

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



PÉČE O VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Autoři:

doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D. MBA
Česká onkologická společnost ČLS JEP

MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.
Česká onkologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka
Sdružení praktických lékařů ČR

DOPLNĚK 2018



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 2

PÉČE O VYBRANÁ ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018

Autoři:

doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D. MBA
Česká onkologická společnost ČLS JEP

MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.
Česká onkologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka
Sdružení praktických lékařů ČR

Oponenti:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D.
Česká onkologická společnost ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	3
2. OBECNÝ OBSAH PROHLÍDKY U VYBRANÝCH ONKOLOGICÝCH ONEMOCNĚNÍ	3
3. VYBRANÉ TERAPEUTICKÉ POSTUPY V AMBULANTNÍ PRAXI	4
3.1 Nádory varlat – MUDr. Radek Lakomý, Ph.D.	4
3.2 Maligní melanom – MUDr. Radek Lakomý, Ph.D.	5
3.3 Karcinom prsu – MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.	6
3.4 Karcinom plic – MUDr. Helena Čoupková, Ph.D.	6
3.5 GIST (gastrointestinální stromální tumor) – MUDr. Beatrix Bencsiková, Ph.D.	7
3.6 Karcinom prostaty – MUDr. Ivoš Kocák, Ph.D.	7
3.7 Nádory mozku – MUDr. Radek Lakomý, Ph.D.	8
3.8 Kolorektální karcinom – MUDr. Jiří Tomášek, Ph.D.	9
3.9 Anální karcinom v kompletní remisi po chemoradioterapii – MUDr. Jiří Tomášek, Ph.D.	9
3.10 Karcinom žaludku- MUDr. Radka Obermannová, Ph.D.	10
3.11 Nádory hlavy a krku – MUDr. Milan Vošmik, Ph.D.	10
3.12 Renální karcinom – MUDr. Alexander Poprach, Ph.D.	11
3.13 Ovariální karcinom – MUDr. Mária Zvaríková	12
3.14 Karcinom děložního čípku – MUDr. Mária Zvaríková	12
3.15 Karcinom děložního těla – MUDr. Mária Zvaríková	12
4. VYSVĚTLIVKY A ZKRATKY	13
5. LITERATURA	13

1. ÚVOD

Hlavními cíli Národního onkologického programu (NOP) je snižování incidence a mortality nádorových onemocnění, prodloužení a zlepšení kvality života onkologicky nemocných. Celkové přežití pacientů se solidními nádory se za posledních 10 let výrazně prodloužilo, a to u pacientů s časným i metastatickým onemocněním. Hlavní podíl na tomto příznivém faktu má zavedení nových léčebných postupů a screening. Důsledkem těchto úspěchů je nárůst prevalence (počtu žijících pacientů s nádorovým onemocněním), a to hlavně u některých solidních nádorů, jako je karcinom prsu, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, renální karcinom, maligní melanom a testikulární nádory. S prodlužujícím se přežitím pacientů s nádorovým onemocněním narůstá i počet následných malignit.

Nárůst prevalence pacientů s onkologickou diagnózou zohledňuje i nová organizace onkologické péče ukotvená ve věstníku, která vyžaduje novou formu spolupráce zapojených poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotních pojišťoven. Síť Komplexního onkologického centra (KOC) musí spolupracovat s regionálními pracovišti i s poskytovateli primární péče, kam patří i praktičtí lékaři.

S odstupem času od primární onkologické léčby pacienta ohrožuje více vznik následných malignit a komorbidit než relaps samotného onkologického onemocnění. Pravidelné komplexní preventivní prohlídky a screening mají pro pacienta v této životní etapě větší význam než samotný follow-up pro nádorové onemocnění. Je proto racionální předávat tyto pacienty do péče praktického lékaře.

Cílem follow-up je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití a prevence a léčba dlouhodobých komplikací nádorové nemoci a protinádorové léčby. Volit méně intenzivní sledování je možné individuálně po zvážení stavu pacienta a komorbidit. Naopak v individuálních případech, například při přítomnosti výrazných hereditárních, environmentálních nebo behaviorálních rizikových faktorů může být indikováno intenzivnější sledování pacienta.

O převedení dispenzarizace k praktickému lékaři rozhoduje onkolog, který zná riziko recidivy a dlouhodobých komplikací u daného pacienta.

Samotné předání pacienta do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit formou písemnou, tedy formou lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat diagnózu pacienta včetně TNM klasifikace, prodělanou léčbu pro onkologické onemocnění, popřípadě komplikace léčby (např. přetrvávající neurotoxicita po léčbě taxany, zhoršení renálních funkcí po předchozí léčbě cisplatinou a jiné). Vhodné je upozornit praktického lékaře na možné individuální riziko u daného pacienta (např. sekundární malignity po předchozí léčbě zářením). Pacient bude po předání dále sledován výhradně u praktického lékaře. V případě podezření na relaps onemocnění nebo pro jinou potřebu konzultace onkologem odešle praktický lékař po telefonické domluvě pacienta na regionální onkologické pracoviště. Doporučený postup má sloužit jako pomocný materiál při sledování pacientů s nádorovým onemocněním v anamnéze. Dispenzarizaci v intervalu vyznačeném žlutě obvykle provádí onkolog. Dispenzarizaci v zeleně vyznačených intervalech lze převést k praktickému lékaři. Pro sledování po uplynutí 10 let od primární onkologické léčby zpravidla doporučení a důkazy neexistují a postup zde je individuální. V případě diagnóz onkologem praktickému lékaři onkolog navrhne individuální plán sledování v předávací lékařské zprávě.

2. OBECNÝ OBSAH PROHLÍDKY U VYBRANÝCH ONKOLOGICÝCH ONEMOCNĚNÍ

- a) doplnění anamnézy včetně sociální, se zaměřením na její změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních a plicních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění a na výskyt závislostí,
- b) kontrola očkování,
- c) kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti a orientačního vyšetření zraku a sluchu; vyšetření kůže, vyšetření per rectum, u mužů klinické vyšetření varlat, u žen klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,
- d) laboratorní vyšetření základní: moč + sediment, KO, glykemie na lačno, FW, CRP, JT, urea, kreatinin + speciální dle doporučeného postupu pro jednotlivé diagnózy nebo dle doplňujícího doporučení předávajícího onkologa (zaznamenaného v předávací dokumentaci),
- e) provedení komplementárních vyšetření uvedených ve speciální části doporučeného postupu pro jednotlivé diagnózy, nebo dle doplňujícího doporučení předávajícího onkologa (zaznamenaného v předávací dokumentaci),

f) kontrola a zhodnocení výsledků dalších předepsaných preventivních vyšetření, a pokud nebyly v předepsaných termínech provedeny, jejich zajištění; preventivními vyšetřeními jsou:

1. vyšetření EKG ve 40 letech věku, dále pak ve čtyřletých intervalech,
2. stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku 1x za rok; od 55 let věku 1x za 2 roky, toto vyšetření možné nahradit provedením screeningové kolonoskopie jednou za 10 let,
3. u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let; není-li výsledek tohoto vyšetření k dispozici, lékař doporučí provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

3. VYBRANÉ POSTUPY SLEDOVÁNÍ V AMBULANTNÍ PRAXI

3.1. NÁDORY VARLAT – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 1: Seminomy I. stádium – aktivní surveillance, po adjuvantní chemoterapii s karboplatinou nebo adjuvantní radioterapii

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2x	2x	2x	1x	1x
Nádorové markery	2x	2x	2x	1x	1x
RTG plic	-	-	-	-	-
CT břicha a pánve	2x	2x	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

Tabulka 2: Neseminomy I. stádium – aktivní surveillance

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x (-6x+)	4x	2x	1–2x	1x
Nádorové markery	4x (-6x+)	4x	2x	1–2x	1x
RTG plic	2x	2x	1x+	1x+ (60. měsíc)	-
CT břicha a pánve	2x	1x–2x (18.+ a 24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

+ high-risk pacienti (přítomnost lymfovaskulární invaze)

Tabulka 3: Neseminomy I.–III. stádium a seminomy II. a III. stádium – po léčbě v kompletní remisi (individuální přístup u pacientů s aktivním onemocněním)

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	2x	2x	1x
Nádorové markery	4x	4x	2x	2x	1x
RTG plic	1–2x	1x	1x	1x	-
CT břicha a pánve	1–2x	1x (24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-
CT plic++	1–2x	1x (24. měsíc)	1x (36. měsíc)	1x (60. měsíc)	-

++CT plic provést místo RTG plic v případě plicních metastáz při diagnóze

UZ (ultrazvuk) scrota provést při nejasném klinickém nálezu nebo symptomech, edukace o samovyšetřování varlete.

Sledovat i možné pozdní následky onkologické léčby – hlavně toxicita kardiovaskulární, dále renální a neurologická po cisplatině, plicní po bleomycinu. Vhodné provádět 1x ročně: KO+diferenciál, biochemie, lipidy, testosteron v séru, pravidelné kontroly TK.

3.2. MALIGNÍ MELANOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 1: stádium 0 (melanom in situ)

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10 let
Klinická kontrola	1x	1x	12x	1x	Každý rok
Zobrazovací metody	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech

Tabulka 2: stádium IA-IIA

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10 let
Klinická kontrola	1–2x	1–2x	1–2x	1–2x	1x
Zobrazovací metody	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech	Při symptomech

Tabulka 3: stádium IIB–IV

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10 let
Klinická kontrola	2–4x	2–4x	1–4x	1–4x	1x
Zobrazovací metody	á 3 - 12 měsíců, dále při symptomech a individuálně dle rizika				dále při symptomech a individuálně dle rizika

Klinické kontroly: Intervaly mezi klinickými kontrolami nejsou pevně stanoveny. Vyšší frekvence jsou vhodné během prvních 2–3 let po operaci, kdy se vyskytuje nejvíce relapsů, zvláště u vyšších stádií. Provádět s ohledem na riziko relapsu (přítomnost ulcerace, mitózy, metastázy v sentinelové uzlině, satelitů, Clark IV-V u tenkých nádorů, výskyt spontánní regrese), historie melanomu v osobní anamnéze, pozitivní rodinná anamnéza, přítomnost dysplastických névů. V rámci kontrol je kladen hlavní důraz na vyšetření jizvy, palpaci uzlin, pátrání po intrasitních metastázách, vyšetření kůže. Kožní kontroly ideálně provádět ve spolupráci s dermatologem (zvýšené riziko duplicitních melanomů i nemelanomových nádorů kůže). **Zobrazovací metody u asymptomatických pacientů:** UZ vyšetření, RTG plic, CT, PET/CT, MR mozku – není shoda, vliv na celkové přežití dosud nebyl jednoznačně potvrzen. Zvážit UZ kontroly spádové uzlinové oblasti u rizikových pacientů bez provedené SLNB, nebo u pacientů s pozitivní SLNB, kteří nepodstoupili disekci spádových uzlin (první 3 roky od operace).

Laboratorní vyšetření: nutnost pravidelného laboratorního vyšetření u asymptomatického pacienta je diskutabilní, není obecně doporučováno. Při podezření na relaps má sérový protein S100b větší míru specifity než LDH.

Doporučení: aktuálně není shoda na follow-up schématu (intervaly, zobrazovací metody), vliv na přežití není jasný. Zobrazovací vyšetření a laboratorní vyšetření jsou indikována dle úvahy lékaře na základě klinického vyšetření. Klást důraz na pravidelné samovyšetřování – vyšetření kůže, jizvy a uzlin. U nemocných ve stádiu IV musí být přístup zcela individuální, podle konkrétního stavu pacienta.

3.3. KARCINOM PRSU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ PRO STÁDIUM I-III

Tabulka 1. stádium I - III

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–3x	2–3x	2–3x	2–3x	1x
MG	MG jednou ročně prvních 10 let, potom ve screeningu				
Zobrazovací metody	Vyšetření pomocí zobrazovacích metod (ultrazvuk, CT, scintigrafie skeletu, MR nebo PET/CT je indikované v případě symptomů u pacienta s podezřením na relaps onemocnění)				
TSH a fT4	Ročně u pacientek po RT na oblast nadklíčku				
Denzitometrie	U pacientek s arteficiální menopauzou nebo po léčbě inhibitory aromatázy				

Rutinní biochemické vyšetření a TM vyšetření nejsou nutné u asymptomatických pacientek, stejně tak vyšetření pomocí zobrazovacích metod kromě mamografie.

Pacientky léčené antracyklíny v adjuvanci mají vyšší riziko kardiotoxicity.

3.4. KARCINOM PLIC – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Tabulka 1:

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10 let
Klinická kontrola	4x	2x	1x	1x	1x
CT nebo RTG plic *	2x	2x	1x	1x	1x
Biochemie a pomocná vyšetření	Krevní odběry (KO, biochemická vyšetření, nádorové markery), bronchoskopie, spirometrie a vyšetření na vzdálené metastázy individuálně				

Během 4 let po ukončení kurativní léčby je riziko recidivy v 6–10%, během 1–2. roku dochází většinou k lokoregionálnímu relapsu, po 2. roce vznikají spíše vzdálené metastázy.

Riziko vzniku metachronního plicního nádoru je 1–6 %, stejné pro kuřáky i nekuřáky a neklesá s časem.

Sledování u pacientů po ukončené léčbě s radikálním záměrem s cílem:

- detekce léčitelného relapsu
- zjištění komplikací léčby (po RT), zajištění následné léčby
- vyhledání metachronních bronchogenních nádorů

1. rok

Kontroly ve 3 měsíčních intervalech (anamnéza, klinické vyšetření), CT vyšetření a/nebo ZP a boční skiagram hrudníku po 6 měsících*, bronchoskopie dle zvážení sledujícího lékaře.

2. rok

Kontrola a CT vyšetření a/nebo ZP a boční skiagram hrudníku po 6 měsících*.

> 2 roky

Kontroly v ročních intervalech (anamnéza, klinické vyšetření, CT vyšetření a/ZP a boční skiagram plic).

U podezřelých nálezů z CT vyšetření u pacientů po RT je možno provést – PET/CT, nutno potvrdit bioptickým vyšetřením.

Krevní odběry (KO, biochemická vyšetření, nádorové markery), bronchoskopie, spirometrie a vyšetření na vzdálené metastázy individuálně

Individuální sledování u pacientů:

- se zvýšeným rizikem stanoveným pooperačně
- s vaskulární invazí
- s postižením viscerální pleury
- po atypické resekcí
- nízcí diferencované neuroendokrinní karcinomy
- Tu větší než 4 cm, NX
- u pacientů po RT

Časování CT v rámci doporučených intervalů individuálně podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

3.5. GIST (GASTROINTESTINÁLNÍ STROMÁLNÍ TUMOR) – FOLLOW-UP PO RADIKÁLNÍ OPERACI

Tabulka 1: FU high-risk nádorů

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	4x	2–4x	2x
CT břicha a pánve	2x	2x	2x	1x	1x

GIST (gastrointestinální stromální tumor) – follow-up adjuvance**

Tabulka 2: FU high-risk nádorů

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	4x	2–4x	2x
CT břicha a pánve	3–4x	3–4x	3–4x	2–4x	1x

Optimální rutinní schéma FU není známo, institucionální rozdíly. Recidivy nejčastější v játrech, peritoneu, vzácněji v kostech a jinde. Pacienti s vysokým rizikem recidivy relabují do 1-3 let po ukončení adjuvantní léčby. Pacienti s nízkým rizikem recidivy by mohli recidivovat později, ale je to málo pravděpodobné.

CT poprvé pooperačně po 3 měsících, pak v intervalu 6 měsíců 3 roky.

Low-risk nádory

Ve vybraných případech á 6-12 měsíců, včetně CT po dobu 5 let. Není známý přínos rutinního follow-up v této skupině pacientů.

Very low-risk nádory

Pravděpodobně není nutný follow-up, riziko ale není zcela nulové. Nutné zvažovat rizika radiační zátěže, preferovat MRI břicha jako alternativu.

3.6. KARCINOM PROSTATY – FOLLOW-UP

Tabulka 1: Lokální terapie karcinomu prostaty – RAPE a kurativní RT

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	3x	2x	2x	1x	1x
PSA	3x	2x	2x	1x	1x

Tabulka 2: Kastrálně senzitivní onemocnění – sledování během androgendeprivační terapie

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	2–4x	2–4x	2	2x
PSA	3x	2x	2x	2x	1x
B i o c h e m i e a pomocná vyšetření	pacienti na dlouhodobé ADT terapii by měli být monitorováni se zaměřením na vedlejší účinky (densitometrie, diabetes, vitamin D, kalcium, kardiovaskulární riziko v anamnéze či u mužů starších 65 let)				

Lokální terapie karcinomu prostaty – RAPE a kurativní RT:

- po RAPE je očekáváno, že nedetekovatelného PSA bude dosaženo do 6 týdnů
- pokles PSA po kurativní RT je pomalejší, dosažení nadiru (až 3 roky a více) PSA < 0,5 ug/ml je spojováno s dobrou prognózou

Selhání lokální terapie:

- PSA monitoring slouží k zachycení residuálního pánevního postižení či výskytu mikrometastáz
- za selhání lokální léčby po RAPE je považováno zvýšení PSA > 0,2 – 0,3 – 0,4 ug/ml ve dvou následných měřeních
- za selhání lokální léčby po kurativní RT je považován vzestup PSA o 2 ug/l nad nadir po RT

Obecná doporučení ke sledování po lokální terapii:

- rutinní DRE není u asymptomatických pacientů vyžadováno, pokud se pravidelně kontroluje PSA
- rutinní follow-up u asymptomatických pacientů zahrnuje PSA, (DRE) ve 3., 6. a 12. měsíci po léčbě, poté každých 6 měsíců po dobu tří let, následně ročně
- biopsie prostaty po kurativní RT by měla být indikována pouze u pacientů indikovaných na salvage terapii
- u asymptomatických pacientů bez biochemického relapsu není indikována scintigrafie skeletu ani jiné zobrazovací metody

Kastračně senzitivní onemocnění – sledování během androgendeprivační terapie:

- obecně jsou pacienti sledováni ve 3-6 měsíčních intervalech
- PSA, DRE, HG, kreatinin, ALP, testosteron (především v 1. roce)

3.7. NÁDORY MOZKU – FOLLOW-UP

Tabulka 1: Low-grade gliomy (grade 1 a 2)

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4-5	6-10
Klinická kontrola	2-4x	2-4x	2-4x	2-4x	1x
MR mozku	2-4x	2-4x	2-4x	2-4x	1x

Tabulka 2: High-grade gliomy (grade 3 a 4)

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4-5	6-10
Klinická kontrola	3-4x	3-4x	3-4x	2x	1x
MR mozku	3-4x	3-4x	3-4x	2x	1x

Tabulka 3: Ependymomy

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4-5	6-10
Klinická kontrola	3-4x	3-4x	2x	2x	1x
MR mozku	3-4x	2-3x	1-2x	1-2x	1x

(+ MR vyš. páteřního kanálu, pokud byl vstupně postižen)

Tabulka 4: Meduloblastomy dospělých a supratentoriální PNET

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4-5	6-10
Klinická kontrola	4x	4x	2x	2x	1x
MR mozku	4x	4x	2x	2x	1x

(+ MR vyš. páteřního kanálu, pokud byl vstupně postižen)

Klinické kontroly probíhají ve spolupráci s neurologem (EEG vyš., antiepileptická léčba).**Laboratorní vyšetření:**

- standardně jen při chemoterapii
- při kortikoterapii glykémie a kalémie
- při antiepileptické terapii dle indikace hladina antiepileptik v séru, dále KO+dif., jaterní testy

3.8. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ**Klinické stádium I (T1,T2 N0 M0)**

Indikována **pouze kolonoskopie** v 1. roce, ve 3. roce a pak každých 5 let. Pokud je zachycen rizikový adenom*, tak opakovat po roce.

Tabulka 1: Klinické stádium II nebo III

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–4x	2–4x	2–4x	1–2x	1x
CEA	2–4x	2–4x	2–4x	1–2x	
CT hrudníku, břicha a pánve (při vyšším riziku)	1–2x	1–2x	1–2x	-	-
Kolonoskopie	1x	Další kolonoskopie jednou za 3-5 let do 75 let věku, pokud nebyl při předchozí kolonoskopii rizikový adenom*. Pokud ano, tak opakovat po roce.			

*Rizikový adenom: vilózní, polyp >1 cm, high-grade dysplazie.

Volit méně intenzivní sledování u pacientů věku >75 let a při závažnějších komorbiditách, které vylučují intenzivní léčbu relapsu. Klinické vyšetření: zaměřit se na možné symptomy relapsu a nežádoucí účinky proběhlé léčby. CT lze nahradit UZ (CEUS).

Nebyl prokázán benefit ze sledování jiných laboratorních parametrů. Pokud byl předoperačně vyšší marker Ca 19–9, je vhodné ho sledovat. Další vyšetření volit přísně individuálně se zohledněním symptomů. Po 5 letech není doporučeno sledování žádného laboratorního parametru ani zobrazovacího vyšetření. Vyhovuje klinické vyšetření ročně, kolonoskopie jednou za 5 let, pokud nejsou rizikové polypy.

3.9. ANÁLNÍ KARCINOM V KOMPLETNÍ REMISI PO CHEMORADIOTERAPII – FOLLOW-UP**Tabulka 1: Anální karcinom**

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	2–4x	2–4x	1–2x	1–2x	individuálně
Rekto- nebo anoskopie	2x	2x	1–2x	1–2x	individuálně

Postupná regrese nádoru po skončení chemoradioterapie může trvat několik měsíců, hodnocení odpovědi na chemoradioterapii za 8–12 týdnů, definitivní výsledek léčby lze hodnotit po 6 měsících.

Zobrazovací vyšetření volit jen individuálně, regionální relaps je častější než vzdálené meta, pátrání po vzdálených metastázách nemá význam, kurativní řešení v případě vzdáleného relapsu možné v naprosté většině případů není.

3.10. KARCINOM ŽALUDKU – FOLLOW-UP PO KURATIVNÍ LÉČBĚ

Všichni pacienti by měli být sledováni systematicky, nicméně konsensus pro standardní follow-up neexistuje. Naše doporučení vychází z evropských (ESMO) a amerických (NCCN) guidelines.

PET/CT a gastroscopie po totální gastrektomii může být součástí follow-up, je-li klinické podezření na recidivu/relaps onemocnění:

- u všech pacientů je nutno zvážit nutnost nutriční podpory,
- po totální gastrektomii, případně i po subtotálním výkonu je indikována monitorace hladiny B12 a železa a případná substituce, je-li diagnostikována nedostatečná hladina.

3.11. NÁDORY HLAVY A KRKU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vzhledem k tomu, že nádory hlavy a krku zahrnují soubor onemocnění nehomogenní z hlediska histologie, etiologie a biologického chování, lokality postižení, rozsahu postižení, použitých léčebných modalit atd., je následující doporučení definováno obecně a u každého pacienta může být postup modifikován výše uvedenými parametry.

Klinické kontroly:

Frekvence klinických kontrol kromě výše uvedených faktorů ovlivňuje také možnost provedení záchranné kurativní léčby, např. v případě těsných/pozitivních resekčních okrajů s možností reoperace jsou doporučovány klinické kontroly častěji. Obecné doporučení pro frekvenci kontrol je v tabulce.

Klinické kontroly by měly být prováděny ve spolupráci s otorhinolaryngologem (event. stomatochirurgem), aby byly vyšetřeny horní dýchací a polykací cesty.

Laboratorní vyšetření:

U nádorů hlavy a krku není v současné době přínosem vyšetřování nádorových markerů. U pacientů, kteří prodělali ozáření v oblasti krku a u kterých je riziko rozvoje postradiační hypotyreózy, jsou doporučovány pravidelné (1-2x ročně) odběry thyreostimulačního hormonu (TSH).

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4-5	6-10
Klinická kontrola	4-6x	3-4x	3-4x	1-2x	1x
TSH	1-2x	1-2x	1-2x	1-2x	1x

Zobrazovací metody:

Obecně se u asymptomatických pacientů zobrazovací vyšetření u nádorů hlavy a krku v rámci poléčebného sledování obligatorně neprovádí.

K indikaci zobrazovacích vyšetření se kloníme v případě oblasti nepřístupné klinickému vyšetření (např. primární nádor v oblasti nepřístupných vedlejších dutin nosních).

Lokální zobrazovací metody (CT, MR, PET/CT) jsou vhodné pro vyhodnocení odpovědi na léčbu do 6 měsíců od její aplikace.

V ostatních případech jsou diagnostické zobrazovací metody voleny individuálně, obvykle v případě symptomů či jiného podezření na relaps nemoci.

Další vyšetření:

Vzhledem k riziku komplikací po náročné komplexní léčbě musí být dlouhodobě u řady pacientů zajištěna také péče nutriční, stomatologická apod.

3.12. RENÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Zobrazovací vyšetření a laboratorní vyšetření jsou indikovány dle úvahy lékaře na základě klinického vyšetření. Kontroly a vyšetření se pak u pacientů s RCC zaměřují na pooperační komplikace, renální funkce (kontroly GFR, biochemie, krevní obraz, moč + sed), lokální a kontralaterální rekurence a vzdálené metastázy. Doba sledování není jasná, všeobecné doporučení je minimálně 5 let po operaci (pozdní relapsy low-risk tumorů nejsou vyloučeny). Základním vyšetřením je CT vyšetření břicha a pánve (možno též zvážit i MRI pro snížení radiační zátěže), CT plic a mediastina. CT plic a mediastina může být později nahrazeno RTG plic. UZ břicha a pánve se doporučuje u pacientů s nízkým rizikem, viz níže uvedená tabulka. Kostní sken a CT/PET vyšetření se provádí jen v indikovaných případech.

U pacientů s RCC provádíme skórování rizika rekurence dle nomogramů, následně dle stupně rizika se stanovuje frekvence kontrol a vyšetření, nejčastěji užíváme nomogramy: UISS (University of California Los Angeles Integrated Staging System) či SSIGN.

Stanovení míry rizika dle UISS (University of California Los Angeles Integrated Staging System):

Pacienti		Prognostické skupiny			
		T stádium	Grade dle Fuhrmanové	ECOG status	5leté nádorově spec. přežití (%)
Lokalizované onemocnění (N0, M0)	Nízké riziko	1	1–2	0	91.1
	Střední riziko	1	1–2	1 nebo více	80.4
		1	3–4	Jakýkoliv	
		2	Jakýkoliv	Jakýkoliv	
		3	1	Jakýkoliv	
	Vysoké riziko	3	2–4	1 nebo více	54.7
		4	Jakýkoliv	Jakýkoliv	
	Metastatické onemocnění	Nízké riziko	N ₁ M ₀	Jakýkoliv	Jakýkoliv
N ₂ M ₀ /M ₁			1–2	0	
Střední riziko		N ₂ M ₀ /M ₁	1–2	1 nebo více	19.5
			3	0, 1 nebo více	
		4	0		
Vysoké riziko		N ₂ M ₀ /M ₁	4	1 nebo více	0

Frekvence vyšetření a zobrazovacích metod dle míry rizika:

Vyšetření		Rok						
Míra rizika	Léčba	6 měsíců	1	2	3	4	5	> 5
Nízké	RN/PN pouze	US	CT	US	CT	US	CT	Možno ukončit
Střední	RN/PN/ kryo/RFA	CT	CT	CT	US	CT	CT	CT jednou za dva roky
Vysoké	RN/PN/ kryo/RFA	CT	CT	CT	CT	CT	CT	CT jednou za dva roky

Kryo = kryoterapie; CT vyšetření- břicha a pánve a plic (možno zvážit i MRI), PN = parciální nefrektomie; RFA = radiofrekvenční ablace; RN = radikální nefrektomie; US = UZ břicha, ledvina a lůžka po operaci

3.13. OVARIÁLNÍ KARCINOM – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok			
	1	2	3–5	6–10
Klinická kontrola	4	4	2x	1x
CA 125	2–4x	2–4x	2x	1x

Prováděná vyšetření:

- komplexní klinické vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + sonografie malé pánve
- neexistuje konsenzus stran vyšetření nádorových markerů (CA 125), na základě našich zkušeností odebíráme TM (CA 125) po 3-6 měsících od ukončení léčby u těch pacientek, u kterých byly na začátku zvýšené
- vyšetření pomocí zobrazovacích metod (RTG, ultrazvuk, CT, PET/CT) v případě podezření na relaps onemocnění
- intenzivní dispenzarizace je indikována u pacientek po konzervativní operaci či bez adjuvantní chemoterapie

3.14. KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok			
	1	2	3–5	6–10
klinická kontrola	4x	4x	2x	1x

Standardní vyšetřovací postupy při follow-up

- komplexní klinické vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + sonografie malé pánve
- laboratorní vyšetření a vyšetření pomocí zobrazovací metody (RTG, UZ, CT, PET/CT) v případě podezření na relaps

3.15. KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA – FOLLOW-UP PO LÉČBĚ

Vyšetření	Rok				
	1	2	3	4–5	6–10
Klinická kontrola	4x	4x	2x	2x	1x
CEA, CA 125*	2–4x	2–4x	2x	2x	1x

Prováděná vyšetření:

- kompletní fyzikální vyšetření
- komplexní gynekologické vyšetření + vaginální UZ vyšetření
- *vyšetření markerů pouze u těch pacientek, u kterých byly na začátku zvýšené

4. VYSVĚTLIVKY A ZKRATKY

ADT terapie – androgen deprivační terapie
 Adjuvance – zajišťovací léčba
 Clark IV-V – histologická klasifikace melanomu
 DRE – digital rectal examination- vyšetření per rectum
 ECOG status – celkový stav pacienta
 FU – follow-up – sledování
 HG – high-grade – nádor vysoké malignity
 high-grade dysplazie – prekanceróza
 high-risk - vysoko-rizikové
 follow-up – sledování
 low-risk – nízko-rizikové
 MG - mamografie
 MRI – magnetická rezonance
 RAPE – radikální prostatektomie
 RT – radioterapie
 salvage terapie –záchranná léčba
 sérový protein S100b – nádorový marker
 TM – tumor marker (nádorové markery)
 SLNB – vyšetření sentinelové uzliny
 kurativní RT- kurativní radioterapie
 UZ (CEUS) – ultrazvuk s kontrastem
 very low-risk – velmi nízko rizikové

5. LITERATURA

Platná NCCN, ESMO a EAU doporučení

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-09-5

ISBN 978-80-88280-09-5



9 788088 280095

© 2018, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP