

Choosing Wisely alebo Vyberajme liečbu s rozumom

MUDr. Branislav Bystrický

Onkologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trenčín

V USA beží v ostatných rokoch kampaň Choosing Wisely, alebo voľne preložené, „Vyberajme (liečbu, diagnostiku) s rozumom“. Zapojili sa do nej rôzne odborné spoločnosti, v onkológii dve najväčšie, ASCO a ASTRO. Obe vydali a už aj stihli inovovať svoje zoznamy, „čo nerobiť“ v lekárskej starostlivosti o onkologického pacienta. Aj keď liečime pacienta podľa odporúčaní, stále môžeme vykonávať vyšetrenia alebo predpisovať podpornú liečbu, ktorá nemá opodstatnenie. Ide o liečbu alebo diagnostické postupy, ktoré zväčša nie sú v smerniciach (guidelines) spomínané, ale často ich lekári vykonávajú. Práve na túto skupinu postupov je zameraná kampaň „Choosing Wisely“. Kampaň sa nesústreďuje na penalizovanie alebo redukovanie platieb poisťovní za uvedené výkony, skôr má za cieľ iniciovať diskusiu s pacientom o nevhodnosti, resp. minimálnom prínose niektorých (aj často) vykonávaných postupov. V tomto článku uvádzame postupy, ktoré nerobiť, aj s komentárom.

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 446–449

Desať postupov spoločnosti ASCO

1. Nepoužívajte cieleňú liečbu určenú pre špecifickú genetickú aberáciu, ak nie je pacient nosičom takejto mutácie.

Ide o lieky ako trastuzumab, ktorý je indikovaný na HER2 pozitívny karcinóm prsníka alebo žalúdka, cetuximab alebo panitumumab, ktoré by sa mali používať iba v prípade definovanej, RAS wild-type populácie karcinómov kolorekta. Podobne EGFR TKI inhibitory (erlotinib, afatinib a i.) by sa mali výhradne používať pri karcinómoch pľúc s aktivačnými mutáciami EGFR.

2. Nerobte PSA skrining u asymptomatických mužov, ktorí majú očakávanú dĺžku života menej ako 10 rokov.

U takýchto pacientov riziko úmrtia z komorbidít alebo pokročilého veku prevyšuje benefit PSA testovania. Navyše, PSA skrining u asymptomatických mužov nepredlžil celkové prežívanie (vrátanie úmrtí z iných príčin).

3. Vyhybajte sa rutinnému používaniu CT/PET vyšetreniu po kuratívnej liečbe u asymptomatických pacientov, ak nie sú jednoznačné údaje, že CT/PET bude mať vplyv na ich prežívanie.

Falošne pozitívne výsledky vedú k zbytočným testom, radiačnej záťaži, invazívnym zákrokmi a mylným diagnostickým záverom. Ak nebudú dôkazy z klinických štúdií, že CT/PET má vplyv na prežívanie, nemalo by sa používať v rámci rutinného sledovania týchto pacientov.

4. Nepoužívajte kombináciu chemoterapeutík (namiesto jedného lieku) u pacientok s metastatickým

karcinómom prsníka, ak nie je nutná rýchlá odpoveď.

Aj keď kombinácia chemoterapie zlepšuje odpovede a čas do progresie, nepredlžuje celkové prežívanie. Nesie so sebou časté nežiaduce účinky, ktoré zhoršujú kvalitu života pacientok a vedú napokon aj k redukciám dávok. Monoterapia je preferovaná.

5. Nezačínajte antiemetickú profylaxiu antiemetikami určenými pre vysokoemetogénne chemoterapeutické režimy, ak pacient začína stredne- alebo nízkoemetogénnu chemoterapiu.

Existujú veľmi účinné lieky na prevenciu vracania pri liečbe vysokoemetogénnou chemoterapiou. Tieto lieky však prinášajú so sebou nežiaduce účinky a vysokú cenu. Mali by sa indikovať pri začatí vysokoemetogénnych režimov. Samozrejme, pri zlyhaní slabších liekov u pacientov na nižších emetogénnych režimoch je možné ich používať ako „záchrannú“ liečbu a pred ďalšími cyklami.

6. Nepoužívajte rastové faktory pre biele krvinky (G-CSF) v primárnej profylaxii febrilnej neutropénie u pacientov s nižším rizikom ako 20 %.

Podľa medzinárodných odporúčaní sa používajú rastové faktory bielych krviniek v primárnej profylaxii, ak je riziko febrilnej neutropénie nad 20 % a menej toxický režim chemoterapie nie je k dispozícii. Výnimkou sú napr. komorbidity pacienta, vek, rozsah choroby a iné, ktoré zvyšujú riziko febrilnej neutropénie.

7. Nerobte laboratórne odbery vrátane onkomarkerov alebo zobrazovacie vyšetrenia (CT, PET, gamagrafia skeletu)

u asymptomatických pacientok po kuratívnej liečbe pre karcinóm prsníka.

U pacientok s karcinómom prsníka, ktoré sa podrobili kuratívnej liečbe, nie je žiaden prínos z pravidelného vyšetřovania sérových onkomarkerov alebo zobrazovacích metód (CT, PET, gamagrafia). Falošne pozitívne výsledky vedú k poškodeniu pacienta – zbytočné ďalšie vyšetřovania, expozícia radiácii, nadliečenie a chybný diagnostický záver.

Poznámka: pravidelné sledovanie markerov alebo zobrazovacie metódy majú význam pri sledovaní iných pacientov po kuratívnej liečbe – napr. po liečbe karcinómu kolorekta.

8. Nerobte CT, PET alebo gamagrafiu skeletu ako štádiovacie vyšetřenia u pacientok s včasným karcinómom prsníka s nízkym rizikom metastatického rozsevu.

Vymenované diagnostické zobrazovacie metódy sa používajú ako štádiovacie vyšetřenia pri iných onkologických ochoreniach. Bohužiaľ, aj napriek tomu, že ich použitie (pri včasnom karcinóme prsníka) nezlepšilo detekciu vzdialených metastáz alebo prežívanie pacientok, sú často používané. Nie sú údaje, ktoré by potvrdzovali prínos týchto vyšetření u pacientok s DCIS a karcinómom prsníka v I. a II. klinickom štádiu. Zbytočné zobrazovacie vyšetřenia vedú k poškodeniu pacientov – zbytočné invazívne zákroky, nadliečenie, radiačná záťaž a chybný diagnostický záver.

9. Nerobte CT, PET alebo gamagrafiu skeletu ako štádiovacie vyšetřenia u pacientov s včasným karcinómom prostaty s nízkym rizikom metastatického rozsevu.

Podobne ako pri karcinóme prsníka vymenované zobrazovacie metódy sa často (chyb-

ne!) indikujú vo včasných štádiách karcinómu prostaty pred začatím liečby. Nemáme údaje, ktoré by podporovali ich použitie ako štádiovacie metódy pri karcinóme prostaty s nízkym gradingom (štádium T1c/T2a, PSA < 10 ng/ml, Gleason ≤ 6) a s nízkym rizikom metastáz. Zbytočné zobrazovacie vyšetrenia vedú k poškodeniu pacientov, ako je už uvedené pri karcinóme prsníka.

10. Nepodávajte onkologickú liečbu pacientom so solidnými nádormi, ktorí majú tieto charakteristiky: nízky výkonnostný stav (PS 3, 4), predchádzajúca indikovaná liečba nepriniesla žiaden benefit, nevhodní do klinického skúšania a ďalšia onkologická liečba nie je podporená silnými dôkazmi o efektívite.

Údaje z klinických skúšaní poukazujú na ineffektivitu onkologickej liečby u pacientov s uvedenými charakteristikami. Výnimkou sú pacienti s nízkym výkonnostným stavom ako dôsledok iných chorôb a pacienti so špecifickými mutáciami v nádore predikujúcimi vysokú odpoveď na liečbu. Neindikovanie ďalšej liečby by malo sprevádzať (ak nebolo doteraz zrealizované) vhodnú paliatívnu a podpornú starostlivosť.

Desať postupov spoločnosti ASTRO

1. Nepriďavajte rutinne celomozgové ožiarenie po stereotaktickom ožiarení limitovaného počtu mozgových metastáz.

Randomizované štúdie nepreukázali zlepšenie celkového prežívania po pridaní celomozgového ožiarenia (WBRT) po stereotaktickom ožiarení (SRS). Pridanie WBRT spôsobuje únavu, zhoršuje kognitívne funkcie a kvalitu života. U pacientov po sólo SRS sa môžu objaviť neskôr nové metastatické ložiská v mozgu. Následná liečba u týchto pacientov je indikovaná a podľa štúdií ich prežívanie je rovnaké s lepšou kvalitou života.

2. Nerobte častejšie mamografie ako v ročných intervaloch u pacientok po prsník zachováajúcej operácii a rádioterapii.

Ročné mamografické kontroly sú postačujúce u pacientok po operácii a adjuvantnej rádioterapii. Interval po skončení ožarovania prsníka a prvej mamografii by mal byť 6 – 12 mesiacov. Samozrejme, podozrivé nálezy pri fyzikálnom vyšetrení alebo na predchádzajúcom zobrazení môžu vyžadovať skoršiu mamografickú kontrolu.

3. Nezačínajte paliatívnu rádioterapiu, ak nie je vyjasnený cieľ liečby s pacientom a zvažte vhodnú paliatívnu starostlivosť.

Dobre stanovené ciele liečby zlepšujú kvalitu života pacientom a súvisia s lepším porozumením choroby aj zo strany ich rodiny. Paliatívna starostlivosť môže byť podávaná spolu s protinádorovou liečbou.

4. Neindikujte rutinne postoperačnú rádioterapiu u pacientov s nemalobunkovým pľúcny karcinómom s negatívnymi okrajmi a N0-1 chorobou.

Dve metaanalýzy nepreukázali benefit postoperačnej rádioterapie na prežívanie u pacientov s N0 alebo N1 chorobou. Pacienti s pozitívnymi okrajmi po radikálnej operácii môžu mať benefit z rádioterapie bez ohľadu na uzlinové postihnutie.

5. Neindikujte rádioterapiu po hysterektómii u pacientok s karcinómom endometria s nízkym rizikom

Nízke riziko zahŕňa pacientky, u ktorých sa zvyšky endometriálneho karcinómu už nenašli v chirurgickom resekáte, pacientky s grade 1 alebo 2 s menej ako ½ inváziou do myometria a bez ďalších rizikových faktorov, ako sú vek nad 60 rokov, lymfatická invázia alebo zasahovanie do krčka maternice. Adjuvantná rádioterapia u nízkorizikových pacientok nepriniesla benefit v celkovom prežívaní.

6. Nepoužívajte rutinne IMRT techniku pri adjuvantnom ožarovaní celého prsníka po parciálnom chirurgickom zákroku

Klinické štúdie preukázali nižšiu toxicitu použitím modernej, 3D konformnej rádioterapii (napr. pole v poli). Okrem špecifických prípadov so zvláštnou anatómiou rutinné použitie IMRT v adjuvancii u pacientok s karcinómom prsníka neprinieslo významný klinický benefit.

7. Neindikujte rutinne protónovú rádioterapiu u pacientov s karcinómom prostaty mimo klinických štúdií/registerov.

Neexistujú doteraz žiadne klinické údaje, ktoré by uprednostňovali protónovú rádioterapiu karcinómu prostaty pred inými druhmi definitívnej rádioterapie. Sú nutné klinické skúšania na dokladovanie možných výhod tejto drahejšej liečby.

8. Nepoužívajte rutinne dlhšie frakcionované režimy (> 10 frakcií) pri paliatívnej rádioterapii kostných metastáz.

Rovnaká úľava od bolesti sa dosiahne v 10 frakciách (30 Gy), v 5 frakciách (20 Gy) alebo

v jednej frakcii (8 Gy). Jedna (8 Gy) frakcia je praktická, ale nesie so sebou malé riziko nutnosti re-iradiácie. Jedna frakcia je obzvlášť výhodná u pacientov s limitovanou prognózou alebo s problémami pri transporte na rádioterapiu.

9. Nezačínajte liečbu karcinómu prostaty s nízkym rizikom predtým, ako ste prebrali aj aktívne sledovanie ako jednu z možností manažmentu pacienta.

Pacienti s karcinómom prostaty majú niekoľko možností liečby – operácia, rádioterapia, ale aj aktívne sledovanie. Spoločné rozhodnutie lekára a pacienta vedie k lepšiemu zosúladieniu pacientových cieľov s liečbou a k efektívnejšiemu poskytovaniu zdravotnej starostlivosti.

10. Nezačínajte rádioterapiu na celý prsník u žien ≥ 50-ročných po parciálnom výkone pre včasný karcinóm predtým, ako ste prebrali kratšie frakcionované režimy (hypofrakcionácia).

Adjuvantná rádioterapia znižuje lokálne recidívy a zlepšuje prežívanie u žien po prsník zachovnej operácii. Klasická schéma rádioterapie je v trvaní 5 – 6 týždňov s následným, približne jedným týždňom „boostu“ na oblasť lôžka tumoru. Nové štúdie preukázali rovnakú efektivitu a kozmetický výsledok použitím kratších frakcionovaných schém (hypofrakcionácia) u špecificky definovanej populácie. Tieto kratšie schémy (štyri týždne) by mali byť ponúknuté vhodným pacientkam.

Postupy iných odborných spoločností z USA týkajúcich sa onkológie

Spoločnosť pre post-akútnu a dlhodobú starostlivosť (AMDA)

- Neodporúčajte skrining karcinómu prsníka, kolorekta alebo prostaty, ak je očakávané prežitie pacienta menej ako 10 rokov.
- Nepredpisujte lieky na znižovanie lipidov u pacientov s limitovanou prognózou.

Americká akadémia dermatológie (AAD)

- Nepoužívajte Mohsovu mikrochirurgiu pri nekomplikovanej, nemelanómovej kožnej rakovine (skvamocelulárny alebo bazocelulárny karcinóm) menšej ako 1 cm na trupe alebo končatinách.
- Nepoužívajte biopsiu sentinelovej uzliny alebo iné diagnostické metódy pri včasnom tenkom melanóme (Tis, T1a, T1b ≤ 0,5 mm), pretože nezlepšujú prežívanie.

Americká akadémia rodinného (všeobecného) lekárstva

- Rutinne neskrínujte pacientov pre karcinóm prostaty (!) použitím PSA alebo digitálnym rektálnym vyšetrením.
- Neskrínujte ženy staršie ako 65 rokov na rakovinu krčka maternice, ak mali dosiaľ adekvátny skrínings a nemajú vysoké riziko pre tento karcinóm.

Americká akadémia hospicovej a paliatívnej medicíny

- Nepoužívajte gél (zmes lorazepamu, H1 antihistaminika a haloperidolu) aplikovaného na kožu ako liečbu nauzey.
- Nedávajte viac ako jednu (!) frakciu paliatívnej rádioterapie na nekomplikovanú bolestivú kostnú metastázu.
- Nenechávajte aktivovaný kardioverter/defibrilátor, ak toto nie je v súlade s práním pacienta/rodiny.
- Neodkladajte začatie paliatívnej starostlivosti u pacientov s vážnym ochorením (a fyzickými, psychickými, sociálnymi alebo duchovnými potrebami), ak súčasne berú aj liečbu zameranú na primárne ochorenie.

Americká akadémia ošetrovatelstva (AAN)

- Nezabúdajte poradiť onkologickým pacientom, aby mali pravidelnú fyzickú aktivitu počas onkologickej liečby a po nej ako manažment únavy a iných symptómov (úzkosť, depresia). Je odporúčané 150 minút/týždenne stredne namáhavého cvičenia (bicykel, plávanie, rýchla chôdza) a 2- až 3-krát posilňovanie/týždeň.
- Nepoužívajte aloe vera (lokálne) ako liečbu alebo prevenciu rádiodermatitídy. Tento preparát je neefektívny, resp. môže reakciu zhoršiť.
- Nepoužívajte viaczložkové mixované roztoky z lekární na výplachy dutiny ústnej ako prevenciu alebo liečbu mukozitídy, nie sú efektívnejšie ako lacnejšia hygiena dutiny ústnej alebo výplachy roztokom soli/sódy bikarbóny.
- Nepoužívajte L-karnitín alebo acetyl-L-karnitín ako liečbu alebo prevenciu neuropatie po chemoterapii. Tento diétny doplnok je neúčinný, resp. môže zhoršiť neuropatiu.
- Nepoužívajte „paliatívne“ kyslík na zlepšenie dýchavice, ak pacient nie je hypoxický. V liečbe treba použiť účinné intervencie, ako napr. opioidy s rýchlym nástupom účinku.

Americká akadémia hrudných lekárov a Spoločnosť pre hrudník

- Nepoužívajte CT ako skrínings pľúcneho karcinómu u nízko-rizikovej populácie.

Americká akadémia pre lekársku toxikológiu a Americká akadémia klinickej toxikológie

- Neodporúčajte pacientom „detoxikáciu“ črevnou sprchou alebo indukciou potenia ako liečbu alebo prevenciu nejakej choroby.
- Nepoužívajte homeopatiu, nevitaminózne diétny doplnky alebo rastlinné výťažky ako liečbu alebo prevenciu chorôb. Často chýbajú spoľahlivé dôkazy, že tieto prípravky sú účinné, ale existujú dôkazy o ich škodlivosti. Nepriamo aj škodia pacientom, keď nahrádzajú alebo oddalujú účinnú liečbu.

Americká akadémia pre pôrodnictvo a gynekológiu

- Nepoužívajte rutinne USG panvy ako skrínings ovariálneho karcinómu u žien s priemerným rizikom ochorenia. Ročný skrínings použitím TVS u žien nezlepšil prežívanie na karcinóm vaječníka.
- Neskrínujte asymptomatické ženy s priemerným rizikom ochorenia na ovariálny karcinóm (!).
- Nerobte ročné cytologické kontroly (Pap test) u žien od 30 do 65 rokov. U žien s priemerným rizikom ochorenia na karcinóm krčka maternice je postačujúci skrínings každé tri roky.

Americká akadémia preventívnej medicíny

- Nepoužívajte celotelové CT (alebo MRI, CT/PET) na detekciu malých nádorov u asymptomatických zdravých jedincov. Celotelové vyšetrenie nie je skríningsová metóda v zdravej populácii.
- Nepoužívajte multivitamíny, vitamín E alebo betakarotén ako prevenciu kardiovaskulárnych ochorení alebo rakoviny. Vitamínové doplnky sú multimiliardový biznis v USA (28,1 miliardy USD v 2010) bez preukázaného efektu na prevenciu ochorení kardiovaskulárnych ochorení alebo rakoviny.

Americká akadémia chirurgov

- Nerobte paušálne axilárnu disekciu u pacientok s karcinómom prsníka v štádiu I a II bez klinickej lymfadenopatie predtým, ako sa vykoná sentinelová biopsia axilárnej uzliny.

Americká gastroenterologická spoločnosť

- Nerobte skrínings na kolorektálny karcinóm (hocijakou metódou) skôr ako o 10 rokov od dobre vykonanej negatívnej kolonoskopie.

Americká spoločnosť pre klinickú patológiu

- Používajte metylovaný septin 9 (SEPT9) z krvi ako skrínings kolorektálneho karcinómu, iba ak iné konvenčné metódy skríningsu nie sú možné.
- Netestujte nízkorizikové HPV typy v skríningsu karcinómu krčka maternice.

Americká spoločnosť pre kolposkopiu a patológiu cervixu

- Neliečte CIN 1 u žien pod 25 rokov.
- Nerobte cytológiu krčka alebo HPV skrínings u imunokompetentných žien pod 21 rokov.

Americká spoločnosť prsníkových chirurgov

- Nereoperujte rutinne pacientky po lumpektómii (parciálnej mastektómii) pre invazívny karcinóm, ak sú tesné okraje. Pacientka môže mať benefit z reoperácie, ak má pozitívny okraj (t. j. invazívny karcinóm na okraji preparátu), ale reoperácia pri tesných okrajoch by sa mala zväziť individuálne.
- Neindikujte rutinne špecializované genetické testovanie (Oncotype, Mammaprint, PAM50 a i.) u všetkých nových pacientok s karcinómom prsníka. Tieto genetické testy sú vhodné iba u niektorých pacientok (včasný, ER+ karcinóm prsníka).
- Neindikujte rutinne MRI prsníkov u novodiagnostikovaných pacientok s karcinómom prsníka. Rutinné MRI prsníkov vedie k zbytočným biopsiám, odloženiu kuratívnej operácie, zvýšeniu počtu mastektómii a úzkosti pacientok.
- Nerobte rutinne obojstrannú mastektómiu u pacientok, ktoré majú jednostranný tumor. Veľa pacientok (v USA) sa dožaduje odstránenia aj zdravého, kontralaterálneho prsníka dúfajúc, že tým znížia riziko rekurencie. „Dvojité mastektómie“ v rutínnej praxi neprináša zlepšenie prežívania.
- Nerobte rutinne axilárnu disekciu u pacientok podrobujúcich sa lumpektómii (parciálnej operácii). Donedávna, ak v sentinelovej uzline bola prítomná metastáza, bola indikovaná axilárna disekcia. V súčasnosti pri pozitívite do troch sentinelových uzlin a plánovaní ďalšej liečby nie je nutná axilárna disekcia u týchto pacientok s včasným karcinómom prsníka.

Americká hematologická spoločnosť (ASH)

- Nerobte CT v rámci štádiovania alebo dispenzarizácie u pacientov s asymptomatickou, včasnou CLL.
- Obmedzte CT v rámci dispenzarizácie u asymptomatických pacientov s lymfómom po kuratívnej liečbe.

Americká nefrologická spoločnosť

- Nerobte skrining rakoviny (prsníka, kolorekta, prostaty, cervixu) u pacientov v konečnom štádiu ochorenia obličiek na dialýze s limitovanou prognózou (e.g. nevhodní na transplant).

Americká urogynecologická spoločnosť

- Nerobte bilaterálnu adnexektómiu u premenopauzálnych žien podrobujúcich sa hysterektómii pre benigne ochorenie, ak nemajú zvýšené riziko karcinómu vaječníkov. Chirurgická menopauza má negatívny vplyv na kardiovaskulárny systém a úmrtnosť.

Americká urologická spoločnosť (AUA)

- Nerobte cytológiu moču alebo biomarkery z moču pri rutinnej diagnostike asymptomatickej mikrohematúrie.
- Nerobte CT vyšetrenie panvy u asymptomatických mužov s nízkorizikovým karcinómom prostaty (T ≤ 2, Gleason < 7, PSA < 10-20). CT vyšetrenie u týchto pacientov neprinesie informácie, ktoré zmenia ich liečbu. MRI môže byť vhodné u niektorých pacientov na aktívnom sledovaní.
- Nerobte rutinne scintigrafiu kostí u pacientov s nízkorizikovým karcinómom prostaty.

Komisia pre rakovinu americkej akadémie chirurgov

- Nezačínajte liečbu predtým, ako budete vedieť rozsah ochorenia (klinika, zobrazovacie metódy) a pacient si uvedomuje cieľ liečby (kuratívna, udržaivacia, paliatívna).
- Nezačínajte operáciu predtým, ako ste zhodnotili možnosť neoadjuvantnej systémovej liečby alebo rádioterapie pre špecifické typy nádorov, kde predoperačná liečba má výhody v zlepšení lokálnych recidív, kvality života alebo prežívania. Neoadjuvantná liečba často vedie k zmenšeniu nádoru, umožňuje menší chirurgický zákrok a znižuje riziko lokálnej rekurencie. Riziko progresie nádoru

počas neoadjuvantnej liečby je malé a prežívanie pacientov je rovnaké, resp. lepšie po neoadjuvancii. Neoadjuvantná liečba sa používa v určitých štádiách, napr. karcinómu pľúc, pažeráka, rekta, prsníka, hlavy/krku, pankreasu a sarkómov mäkkých tkanív.

- Nezačínajte rôzne testy v dispenzarizácii onkologických pacientov po kuratívnej liečbe predtým, ako ste stanovili presný harmonogram návštev/vyšetrovaní – podľa súčasných medzinárodných odporúčaní.
- Nerobte chirurgickú exstirpáciu suspektnej lézie na prsníku predtým, ako je dignita lézie potvrdená ihlovou biopsiou. Chirurgická exstirpácia „na slepo“ je nutná v menej ako 10 – 15 % prípadov, keď sa nedá urobiť ihlová biopsia lézie (core-cut, vákum-asistovaná a pod.). Biopsia suspektných lézií znižuje potrebu opakovaných chirurgických zákrokov, umožňuje multidisciplinárny manažment a nezriedka nález je benigný a operácia nie je potrebná.

Spoločnosť internej medicíny

- Nerobte rutinné ročné kontroly asymptomatických (zdravých) pacientov na ambulanciách všeobecného lekára, ak pacient nie je liečený pre chronické ochorenie alebo nie je akútne chorý. Ročné všeobecné preventívne prehliadky (fyzikálne vyšetrenie, odbery a i.) nezlepšili morbiditu, mortalitu ani neznižili počet hospitalizácií. Frekvencia návštev by sa mala riadiť špecifickými problémami pacienta, jeho chronickými chorobami a stratégiami prevencie podľa posledných odporúčaní.

Spoločnosť gynekologickej onkológie

(niektoré postupy sú podobné aj pri iných uvedených spoločnostiach)

- Neodkladajte začatie paliatívnej starostlivosti u žien s pokročilou alebo rekurentnou gynekologickou malignitou. Ak je to vhodné, pošlite pacientky k špecialistovi – paliatológovi.
- Nerobte rutinné zobrazovacie vyšetrenia pri dispenzarizácii žien s gynekologickými malignitami (karcinóm vaječníkov, maternice, krčka, vulvy a vagíny).
- Nerobte kolposkopické vyšetrenie u pacientok po liečbe cervikálneho karcinómu, ak výsledky Pap steru sú LG-SIL alebo nižšie. Kolposkopia u tejto skupiny neobjaví relaps, ak nie je viditeľná lézia pri gynekologickom vyšetrení.

- Nerobte Pap ster u pacientok po liečbe karcinómu endometria (t. j. po hysterektómii), ster z kýpta vagíny nezlepšuje zachytenie lokálnej recidívy. Falošne pozitívne stery vedú k opakovaným kolposkopiám a biopsiám.
- Neskrínajte na karcinóm ovária nízkorizikové ženy použitím USG a Ca125.

Spoločnosť onkologickej chirurgie (SSO)

- Nerobte rutinne MRI prsníkov ako skrining karcinómu prsníka.
- Nerobte rutinne PET (CT/PET) ako staging lokalizovaného karcinómu kolorekta a ani v dispenzarnej starostlivosti po kuratívnej liečbe.
- Nerobte rutinne zobrazovacie metódy (MRI, CT, PET, RTG hrudníka) ako staging lokalizovaného kožného melanómu, ak nie je podozrenie na disemináciu na základe fyzikálneho vyšetrenia alebo anamnézy.
- Nerobte rutinne krvné testy (KO, bioch a pod.) okrem CEA markera pri sledovaní pacientov s kolorektálnym karcinómom v dispenzari.
- Nerobte rutinne sentinelovú biopsiu u pacientok ≥ 70 rokov so včasným karcinómom prsníka, klinicky negatívnou axilou a pozitívnou hormonálnych receptorov. Hormonálna liečba je štandardom pre všetky pacientky s pozitívnou hormonálnych receptorov v tumore. Vynechanie sentinelovej biopsie (SLNB) u pacientok nad 70 rokov, ktoré dostanú hormonálnu liečbu, nevedie k zvýšeniu lokoregionálnych recidív alebo úmrtiam na karcinóm prsníka. Tieto pacientky bez hmatnej lymfadenopatie môžu byť liečené bez sentinelovej biopsie.

Spoločnosť hrudných chirurgov

- Pacienti s nemalobunkovým karcinómom (NSCLC) v štádiu I nevyžadujú štádiovanie mozgu, ak nemajú neurologické symptómy.

Literatúra

Choosing Wisely – An Initiative of ABIM Foundation.
<http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/Prístup> 11. 7. 2017

MUDr. Branislav Bystrický
 Onkologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trenčín
 Legionárska 28, 911 71 Trenčín
 branislav.bystricky@fntn.sk

