

PRESEJANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA

Maja Primic-Žakelj, Vesna Zadnik

UVOD

Sekundarna preventiva pomeni čim zgodnejše odkrivanje raka ali sprememb, ki večinoma preidejo v to bolezen. Zdravljenje večine rakov je namreč uspešnejše, če so 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 iz sveta, pa tudi naše, namreč kažejo, da ljudje predolgo odlašajo obisk 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:

- bula v dojki ali kjer koli v telesu;
- ranica, ki se ne zaceli (tudi v ustih);
- materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost ali barvo;
- neobičajna krvavitev iz katere koli telesne votline (kri v izpljunku, urinu, blatu ali izcedku iz maternice);
- trdovraten kašelj;
- hripavost;
- spremembe pri mali ali veliki potrebi;
- 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 se uveljavlja prevod *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 odkrije 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. Če le-ta presodi, da pacient sodi v ogroženo skupino, mu lahko svetuje ustrezno preiskavo. Takemu načinu pravimo *individualno presejanje*. V ogrožene skupine sodijo tisti, za katere vemo, da nanje deluje kateri od znanih nevarnostnih dejavnikov – za raka dojk 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. Zato je za odločitev, ali uporabiti presejalni test ali ne, najpomembnejša preiskovančeva starost.

Slaba stran individualnega presejanja je, da večinoma doseže le manjši, zdravstveno bolj osveščeni del ljudi; njegov učinek v zdravju prebivalstva nasploh je zato majhen. Mnogo večji učinek dosega *populacijsko presejanje*, to je organizirana uporaba presejalnih preiskav v večjih skupinah prebivalstva. Na preiskave so povabljeni vsi iz ciljne skupine ljudi, bodisi z osebnimi vabili bodisi z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja. Populacijsko presejanje je smotrno za tiste rake, ki so pogosti, ki jih je mogoče s preiskavo preprosto odkriti in z znanimi načini dobro zdraviti; umrljivost za temi raki v celotnem prebivalstvu je mogoče precej zmanjšati, če se le večina povabljenih odzove vabilu na preiskavo.

Presejanje je treba razlikovati 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 ciljne skupine prebivalstva (vsaj 70 %). Za to mora biti presejanje organizirano, prebivalstvo pa na pregled večinoma povabljen z osebnimi vabili.

Pri ocenjevanju, ali je bolezen »dovzetna« za organizirano presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger (1): bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, zdravljenje mora biti uspešno, na razpolago je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko sprememb, odkritih pri presejanju, seveda pa tudi za zdravljenje odkritih bolnikov; preiskava mora biti zanesljiva, cenena, preprosta za izvedbo in sprejemljiva za preiskovanca.

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 že vabilo na preiskavo 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 njihov pomen nikakor ni zanemarljiv: če je rezultat napačno negativen, lahko preiskovanec dobi zagotovilo, da je zdrav, v resnici pa že ima začetno bolezen; napačno pozitivni rezultati, po drugi strani, pa po nepotrebnem povzročajo zaskrbljenost in nadaljnje preiskave. Da je delež napačnih izvidov kar najmanjši, je nujna čim večja kakovost presejanja, po drugi strani pa morajo biti udeleženci seznanjeni z možnostjo napačnih rezultatov, četudi je zelo majhna.

PRIPOROČILA SVETA EVROPSKE UNIJE O PRESEJANJU ZA RAKA

Decembra 2003 je Svet Evropske unije sprejel priporočila o presejanju za raka in zavezal države članice, da jih uresničijo; najkasneje čez 4 leta morajo sporočiti, kako so delo opravile (2).

1. Uvedba presejalnih programov

- države naj uvedejo tiste sistematične populacijske presejalne programe, za katere je znanstveno potrjeno, da zmanjšujejo umrljivost za rakom;
- presejalni programi naj bodo organizirani v skladu z evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti;
- udeleženci programov morajo biti seznanjeni z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi presejanja;
- zagotoviti je treba vse nadaljnje diagnostične postopke, zdravljenje in psihološko podporo v skladu z enotnimi, na dokazih temelječimi smernicami;
- zagotoviti je treba dovolj človeških in finančnih virov za primerno organizacijo in za nadziranje kakovosti;
- 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;
- vzpostaviti je treba sistem za vabljenje ljudi in za zagotavljanje kakovosti na vseh ravneh;
- pred uvedbo presejanja je treba poskrbeti za ustrezno zakonodajo za varovanje osebnih podatkov.

2. Zbiranje, upravljanje in obdelava podatkov

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

3. Nadzorovanje

- redno je treba spremljati in nadzirati kazalce uspešnosti programa in o njih seznanjati javnost in osebje, ki sodeluje pri presejanju;
- 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;
- presejalne programe je treba nadzirati v rednih intervalih.

4. Izobraževanje

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

5. Odziv

- pri organiziranem presejanju je treba zagotoviti čim večji odziv ciljne skupine, ki mora biti z vsemi postopki ustrezno seznanjena;
- 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

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

7. Poročanje o uvedbi presejalnih programov

- tri leta po objavi priporočil bodo države poročale Komisiji Evropske unije o tem, kako so zadane naloge opravile.

Presejalni testi, ki izpolnjujejo pogoje iz teh priporočil, so naslednji:

- pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu; presejanje naj se ne začne prej kot v 20. letu in ne kasneje kot po 30. letu starosti;
- mamografski pregled za odkrivanje raka dojke pri ženskah v starosti 50–69 let v skladu z Evropskimi priporočili o zagotavljanju kakovosti (3);
- test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka debelega črevesa in danke pri moških in ženskah v starosti 50–74 let.

Starostne meje so podane v največjih razponih; vsaka država naj bi po epidemioloških značilnostih bolezni in zdravstvenih prednostih za svoje programe določila začetne starosti in starostna obdobja, prav tako pa tudi intervale, v katerih bodo presejalne preiskave ponavljane. Svet EU v teh priporočilih intervalov ne navaja; na osnovi raziskav, ki so ugotavljale, v kakšnih intervalih je treba posamezne presejalne preiskave ponavljati, da se pokaže njihov končni učinek – zmanjšanje umrljivosti –, pa so zapisani v prenovljenem Evropskem kodeksu proti raku (4). Le-ta priporoča, naj

države v zagotovljeno zdravstveno varstvo sprejmejo naslednje presejalne preiskave:

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

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

- določanje za prostato specifičnega antigena (PSA) (za raka prostate);
- ugotavljanje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*, radiološka/endoskopska preiskava (za raka želodca);
- fleksibilna sigmoidoskopija (za raka debelega črevesa in danke);
- določanje CA125 in/ali ultrazvočna preiskava (za raka jajčnikov);
- ugotavljanje okužbe z onkogenimi humanimi papilomskimi virusi (HPV) (za raka) materničnega vratu;
- spiralna računalniška tomografija (za raka pljuč);
- pregledovanje kožnih znamenj (za raka kože oz. maligni melanom);
- klinični pregled ustne votline (za rake ustne votline in žrela).

Strokovnjaki, ki so pripravljali Evropski kodeks, menijo, da te preiskave še ne sodijo med presejalne v okviru rednega zdravstvenega varstva; potekajo naj kot raziskovalni programi, ki bodo šele ovrednotili njihovo vrednost.

Nikakor pa kot presejalne niso učinkovite naslednje preiskave:

- določanje homovanilinske in vanilmandljeve kisline v urinu (za nevroblastom);
- rentgenska preiskava (za raka pljuč);
- samopregledovanje (za raka dojk ali mod).

PRESEJANJE V SLOVENIJI

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 bilo zaradi bremena te bolezni gotovo umestno.

Kdor želi, lahko katero koli od drugih 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. na določanje PSA) lahko napotijo samo specialisti.

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, editors. 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.