

V zajetí letality

Bez ohledu na stále sofistikovanější diagnostiku i komplexní léčbu solidních zhoubných nádorů a s respektem k výdobytkům doby v terapeutických protokolech, hodnoceních a indikátorech, jsme a zůstaneme v zajetí parametru či indikátoru z nejtvrdějších, tedy letality. Moc se o ní nemluví na ministerstvu zdraví, v odborných společnostech, u činitelů ani mezi mediálními investigativci. Pokud je vůbec parametr letality rozpoznáván, není příliš v oblibě ani před volbami do čehokoli, protože je trendový, robustní, odráží dlouhodobý stav diagnostiky i léčby společně a těžko v něm nalézt vlastní letmé zásluhy nebo selhání jiných. Je přitom všem trvale a transparentně k dispozici v reportech Národního onkologického registru již 47 let. Nádorová epidemiologie jako komentující, analytický a interpretační obor nicméně v ČR neexistuje, byť datových zdrojů a námětů k řešení je dosti. Ani ve skvělých zahraničních žurnálech se ovšem letalita moc nediskutuje, zpravidla tam dominují spíše dílčí analýzy a studie bez dlouhodobého náhledu.

V zajetí tvrdého indikátoru letality jako obrazu reality onkologie ve vlasti nebo eurovlasti nicméně jsme a zůstaneme, ať už se nám to líbí, nebo přičí. **Letalita** neboli **MI index** je definována jako **poměr mortality a incidence v daném roce**, tedy poměr na daný nádor zemřelých k nově diagnostikovaným, dosud živým a právě léčeným. Na významu tento poměrový parametr nabývá v běhu let jako trend proměn. Prakticky ho nelze použít pro hodnocení úspěchů jednotlivých pracovišť nebo týmů. Stává se relevantním až při vyšších počtech záznamů v teritoriu a relativně stálém systému, jakým naše veskrze stabilní vlast jistě je. Střídání režimů a garnitur neodráží, není-li darebně narušován systém onkologických hlášení zhoubných novotvarů. Letalita má svoji inherentní asynchronii sekvence diagnóz a úmrtí a její robustnost se tudíž projevuje až v toku času. Hroutila by se, až pokud by se hroutil celý onkologický registr, což u nás

od roku 1977 občas hrozilo jen centrální neosvěceností nebo při výjimce už asi napraveného zoubku v reportingu při mentálním zámru v nedávných 2 letech covidích. Na tento parametr a indikátor reality je tedy větší spolehnutí než na řadu ukazatelů či pseudoukazatelů jiných, dočasných, měkkých a méně relevantních. Letalita nedává při hodnocení trendů prostor k manipulacím či retromanipulacím. Letalitu jako indikátor lze mít v oblibě, její obsah jistě nikoli. Pro pohled na vývoj letality dané onkologické diagnózy je užitečné mít na očích zároveň také **vývoj proporcí jednotlivých klinických stadií** jako ukazatel časnosti záchytu dané malignity. Vysvětlí se pak mnohé. Na stavu a vývoji letality se totiž podílí hlavně poměr klinických stadií, méně už novinky v léčbě, byť by se právě toto chtělo často slyšet. Ve stále pestřejší paletě léčebných možností je pouhý důraz na časný záchyt nádorů, sekundární prevenci a organizační úsilí zpravidla šedou přehlíženou myškou. Až léta běžící screeningové programy se mohou v soutěžní dualitě přínosu diagnostiky nebo léčby představit a prosadit, jako je tomu třeba po 20 letech chodu mamografického screeningu, který už zásadně přispěl ke změně letality rakoviny prsu dramatickým navýšením podílu časných stadií.

Pohledme tedy na **realitu skrz letalitu**. Něco překvapí, třeba i potěší, něco méně, něco naopak vůbec. Obligátní otázka z médií „Jak je to s tou rakovinou?“ nemá jednoduchou odpověď. Ukažme si modelově vývoj a stav letality třeba na nádorech trávicího traktu odshora dolů (C15–C25) a na třech dalších častých nádorových diagnózách (C34, C5 a C43) a posuďme změny v posledních 3 dekádách. Promítají se do nich stav časné diagnostiky, pokroky v léčbě i organizace péče, tedy celkový management oněch diagnóz.

Karcinom jícnu (C15) je spojen s velmi neslavnou letalitou hodnoty 0,86, podíl časných stadií I a II do 20 % se léty nemění, spíše klesá, incidence i mortalita stoupají. **Karcinom žaludku** (C16)

je sice zářivým skokanem třicetiletí, jeho incidence a s ní i mortalita klesly na polovinu, podíl stadií I a II však stoupá jen k 30 %, letalita klesla z hodnot kolem 0,9 pouze na současných 0,75. Přes nadšení z poklesu výskytu i úmrtnosti, pro který jsme v systému mnoho vědomého neudělali, je však otázkou, zdá máme být spokojeni, že pouze 2–3 nemocní z 10 se nyní dočkají vyléčení. Inu letalita je tvrdý parametr a může přinést frustraci i při relativně pozitivním trendu.

Karcinom tlustého střeva (C18) má incidenci i mortalitu už stabilní, letalita klesla z dřívějších 0,7–0,6 na současných 0,46. Ve dvou třetinách případů jsou zachycována primárně operabilní stadia I–III, lokalizovaná stadia I–II bez postižení uzlin jen ve 40 %. **Karcinom konečníku** (C20), který se poněkud liší možnostmi kombinované léčby, už v incidenci také neroste, v posledních letech možná i mírně klesá, a klesá tudíž i úmrtnost. Podíl operabilních stadií I–III je dvouřetinový, stadia I–II bez uzlinových metastáz nalézáme ve 40 %. Letalita klesla z hodnot kolem 0,65 před 30 lety na současných 0,42. U obou diagnóz jde o příznivý trend, ale nikoli uspokojivý, vezmeme-li v úvahu dosud málo využitý potenciál kolorektálního screeningu.

Primární karcinomy jater (C22) v incidenci i mortalitě strmě stoupají při hroživé letalitě 0,9. Pouze jeden z deseti takto nemocných je tedy trvale vyléčen. Ve stadiu I–II je zachyceno jen asi 15 % případů, a navíc u 40 % není stadium ani řádně určeno. **Karcinomy mimojaterních žlučových cest** (C23–24) naopak ze zcela neznámých důvodů ve výskytu klesají, ovšem při stále vysoké letalitě 0,83 a s rovněž velmi nízkým záchytem časných stadií I–II mezi 15–20 %. **Karcinom pankreatu** (C25) vykazuje již 30 let trvalý růst incidence a naprosto katastrofální letalitu až 0,98! Primárně operabilní stadia I–II jsou zachycována do 20 % a u pětiny navíc chybí určení stadia. O dalším vývoji trendů letality zhoubných nádorů trávicího traktu rozhodne míra úsilí o časnější záchyt, což se zatím zčásti daří jen u nádorů kolorekta. Nové

způsoby léčby budou mít na letalitu jen omezený dopad.

Bronchogenní karcinom (C34) je samostatnou kapitolou v úsilí o již primární prevenci, časnější záchyt, v heterogenitě podtypů i proměnách léčby. Výskyt je dlouhodobě stabilní, podíl časných stadií I–II je ovšem stále neradostný, a sice jen do 20 %. Letalita, asi spíše zásluhou léčby, poněkud klesla z 0,9 na 0,8, což je ovšem hodnota velmi špatná, a říká, že pouze dva deseti případů mohou počítat s vyléčením.

Pro srovnání uveďme ještě nádory diagnostice přístupnější. **Karcinom prsu** (C50) se z dřívější letality přes 0,50 před 30 lety dostává na současnou hodnotu 0,24. Podíl stadií I a II dosahuje až 80 %, a to vše při stále, byť už jen mírněji ros-

toující incidenci. I přes úspěchy v šetrnější a cílené léčbě lze tuto pozitivní proměnu přičíst nepochybně právě screeningu, v němž je už zachyceno 3 500 případů, tedy skoro polovina z každoročních 7 500 nových nádorů prsu v preklinickém, asymptomatickém a nehmatném stadiu. **Maligní melanom** (C43) jako zevně nejviditelnější ze zhoubných nádorů disponuje k velmi časnému záchytu a lepším výsledkům, byť jeho incidence trvale rostla. Letalita však klesla z dřívějších 0,4–0,3 na současných 0,15, podíl stadií I–II je skoro 60 % a mohl by být jistě podstatně vyšší. Neznámo proč, až 30 % případů nemá určeno klinické stadium. Tedy také u této přístupné diagnózy jsou značné rezervy.

Ať už si pro hodnocení výsledků onkologické léčby, kvality a efektivity péče vymyslíme jakékoli další parametry a indikátory, jsme a nadále budeme v zajetí letality jako tvrdého indikátoru s ostrým úhlem pohledu na stav onkologické problematiky ve vlasti, příp. v celé EU. Předpokladem je však nejen onkologická data stabilně řádně sbírat, ale i pravidelně vyhodnocovat a interpretovat pro práci na změně k lepšímu. Máme zájem se ze zajetí letality vymaňovat účinněji a jinak než jen prostřednictvím firemního pokroku, třeba větší pozorností a energií věnované časnějšímu záchytu malignit?

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.