

Diagnostika nádorů u mladých dospělých – jaká je role lékaře primárního kontaktu?

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie FN Brno

Lékař primárního kontaktu má významné místo v diagnostice onkologických onemocnění a péči o onkologického pacienta. Iniciální příznaky a časná diagnóza jsou pro onkologického pacienta a jeho osud klíčové. Příčiny pozdní diagnózy u onkologicky nemocných mladých lidí jsou multifaktoriální. Zkrátit dobu od objevení se příznaků k diagnóze a zahájení efektivní léčby lze pouze širokou spoluprací na všech úrovních, odstraňováním administrativních bariér při odesílání pacienta na specializované onkologické pracoviště a zlepšením interdisciplinární spolupráce.

Klíčová slova: nádory, mladí dospělí, lékař primárního kontaktu.

Diagnosis of cancer in young adults – what is the role of primary care practitioner?

The general practitioner has an important role in the diagnosis of oncological diseases and the care of an oncological patient. Initial symptoms and early diagnosis are crucial for the oncology patient and his fate. The causes of diagnostic delay in oncology of young people are multifactorial. Reducing the time from the discovery of first symptoms to diagnosis and initiating effective treatment can only be achieved through wide-ranging collaboration at all levels, removing administrative barriers to sending a patient to a specialized oncology department and improving interdisciplinary collaboration.

Key words: cancer, young adults, primary care practitioner.

Úvod

Nádorová onemocnění v populaci jsou často opakovaným tématem a jsou v centru pozornosti nejen zdravotních profesionálů, ale i laiků a široké veřejnosti. Ve vztahu nádoru k věku se obvykle mluví o nádorech u dětí a dospívajících a nádorech starší populace. Už poměrně málo se diskutuje o nádorech u mladých dospělých pacientů. Kromě jiných důvodů je to dáno i tím, že definice věkové skupiny mladých dospělých není přesná a liší se dle různých zdrojů. Severoamerická dětská onkologická organizace Childrens Oncology Group (COG) vymezuje věk mladých dospělých od 20 let do 49 let. V dospělých onkologických skupinách se definice mladých pacientů v onkologii liší dle jednotlivých diagnóz (např. u nádorů prsu se bere věková hranice pod 40 let, u karcinomu kolorekta pod

50 let věku apod.). Pokud by jsme brali do úvahy pouze věk, tak pro potřeby této publikace jsme vymezili věk mladých dospělých od 20 let do 35 let věku. V této věkové skupině žije aktuálně v České republice 2 042 946 lidí, co představuje téměř 20 % všech obyvatel (19,4 %) (ÚZIS ČR).

Skupina mladých dospělých má v onkologii své zvláštní místo – ještě se mohou objevit nádory typické pro dětský věk (leukemie, lymfomy, sarkomy kostí a měkkých tkání), ale většinu již tvoří nádory typické pro dospělý věk (různé typy karcinomů) (obrázek 1).

Spektrum nádorů se i v této skupině mění s věkem pacientů, nejčastější typy nádorů ve vztahu k věku u pacientů v České republice jsou na obrázku 2. Incidence zhoubných nádorů u mladých dospělých má pomalu stoupající incidenci, se zvyšujícím se věkem stoupá i počet

nádorů. Mírně častější je výskyt u mladých žen (tabulka 1).

Lékař primárního kontaktu má významné místo v diagnostice onkologických onemocnění a péči o onkologického pacienta. Spolupráce lékaře primárního kontaktu a onkologa se prolíná ve všech fázích starostlivosti o onkologicky nemocného pacienta bez ohledu na jeho věk:

- iniciálně je klíčová role lékaře primárního kontaktu ve vyjádření podezření na nádorové onemocnění a jeho časná a správná diagnostika (1)
- role lékaře primárního kontaktu v průběhu aktivní onkologické léčby je nezastupitelná při klinických a laboratorních vyšetřeních v průběhu léčby, diagnostice a léčbě komorbidit či komplikací (1, 2)



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Viera Bajčiová, CSc., Bajciov.Viera@fnbrno.cz

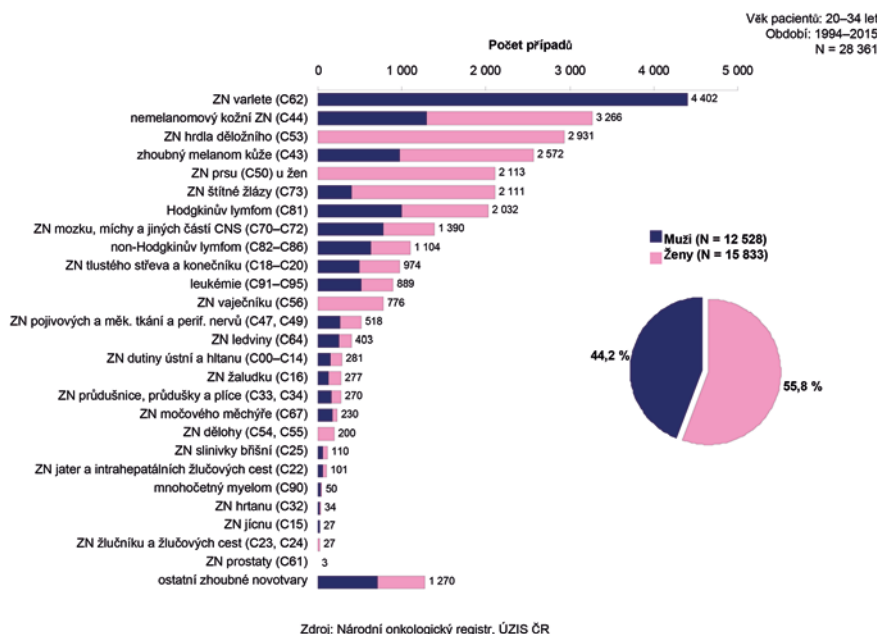
Klinika dětské onkologie FN Brno, Černopolní 9, 613 00 Brno

Cit. zkr: Med. praxi 2018; 15(2): 93–97

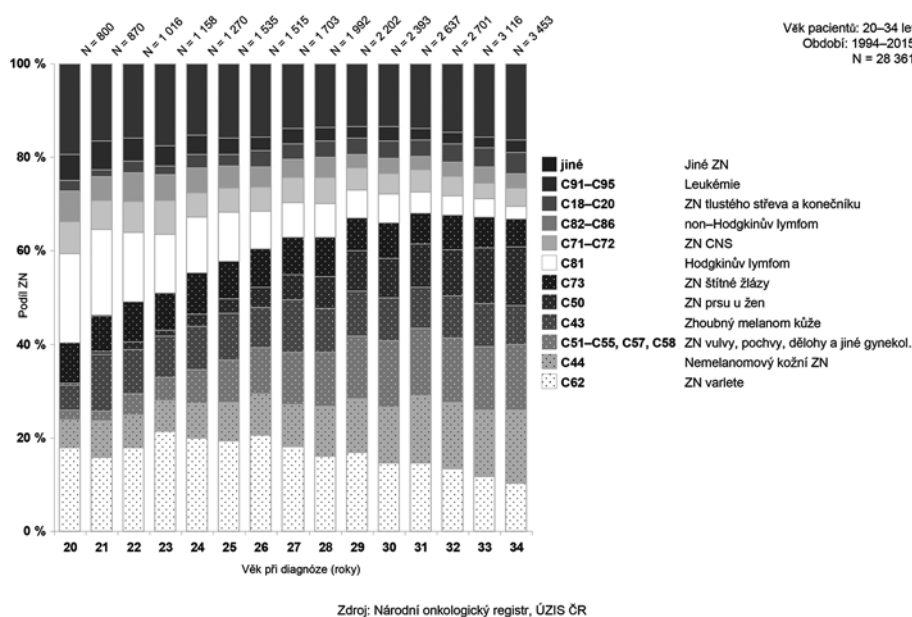
Článek přijat redakcí: 5. 12. 2017

Článek přijat k publikaci: 2. 1. 2018

Obr. 1. Incidence zhoubných onemocnění u mladých dospělých v období 1994–2015 dle pohlaví



Obr. 2. Spektrum zhoubných onemocnění dle věku v čase diagnózy u mladých dospělých v období 1994–2015



Tab. 1. Incidence zhoubných nádorů u mladých dospělých dle pohlaví a věku v České republice (zdroj: ÚZIS ČR)

	20–24 let	25–29 let	30–34 let
Muži			
absolutní počet	95	179	274
počet na 100 000	30,6	50,4	71,7
Ženy			
absolutní počet	116	228	395
počet na 100 000	39,1	67,4	109,7

■ lékař primárního kontaktu v dlouhodobém sledování po ukončení onkologické léčby (tzv. cancer survivors) je pro pacienta nesmírně důležitý v rozpoznání a časné diagnostice pozdních komplikací předchozí onkologické léčby a diagnostice sekundárních malignit

■ nezastupitelná je role lékaře primárního kontaktu v terminální péči

Vzhledem k širokému okruhu problémů a vztahů lékař primární péče a onkologický pacient a/nebo onkolog – specialista se budeme

v našem sdělení věnovat pouze významu lékaře primárního kontaktu v diagnostice maligních nádorů.

Role lékaře primárního kontaktu v časné diagnostice nádorů

Lékař primárního kontaktu představuje první styčný bod pacienta se zdravotnickým systémem, otevírá dveře (tzv. gatekeeper) v procesu diagnostiky různých nemocí včetně zhoubných nádorů. Jeho role v rozpoznání potenciálního nebezpečí rozvoje zhoubného onemocnění je velmi náročná, protože mnoho zhoubných nádorů a nemocí se iniciálně prezentuje nespecifickými příznaky, které mohou imitovat spoustu jiných běžných chorob. V populaci existují skupiny, u kterých je zvýšené riziko vzniku specifického typu nádoru, tzv. rizikové skupiny. Kromě zásadního rizikového faktoru, kterým je věk, existují i hereditární rizika, o kterých by měl být lékař primárního kontaktu informován (hereditární familiární syndromy asociované se vznikem maligního onemocnění). V onkologii je známo téměř 200 hereditárních syndromů asociovaných se vznikem nádorů. Podezření na genetickou predispozici vzniká při kumulaci jistých typů nádorů u více členů rodiny, nádorů u mladých jedinců, vícečetných nádorů nebo nádorů párových orgánů atd. Podezření na hereditární predispozici by mělo vést k odeslání na genetické testování a následnou dispenzarizaci pacienta u příslušného specialisty dle typu nádoru.

Lékař primárního kontaktu má důležitou roli v primární prevenci nádorových onemocnění a onkologickém skríningu. Ve věkové skupině mladých dospělých do 35 let neprobíhá žádný celonárodní skríningový program. V rámci primární prevence by měl lékař primárního kontaktu dbát na pravidelné preventivní prohlídky a upozorňovat na dodržování zdravého životního stylu. Upevňovat v mladých dospělých pocit vlastní odpovědnosti za své zdraví (1).

Sekundární onkologická prevence je zaměřena na časné zjištění nádorového onemocnění. V rámci sekundární prevence jsou rovněž důležité preventivní prohlídky, samovyšetření varlat u mladých mužů a prsou u mladých žen (www.maskoule.cz, www.rucenaprsa.cz). U mladých žen je nutno dbát na pravidelné gynekologické prohlídky minimálně 1x ročně.

Obr. 3. Úrovně pozdní diagnostiky (Bajčiová)

Právě v oblasti sekundární prevence může dojít vlivem různých faktorů k selhání, přehlédnutí prvních příznaků nádoru a oddálení správné diagnózy (3).

Příčiny pozdní diagnostiky nádorů

Příčiny pozdní diagnostiky zhoubných nemocí jsou multifaktoriální a zpoždění může nastat

z mnoha příčin (obrázek 3). Dosud neexistuje způsob standardizovaného a validovaného měření časového intervalu (dle pacienta, dle lékaře primárního kontaktu, dle lékaře specialisty atd.). Tyto údaje se mohou lišit. Dle studie publikované Larsenem se lékař a pacient shodli na časovém intervalu ve 21 %, v časovém intervalu 1 měsíce byla dosažena shoda ve 50,1 % (4, 5).

Prvním rizikovým faktorem pro pozdní diagnostiku nádoru může být samotný mladý pacient, jeho osobnost, úroveň jeho znalostí o vlastním těle, poznání rizik a úroveň zdravotní vzdělanosti a osvěty. V mladém věku jsou obavy ze vzniku závažného onkologického onemocnění obecně velmi nízké. Mladí muži obvykle odkládají návštěvu lékaře déle než mladé ženy. V zahraničí je významným rizikovým faktorem i procento pacientů, kteří nemají zdravotní pojištění a vzdálenost bydliště pacienta od onkologického centra (6). V našich podmínkách tyto poslední dvě příčiny nehrají zásadní roli. Samotný nádor obvykle nebolí, takže svoji roli při odkládání návštěvy lékaře hraje nevšímavost, lhostejnost, podcenění příznaků nebo naopak obavy z onkologické diagnózy, nedostatek času a preference či řešení jiných problémů (škola, zaměstnání, sport, partnerské vztahy atd.). Přítomnost komorbidit naopak délku intervalu prvního kontaktu s lékařem zkracuje. Velké procento mladých lidí však bere zdraví jako fakt, který automaticky patří k jejich mládí. Ve zpoždění diagnózy ze strany pacienta jsou důležité dva časové intervaly – interval hodnocení (appraisal

Tab. 2. Nejčastější příznaky, které mohou imitovat zhoubné onemocnění (Bajčiová)

Příznak	Maligní onemocnění	Jiná nemoc
Teploty	leukemie, lymfomy, sarkomy	infekce
Zvracení	mozkový nádor, nádory dutiny břišní	infekce, gastroezofageální reflux, insuficience kardie
Zácpa	nádory tlustého střeva, nádory malé pánve	dietetické zvyklosti, megakolon, sedavé zaměstnání
Kašel	nádory krku a mediastina, nádory plic a bronchů	infekce horních a dolních DC, alergie
Bolesti kostí/svalů	leukemie, sarkomy kostí, metastatický nádor	úraz, virová infekce, revmatoidní onemocnění
Bolesti hlavy	nádory mozku	migréna, hypertenze, infekce
Lymfadenopatie	leukemie, lymfomy, metastázy jiných nádorů	infekce, zoonózy, autoimunitní nemoci
Hematurie	nádory ledvin a močového měchýře	glomerulonefritida, urolitiáza, úraz, infekce
Dysurické potíže	nádory močového měchýře, nádory malé pánve	infekce, vrozené malformace

Tab. 3. Klinické „red flags“ asociované se zhoubnými nádory

Klinický příznak	Plus přidatné rizikové příznaky
Bledost, únava, malátnost	Perzistuje, obvykle se známkami infiltrace KD
Teploty	> 2 týdny bez zjevné příčiny + pocení, bledost, kostní bolest...
Rekurentní infekce	Asociované s bledostí, petechiemi, bolestmi kostí, hmatnou masou...
Anorexie, ztráta váhy	Asociované s významným zhubnutím + infekce, bledost, průjem...
Lymfadenopatie	Perzistentní/progredující > 4–6 týdnů, hubnutí, teploty, velikost > 2 cm
Krvácivé projevy	Bledost, rekurentní infekce, slabost, malátnost
Bolesti hlavy	Perzistující, spojené se zvracením +/- neurologickým deficitem, křeče
Změny chování a osobnosti	Progresivní, jinak nevysvětlitelné + bolesti hlavy
Hmatná břišní masa	Jakákoliv + asociace s bolestí, obstrukcí, hematurií či hypertenzí
Hepatosplenomegalie	I když je samostatná bez ostatních příznaků
Zvracení	Perzistentní, rekurentní, asociované s ranními bolestmi hlavy
Bolesti kostí, kulhání	Noční bolest, déle než 2 týdny + hmatná masa, poruchy chůze
Bolesti zad, tortikolis	Horší v noci + teploty, neurologické abnormality, žádné trauma anamnest.
Hmatná masa krk, trup, končetiny	Jakákoliv masa > 2 cm, tuhá, fixovaná
Retence moče, enuréza	Náhle vzniklá, asociována s břišní masou, neurologickým deficitem
Skrotální masa	Náhle vzniklá, jednostranná
Otok a hypertrofie gingiv	Jinak nevysvětlitelná
Kožní manifestace	„ekzém“ neodpovídající na konvenční léčbu, pigmentované znaménko...

interval), tj. od objevení se prvního příznaku po rozpoznání jeho potenciální závažnosti a tzv. interval hledání pomoci (help seeking interval), tj. od rozeznání závažnosti příznaku po návštěvu lékaře primárního kontaktu (5, 7).

Faktor rodiny a rodičů, kteří mají důležitou roli u včasného rozpoznání prvních příznaků maligních onemocnění u dětí, již u mladých dospělých nemají zásadní vliv. Pokud se ale jedná o sociálně slabší rodiny nebo rodiny s minimálním vzděláním, tento fakt může ovlivnit úroveň zdravotních informací a osvěty a oddálit tak první návštěvu u lékaře (5, 6).

Příčin zpoždění diagnózy ze strany **lékaře primárního kontaktu** je několik, často jsou tyto příčiny kombinované. Mezi nejčastější důvody pozdní diagnózy nádorů u mladých dospělých patří nepoznání nebo podcenění příznaků spo-

jených se vznikem nádoru a jejich nesprávné vyhodnocení, přetížení množstvím pacientů a vyšetření, nedostatečné vyšetření nebo nesprávný výběr vyšetření, neznalost problematiky typů nádorů typických pro mladý věk a jejich frekvence výskytu. V praxi často převládá rutina, a při mnohdy se administrativní zátěži často hraje roli i syndrom vyhoření (3, 5).

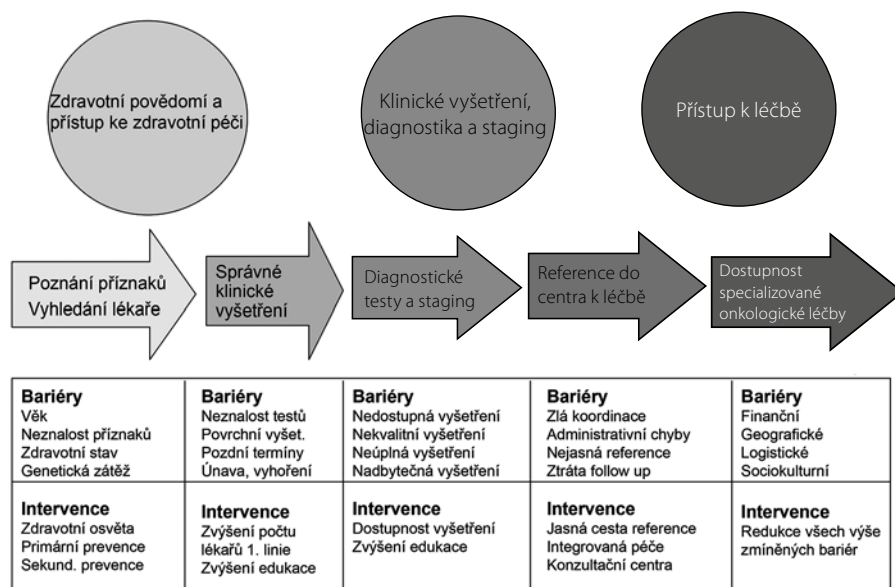
Klinické příznaky zhoubných nemocí závisí na typu nádoru, jeho velikosti a rychlosti růstu, na lokalizaci nádoru a v neposlední řadě na přítomnosti a lokalizaci metastáz. Příznaky maligních nádorů mohou být nespecifické (běžné), které iniciálně nevedou k podezření na nádor, příznaky asociované s rizikem vzniku nádoru (tzv. warning signs) a příznaky alarmující. Všeobecně lze říci, že jakýkoliv příznak neodpovídající na adekvátní léčbu a trvající po dobu delší než 3–4

týdny, pro který není jiné vysvětlení, by měl vyvolat podezření na zhoubné onemocnění (tabulka 2). Příznaky zhoubných nádorů jsou lokální, systémové a paraneoplastické. Pozitivní prediktivní diagnostickou hodnotu systémových příznaků zvyšuje přítomnost lokálního příznaku. Klinické příznaky mohou být způsobeny přímo růstem nádoru, produkcí hormonů či jiných působků nádorem nebo metastázami nádoru (5, 8–11).

Hlavním cílem vyšetření u lékaře primárního kontaktu je rozeznat a diagnostikovat nemoci, které mohou nádor imitovat, dále rozeznat příznaky podezřelé z nádoru, tzv. výstražné příznaky (alert nebo warning symptoms). Asociace amerických lékařů primárního kontaktu vypracovala seznam těchto výstražných příznaků, nazvala je „červenými vlajkami“ (red flags), při kterých by měl zvýšit pozornost každý lékař a měl by začít pátrat po dalších rizikových příznacích (tabulka 3). Dalším cílem je rozeznat příznaky alarmující (např. syndrom horní duté žíly, akutní renální/jaterní/dechová insuficience, ileus, obstrukce močových cest, syndrom míšního útlaku, krvácení do střeva atd.) a okamžitě pacienta odeslat na specializované pracoviště. Pokud se k iniciálnímu příznaku přidávají příznaky další, podezření na nádorovou etiologii se zvyšuje (8, 9, 11, 12).

Diagnostická strategie varíruje dle typu nádoru, a tak správná interpretace příznaků a zvolení správných diferenciálně diagnostických postupů vede k časně diagnóze nádorového onemocnění a k časně referenci do specializovaného onkologického centra. Že to není proces nijak snadný, dokumentuje práce ze Skotska. Z 1 659 pacientů pouze 22,4 % pacientů bylo odesláno do onkologického centra po prvním vyšetření, 14,1 % bylo referováno po 2 návštěvách lékaře primárního kontaktu, 9,6 % po třech návštěvách a více než 25,1 % po čtyřech a více návštěvách (3, 8, 13). Lékař primárního kontaktu tak má klíčovou roli a výrazný vliv na rychlost správně určené onkologické diagnózy a zahájení adekvátní léčby.

Špatná komunikace mezi lékařem primárního kontaktu a specialistou, či špatná koordinace a reference do specializovaného centra, může vést rovněž k oddálení správné diagnózy a zvýšení morbidit a mortality onkologických pacientů. Doporučení, jakým způsobem (telefon, mail, osobní komunikace, komunikace přes pacienta) a v jakých intervalech mají spolupracovat

Obr. 4. Potenciální možnosti překonání bariér k časné diagnostice nádorů (WHO 2017)

onkologové specialisté a lékaři primárního kontaktu, zatím chybí. Aktuálně na obou stranách převládá skepticismus. Dle studie z Kanady se na pozdní diagnóze u 2 252 mladých onkologických pacientů podílel nejvíce právě interval od první návštěvy lékaře primárního kontaktu do přijetí do onkologického centra (až 6 měsíců, medián 173 dní). Se stoupajícím věkem pacientů se tento interval zkracoval (13, 14).

Potenciální možnosti překonání bariér k časné diagnostice nádorů

Mezi potenciální možnosti, jak zkrátit interval od objevení se prvních příznaků k zahájení

efektivní onkologické léčby, patří především informovanost a zdravotní osvěta mladých lidí a populace všeobecně. Cest je hned několik – od edukace ke zdravému životnímu stylu po zdravotní výchovu, informace o možných rizikových faktorech a prvních příznacích cestou mediálních sítí (webové stránky, internetové poradenství, besedy, různé jiné osvětové akce) (15).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2017 definovala nejčastější bariéry časné diagnostiky a léčby zhoubných nemocí na světě a navrhla několikastupňový proces intervencí (obrázek 4). Mezi intervence, které jsou aktuální v České republice, patří navýšení počtu léka-

řů primárního kontaktu, jejich dostupnost pro všechny regiony republiky, zkrácení čekací lhůty na různá vyšetření, zvýšení pravomocí lékařů primární péče, jejich postgraduální vzdělávání na poli onkologie, zlepšení spolupráce s lékaři – specialisty.

Závěry

V moderní onkologii je lékařská starostlivost a léčba prováděna ve specializovaných a certifikovaných komplexních onkologických centrech (v ČR je jich 15) na základě mezinárodně platných a velmi přesně definovaných doporučení (guidelines). Podstatně méně je v onkologii definována role lékaře primárního kontaktu. I když nikdo nezpochybňuje jeho důležitost především v časně fázi iniciálních příznaků, je nutná jeho integrace do onkologické péče jako platného a důležitého člena týmu i v průběhu léčby a následné péči po jejím ukončení.

Iniciální příznaky a časná diagnóza jsou pro onkologického pacienta a jeho osud klíčové. Oddálení diagnózy může mít pro pacienta až fatální následky. Příčiny pozdní diagnózy u onkologicky nemocných mladých lidí jsou multifaktoriální. Zkrátit dobu od objevení se příznaků k diagnóze a zahájení efektivní léčby lze pouze širokou spoluprací na všech úrovních, odstraňováním administrativních bariér při odesílání pacienta na specializované onkologické pracoviště a zlepšením interdisciplinární spolupráce.

LITERATURA

- Emery JD, Jaw K, Williams B, et al. The role of primary care in early detection and follow up of cancer: Nat Rev Clin Oncol 2014; 11(1): 38–48.
- Lang V, Walters S, Fessler J, et al. The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective. J Cancer Res Clin Oncol 2017; 143(5): 895–904.
- Fern LA, Campbell Ch, Eden TOB, et al. How frequently do young people with potential cancer symptoms present in primary care? Br J Gen Pract 2011; 61(586): 223–230.
- Larsen MB, Hansen RP, Sokolowski I, et al. Agreement between patient-reported and doktor-reported patient intervals and date of first symptom presentation in cancer diagnosis – a population-based questionnaire study. Cancer Epidemiol 2014; 38(1): 100–105.
- Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, et al. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. Br J Cancer 2009; 101: 92–101.
- Martin S, Ulrich C, Munsell M, et al. Delays in cancer diagnosis in underserved young adults and older adolescents. Oncologist 2007; 12: 816–824.
- Pedersen AF, Olesen F, Hansen RP, et al. Coping strategies and patient delay in patients with cancer. J Psychosoc Oncol 2013; 31(2): 204–218.
- Scheel BI, Ingebrigtsen SG, Thorsen T, et al. Cancer suspicion in general practice: the role of symptoms and patient characteristics and their association with subsequent cancer. Br J Gen Pract 2013; 63(614): 627–635.
- Ingebrigtsen SG, Scheel BI, Hart B, et al. Frequency of „warning signs of cancer“ in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. Fam Pract 2013; 30(2): 153–160.
- Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G. Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? BMJ 2014; 349: g7400. doi: 10.1136/bmj.g7400
- Scheel BI, Holte Dahl K. Symptoms, signs and tests: the general practitioner's comprehensive approach towards a cancer diagnosis. Scand J Prim Health Care 2015; 33: 170–177.
- Baughan P, Keatings J, O'Neill B. Urgent suspected cancer referrals from general practice: audit of compliance with guidelines and referral outcomes. Br J Gen Pract 2011; 61(592): 700–706.
- Xu Y, Stavrides-Eid M, Baig A, et al. Quantifying treatment delays in adolescents and young adults with cancer at McGill University. Curr Oncol 2015; 22(6): 470–477.
- Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. CA Cancer J Clin 2017; 67: 156–169.
- Audino AN, Yeager ND. „Learning, education, awareness, prevention (LEAP) young adult cancer“: an education and outreach program. J Adolesc Young Adult Oncol 2017; Sep 27.