami v % Slovensko / 2013



Obr.29

Karcinómov je u skriningových kolonoskopií v našom materiáli o temer 2,5 % viac než u primárne skriningových kolonoskopií.

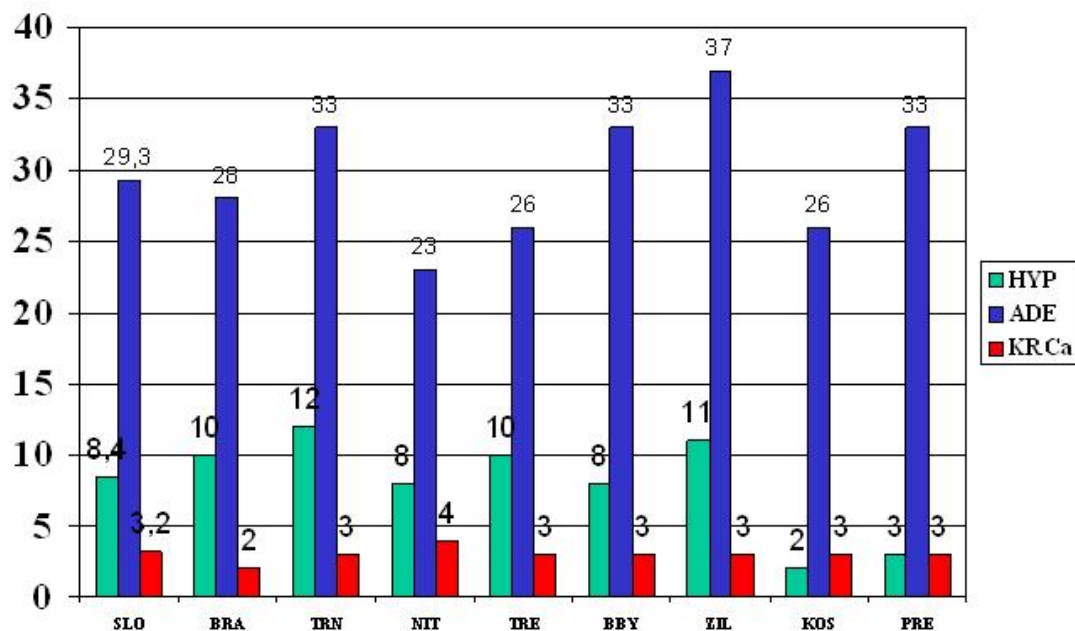
Počet pozit. jedincov SK+PSK (Hyp,Ad,Ca) v %
Slovensko / 2013



Obr. 31

Z pozitívnych nálezov sú zastúpené adenómy v 29,3 %, hyperplastické polypy v 8,4 a karcinómy v 3,2%. Tieto čísla zodpovedajú obvyklým výsledkom aj z veľkých zahraničných štúdií.

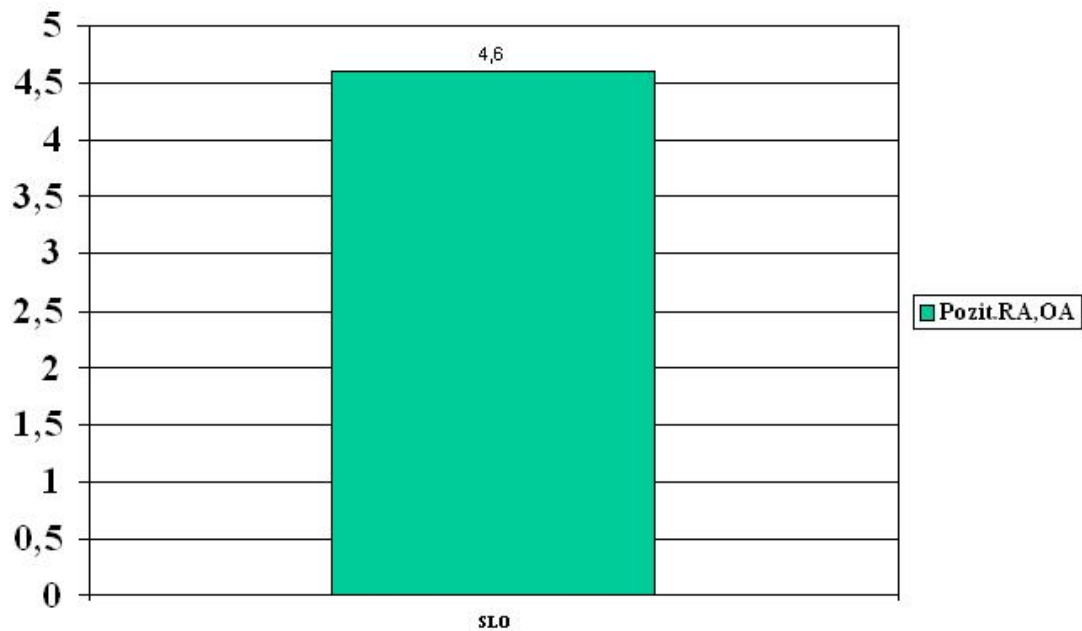
Počet pozit. jedincov (Hyp, Ad, Ca) v % Slovensko / 2013



Obr. 32

Najviac pozitívnych nálezov bolo identifikovaných v Banskobystrickom kraji a Žilinskom kraji. Najviac karcinómov sa diagnostikovalo v Žilinskom kraji. 8,1% pozitívnych jedincov malo zistený kolorektálny karcinóm. Zodpovedá to údajom o skrínngových kolonoskopiách, ktorých bolo v týchto krajoch vykonaných v porovnaní s PSK najviac zo všetkých krajov. Nejde tu teda o epidemiologicky „záhadne vyšší výskyt“ pozitívnych nálezov v porovnaní so Slovenskom ako celkom.

Zvýšené riziko KRCa (pozit. RA ,OA) v % Slovensko / 2013

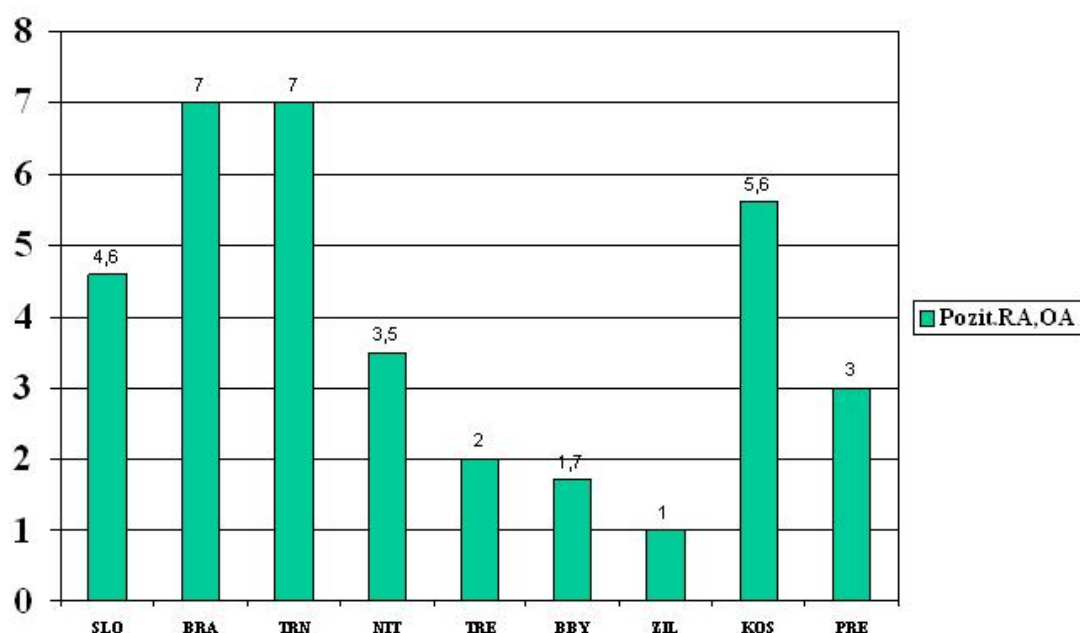


Obr. 33

Zvýšené riziko familiárne podmieneného KRCa sme identifikovali medzi SK a PSK na úrovni 4,5%. Toto číslo taktiež zodpovedá číslam zo zahraničných štatistík.

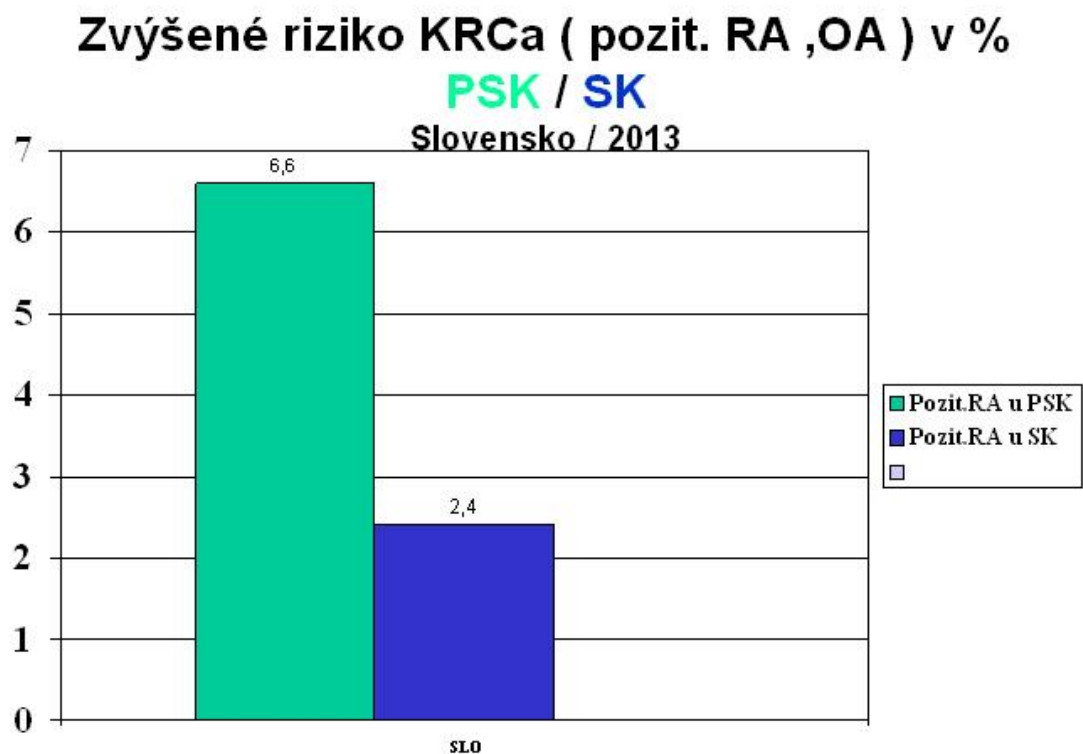
Zvýšené riziko KRCa (pozit. RA ,OA) v %

Slovensko / 2013



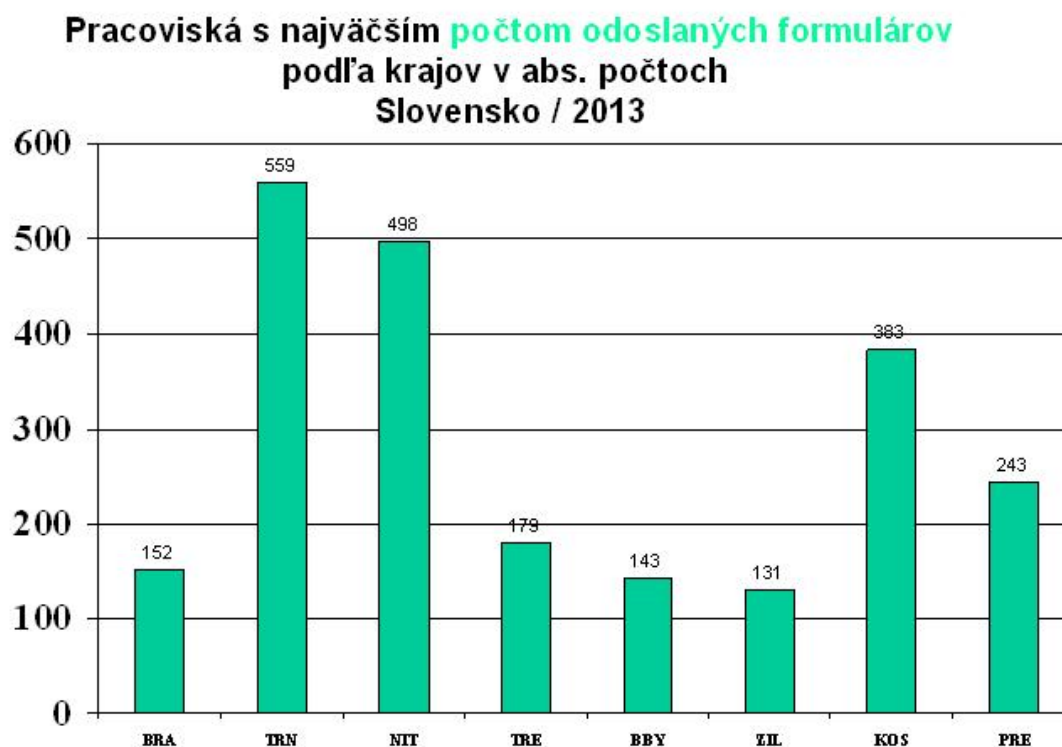
Obr. 34

Najvyššie percento z krajov dosiahla Bratislava 8,8%. Z dostupných údajov sa nedá posúdiť, či ide o absolútne navýšenie familiárne podmienených ochorení v Bratislavskom kraji alebo ide iba o pocktivejšie vyplnenie údajov o výskyte pozitívnej RA a OA u vyšetovaných jedincov zo strany lekárov. Chystáme adresnejší formulár, ktorý by dokázal prípadné markantné rozdiely identifikovať presnejšie. Môže to však byť aj efekt mediálnej kampane v marci 2013, ktoré sme spustili s OZ Europacolón Slovensko a ktorá bola zameraná na odhaľovanie potenciálneho rizika familiárne podmieneného kolorektálneho karcinómu. Táto kampaň bola v Bratislavskom a Trnavskom kraji zrejme najintenzívnejšia.



Obr. 35

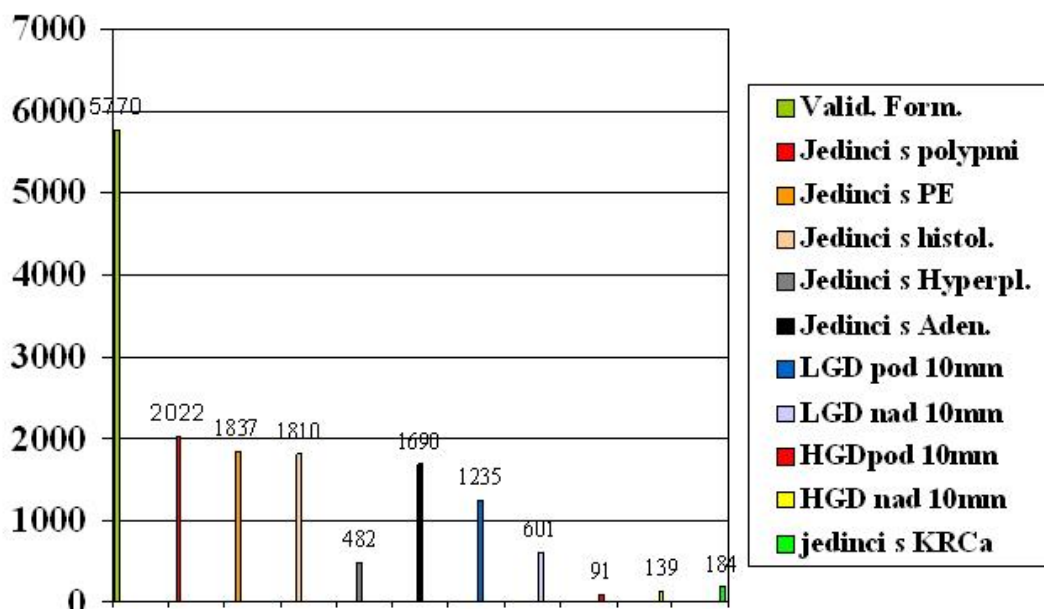
Ak predpokladáme, že motívom na vykonanie primárnej skrínigovej kolonoskopie môže byť aj prítomnosť kolorektálneho karcinómu v rodine a z toho vyplývajúce obavy z ochorenia, malo by byť percento pacientov s pozitívnou rodinnou anamnézou medzi primárnymi skrínigovými kolonoskopiami vyššie ako priemer. Výsledky nám to potvrdzujú.



Obr. 36

Najaktívnejšími pracoviskami boli tri neštátne pracoviská v Trnavskom, Nitrianskom a Košickom kraji. Silným motívom vykonávať skriningové kolonoskopie je určite správna politika poisťovní voči neštátnym zariadeniam, ktoré sú motivované vyšším bodovým hodnotením a bezlimitnosťou preventívnych vyšetrení. Lekárovi sa teda aj po finančnej stránke oplatí tieto vyšetrenia vykonávať. To je z hľadiska cieľov ktoré v prevencii sledujeme správny trend a sme radi, že sa ho podarilo zachovať aj v roku 2013.

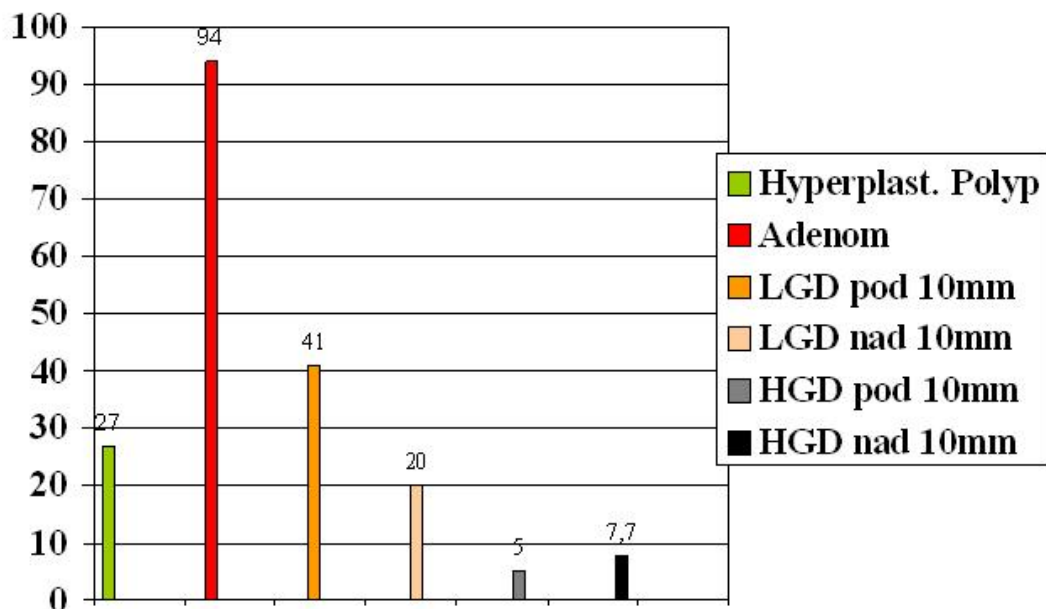
Absolútne počty jedincov s polypmi u SK + PSK v % Slovensko / 2013



Obr. 37.

Tento graf je zaujímavý z rôznych hľadísk. Rozdiely v počte zistených polypov , odstránených polypov a polypov odoslaných na histológiu by mali byť v ideálnom prípade nulové. V praxi to samozrejme možné nie je . Z našich údajov vyplýva, že až 91% zistených polypov je odstránených hneď na prvýkrát a 90% z nich sa dostane na histologické vyšetrenie. 10% polypov je riešených v ďalšom sedení. Budeme toto číslo sledovať do budúcnosti. Ak sa bude tento rozdiel znižovať znamená to, že existujú v našej práci rezervy. Ak bude rozdiel nemenný bude to znamenať , že za daných ľudských a materiálnych podmienok je to maximum, ktoré vieme dosiahnuť. Veríme, že spomínaný rozdiel sa nebude zväčšovať.

Pacienti s histologizovanými polypmi u SK + PSK v % Slovensko / 2013



Obr. 38

94 % histologizovaných polypov tvorili pacienti s adenómami. Z nich bolo 61% s LGD a 12,7% s HGD. Uvedené výsledky dávajú konečný zmysel našej práce, ktorým je odhaľovanie včasných foriem kolorektálneho karcinómu a jeho prekursorov.

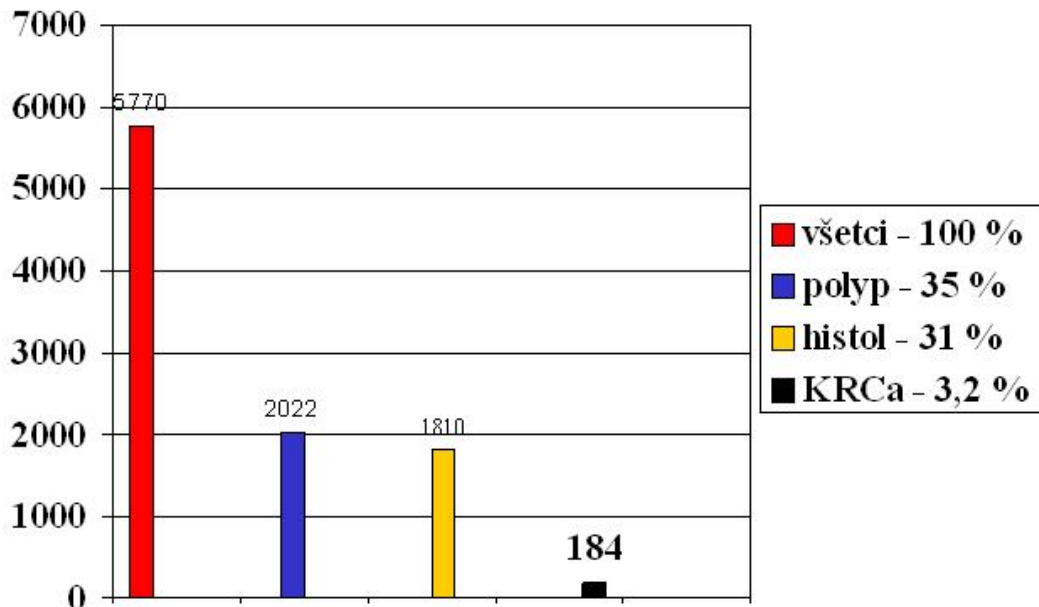
Odborná verejnosť má teda už druhý rok k dispozícii objektívne výsledky ohľadne incidencie prekursorov kolorektálneho karcinómu. Tieto výsledky umožňujú presné prognózovanie vývoja kolorektálneho karcinómu v našej populácii, môžu slúžiť na zhodnotenie kvality skríningu, umožňujú prognózovať ekonomickú záťaž a úspory pre zdravotný systém a mnoho ďalších zaujímavých výstupov.

Vysvetlivky_

LGD- (low grade dysplasia) adenóm sa vydal na cestu k malígnemu zvrhnutiu

HGD –(high grade dysplasia) adenóm už má znaky malígneho zvrhnutia sa avšak ešte neprerástol cez sliznicu hrubého čreva

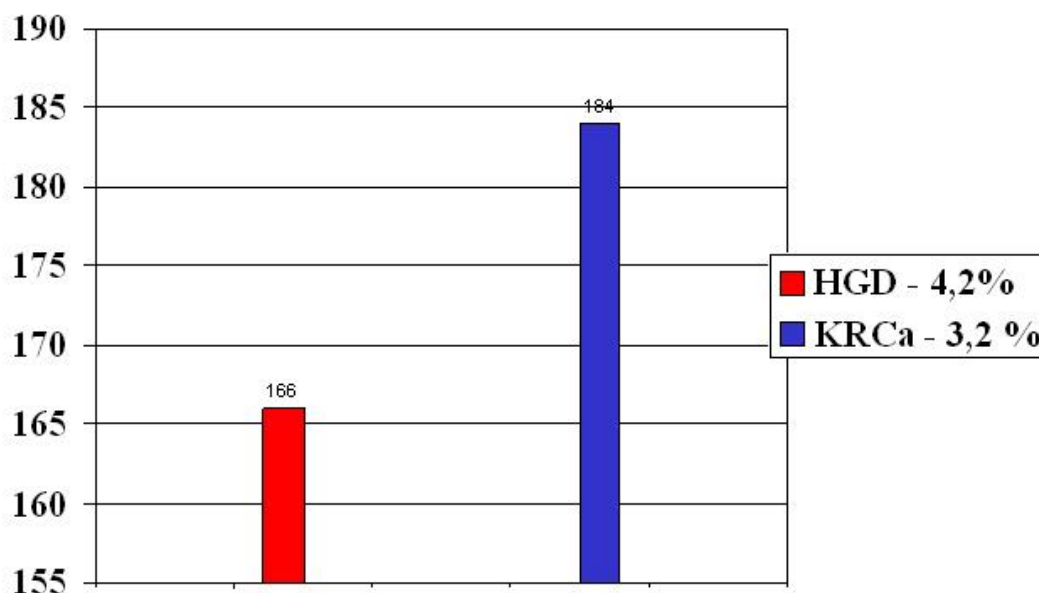
Pacienti s polypmi u SK + PSK v absol.hodnotách Slovensko / 2013



Obr. 39

V absolútnych číslach to znamená, že u 1837 kolonoskopicky vyšetrených pacientov sa našli a odstránili polypy a z nich bolo 1810 histologizovaných. U 184 pacientov sa zistil kolorektálny karcinóm. Stupeň pokročilosti karcinómu sa nedá presne určiť, pretože nemáme k dispozícii výsledky od všetkých operovaných pacientov. Odhadujeme však, že asi 70% karcinómov sa nachádzalo v štádiu I a II, čo znamená že sa dá 5 ročné prežívanie u týchto ľudí očakávať až v 90%. Ak by sa nám podarilo spárovať naše údaje s údajmi Národného onkologického registra údaje by boli presnejšie.

Pacienti s HGD adenómami a karcinómami u SK + PSK v absol. hodnotách
Slovensko / 2013



Obr. 40

Za rok 2013 bolo na základe zdokumentovaných údajov z certifikovaných kolonoskopických pracovísk zachytených 184 kolorektálnych karcinómov. U 166 pacientov sa odstránil adenómy s HGD pomocou kolonoskopickéj polypektómie čo znamená, že týmto ľuďom bol odstránený včasný karcinóm. Odhad 70% záchytu včasných chirurgicky vyliečiteľných karcinómov znamenal 129 zachránených ľudských životov.

Znamená to, že máme zdokumentovaných 295 zachránených životov v roku 2013 vďaka spätnoväzobným údajom z certifikovaných kolonoskopických pracovísk.

Ak si predstavíme, že preventívne kolonoskopie by sa vykonávali iba na certifikovaných pracoviskách a legislatívna úprava by nútila k 100% aktivite týchto pracovísk, vedeli by sme celkom presne zhodnotiť efektivitu tohto procesu nielen z medicínsko- morálneho hľadiska ale aj z hľadiska ekonomicko - prognostického.

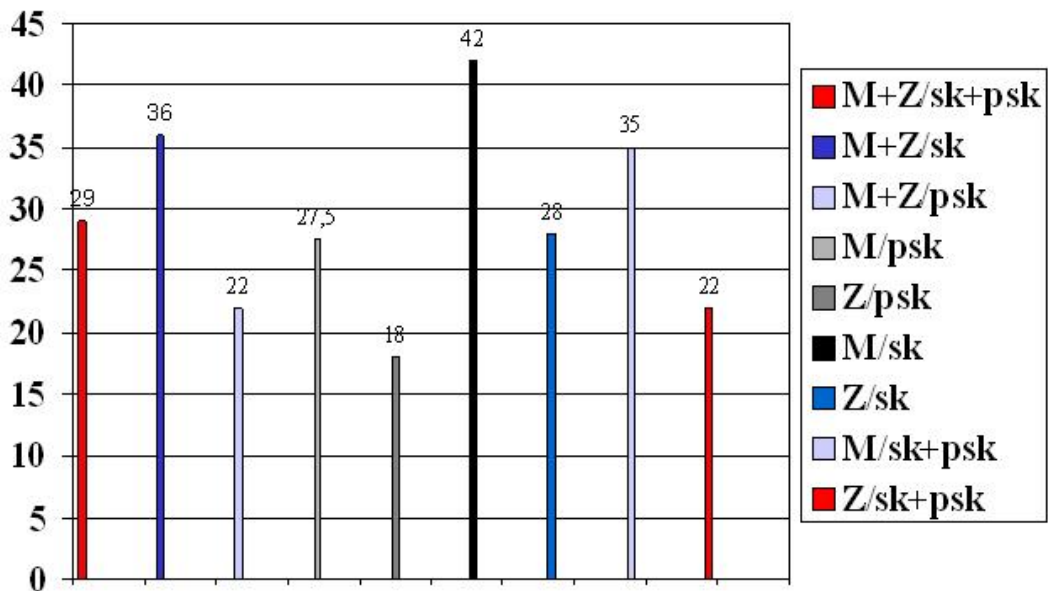
Ak predpokladáme, že sa na Slovensku v skutočnosti aj na necertifikovaných pracoviskách vyšetrila ďalšia tretina ľudí odhadujeme, že celkový počet zachránených životov na Slovensku v roku 2013 činil minimálne 393jedincov.

Ak by na skriningové vyšetrenia chodilo na Slovensku 50% ľudí nad 50 rokov odhadujeme, že by sa ročne zachránilo 1887 ľudských životov. Žiaľ dnešná asi 10% účasť na oportúnnom skriningu nedovolí toto číslo dosiahnuť. Snaha o uskutočnenie centralizovaného skriningu, ktorý by tú 50% účasť na skriningu veľmi pravdepodobne zabezpečil a bol už materiálne, personálne aj finančne pripravený na spustenie v marci 2014 sa nestretla s pochopením kompetentných politických i zdravotníckych autorít.

Vysvetlivky: HGD- high grade dysplasia (karcinóm ktorý ešte neprenikol mimo sliznicu hrubého čreva)

KRCa-kolorektálny karcinóm (rakovina hrubého čreva a konečníka)

ADR v % Slovensko / 2013



Obr.41

ADR alebo adenoma detection rate je jedným z najdôležitejších kritérií kvality pri posudzovaní preventívnych kolonoskopií. Nízka hodnota tohto kritéria znamená väčšiu pravdepodobnosť objavenia sa intervalového tumoru. Je preto dôležité poznať na akej úrovni tieto vyšetrenia robíme. Prvým predpokladom je však existencia spoľahlivého systému, ktorý zistí presné počty histologizovaných adenómov aj presné údaje o horemenovaných kritériách. Vďaka existencii systému u nás vieme spoľahlivo hodnotiť našu prácu aj z tohoto hľadiska.

ADR hovorí o tom u koľkých kolonoskopií sa podarilo zachytiť adenómy. Tieto počty sa menia s vekom (iný výskyt bude u ľudí pod 50 rokov a iný nad 50 rokov) pohlavím, (u mužov sú adenómy častejšie než u žien) a taktiež podľa typu kolonoskopie. U skrínigových kolonoskopií je pravdepodobnosť zachytenia adenómu väčšia než u primárnych skrínigových kolonoskopií, pretože pacienti s pozitívnym TOKS sú už z hľadiska prítomnosti adenómu koncentrovanejšou vzorku než pacienti bez vykonaného TOKS. Existuje mnoho ďalších faktorov, ktoré tento index ovplyvňujú (prevalencia adenómov, skúsenosť kolonoskopistu, stupeň vyčistenia, čas extrakcie kolonoskopu, technické vybavenie a podobne), avšak horeuvedené tri faktory sú najdôležitejšie a majú najväčšiu váhu.

Rôzne gastroenterologické spoločnosti si stanovili rôzne kritériá. Najväčšie počty preventívnych kolonoskopií na svete majú vykonané v USA a je predpoklad, že ich kritériá budú najpresnejšie. Podľa nich ADR u mužov by mal dosahovať aspoň 25% a u žien 15% u jedincov starších ako 50 rokov bez ohľadu nato či šlo o skrínigovú alebo primárne skrínigovú kolonoskopiu. Z našich údajov sme schopní ADR zhodnotiť tak podľa pohlavia ako aj podľa typu vykonanej kolonoskopie. Na hodnotách grafov vidieť ako sú tieto ovplyvňované uvádzanými premennými. Najčastejšie sa teda adenóm vyskytuje u mužov s pozitívnym TOKS, ktorí prišli na

skriningovú kolonoskopiu. Najmenej sa adenóm vyskytuje u žien, ktoré sa podrobili primárnej skriningovej kolonoskopii.

Údaje jednoznačne svedčia o splnení aj tohto kritéria kvality na našich certifikovaných pracoviskách. Americké kritériá prekonávame u mužov o 10% a u žien o 7%. Zrejme to ide na vrub vyššej incidencie kolorektálnych karcinómov a teda aj ich prekursorov na Slovensku, pretože patríme na prvé miesta na svete tohto neslávneho rebríčka. Kvalita práce našich kolonoskopistov je určite porovnateľná s prácou amerických kolegov takže hodnoty môžeme porovnávať.

Vysvetlivky: ADR- (adenoma detection rate) percento kolonoskopií u ktorých sa zistili adenómy.

M-muži

Z-ženy

sk- skriningová kolonoskopia. Je to typ preventívnej kolonoskopie vykonávanej u ľudí, ktorým bol zistený pozitívny test na okultné krvácanie tzv. TOKS.

psk- primárna skriningová kolonoskopia. Je to typ preventívnej kolonoskopie u ľudí ktorí si dajú urobiť kolonoskopické vyšetrenie z dôvodu prevencie kolorektálneho karcinómu a nebol im robený TOKS.

Záver

Chcel by som sa za Gastroenterologickú spoločnosť poďakovať všetkým spolupracovníkom, ktorí si našli čas a umožnili rozbehnúť a udržiavať pri živote systém spätnej väzby. Okrem jedinečných údajov z ktorých sa dá objektívne posúdiť úroveň diagnostického i liečebného postupu v boji s kolorektálnym karcinómom, slúži tento systém aj ako nespochybniteľný argument voči tým, ktorí by spochybňovali našu prácu. Inak obstoja argumenty voči nespokojným pacientom a ich právnikom ak je možné našu prácu zdokumentovať týmto spôsobom. Nech túto pridanú hodnotu nemusíme využiť. Ak by predsa verím, že neoprávnené sťažnosti na našu neľahkú prácu sa budú môcť iba sotva uplatniť.