

Onkologická prevence

Na úrovni současných vědomostí o etiologii a patogenezi nádorové choroby se prevence stala jedinou možností, která vede k podstatnému zlepšení výsledků v onkologické péči. Metodologicky se onkologická prevence dělí do čtyř kategorií – prevence primární, sekundární, terciární a kvarterní (tab. 37).

- **Primární prevence** – zaměřuje se na redukci nebo eliminaci vnějších etiologických faktorů zodpovědných za vznik zhoubných novotvarů. Možnosti uplatnění a působení spočívají jednak v ozdravení pracovního a životního prostředí a dále ve zlepšení osobní hygieny a celkové životosprávy; součástí primární prevence je také provádění edukace pacientů – cílená zdravotnická výchova. Podle Světové zdravotnické organizace se za karcinogenní faktory považují tabák a produkty jeho spalování, koncentrovaný alkohol, potrava s vysokým obsahem tuků, bílkovin a nadměrným množstvím kalorií spojená s nedostatkem vitaminů (A, E, C), profesionální pracovní podmínky a vlivy prostředí (chemický průmysl), některé medicínské postupy (diagnostické a terapeutické ozařování), složky slunečního a ultrafialového záření, znečištění životního prostředí (průmyslové exhaláty, produkty spalování benzínu), infekční vlivy (virové, mykotické i bakte-

Tab. 37 Onkologická prevence

Primární:
• ozdravení pracovního a životního prostředí
• zlepšení osobní hygieny a celkové životosprávy
• zdravotní výchova obyvatelstva
Sekundární:
• včasná diagnostika nádorů a prekanceróz
• vyhledávání osob s rizikovými onkologickými faktory (depistáž)
• pravidelné kontroly pacientů s prekancerózami a s onkologickou zátěží
Terciární:
• pooperační onkologická dispenzarizace
• stomatologická dispenzarizace (vedlejší účinky protinádorové léčby)
• depistáž nádorových duplicit
Kvarterní:
• předcházení důsledkům progresu nádoru (tlumení bolesti, zajištění výživy, psychologická podpora, zajištění sociálního zázemí)

riální). Cíle v provádění primární onkologické prevence jsou následující:

- a) zlepšení podmínek životního prostředí a ozdravení pracovního prostředí – opatře-

ní se postupně řeší ve spolupráci orgánů státní správy a hygienické služby. Zavádějí se technická a hygienická opatření v různých průmyslových odvětvích a v zemědělské výrobě (technická opatření v energetickém průmyslu – doly, elektrárny a kotelny na pevná paliva, opatření v chemickém a hutním průmyslu, v kožedělném a potravinářském průmyslu, na izotopových pracovištích, užívání prostředků chemického ošetřování zemědělských kultur a podobně). Velká pozornost se věnuje otázkám znečišťování životního prostředí, především ve městech a aglomeracích s větším počtem obyvatelstva (vytápění domácností fosilními palivy, problematika výfukových plynů ze spalovacích motorů).

- b) zlepšení osobní hygieny a dodržování správné životosprávy – tato součást primární prevence je především úkolem každého jednotlivce. Negativní faktory, jejichž role je v etiologii zhoubného bujení velmi významná, jsou kouření tabáku, pití koncentrovaných alkoholických nápojů a zvláště pak kombinace těchto faktorů. Podporovat a vysvětlovat je třeba i pravidla správné racionální výživy, protože zvýšená přítomnost dráždivých látek v potravě, požívání příliš horké stravy anebo jednostranná výživa, která neobsahuje všechny důležité složky racionální výživy, může v sobě skrývat nebezpečí. Uvádí se také škodlivost nadměrného požívání koncentrované černé kávy u jedinců s rodinnou nádorovou dispozicí. Pracovní a rodinné prostředí, kde dochází k častým konfliktům, a tím pak ke stresům a psychickým traumatům, má také charakter etiologického činitele vzniku zhoubného bujení.

Do oblasti osobní hygieny patří i péče o chrup a tkáň ústní dutiny – péče o orál-

ní zdraví. Na tomto úseku primární onkologické péče je významným činitelem úloha praktického zubního lékaře. Zubní lékař musí naprosto spontánně a s největší trpělivostí odstraňovat z ústní dutiny všechny faktory, které za určitých okolností přispívají podle iritační teorie ke vzniku nádorové choroby. Jsou to ostré okraje tvrdých zubních tkání u kariézních zubů nebo kořenů rozpadlých zubů. Pozornost musí být věnována osamoceným zubům v jinak bezzubých čelistech, které při jídle nebo i při prostém zavírání úst trvale zraňují sliznici protilehlého dásňového výběžku, vyvolávají v těchto místech nejprve chronický zánět a za určitých okolností může z těchto míst vyrůstat zhoubný novotvar. Příčinou chronického dráždění ústních tkání mohou také být špatně konstruované zubní výplně, jejichž převíslé okraje způsobují záněty mezizubní papily nebo gingivy v okolí krčku zubu. Ústní tkáň mohou být drážděny i protetickými náhradami, fixními i snímacími. Z hlediska onkologické prevence má důležitý význam i včasné odstraňování všech chronických ostitických ložisek, slizničních a kožních píštělí a benigních novotvarů. Při léčení cyst odontogenního původu se v každém případě doporučuje provádět cystektomie (exstirpace cysty), protože se opakovaně pozorovaly maligní transformace epitelu kořenové i zárodečné cysty v těch případech, kdy se rozsáhlé cysty operovaly marzupializací (cystostomie) (obr. 45–53).

- c) zdravotnická výchova obyvatelstva – je povinností každého lékaře, respektive zdravotnického pracovníka působit pozitivně na občany a rozvíjet zdravotnickou výchovu v následujících směrech:



Obr. 45a–b Karcinom horní čelisti – solitární zub (špičák) v dolní čelisti zraňuje při kousání a rozměňování potravy i při prostém zavření úst sliznici protilehlého dásňového výběžku, chronická traumatizace je vznik karcinomu alveolárního výběžku horní čelisti



Obr. 47 Karcinom alveolárního výběžku horní čelisti vpravo – příčinou vzniku nádoru je chronická traumatizace sliznice ostrými okraji mezičlenů zubního můstku



Obr. 45b



Obr. 48a–b Karcinom sliznice měkkého patra – traumatizace ostrým okrajem zubní protězy v místě existující leukoplakie



Obr. 46 Karcinom hrany jazyka vpravo – příčinou vzniku nádoru je traumatizace ostrého okraje radixu zubu 42



Obr. 48b



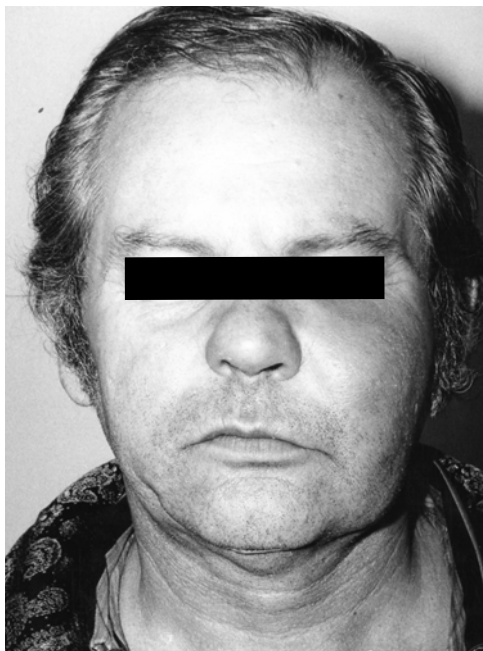
Obr. 49a–c Karcinom alveolárního výběžku dolní čelisti – nádor vznikl na podkladě traumatizace ostrým okrajem snímatelné zubní náhrady



Obr. 49b



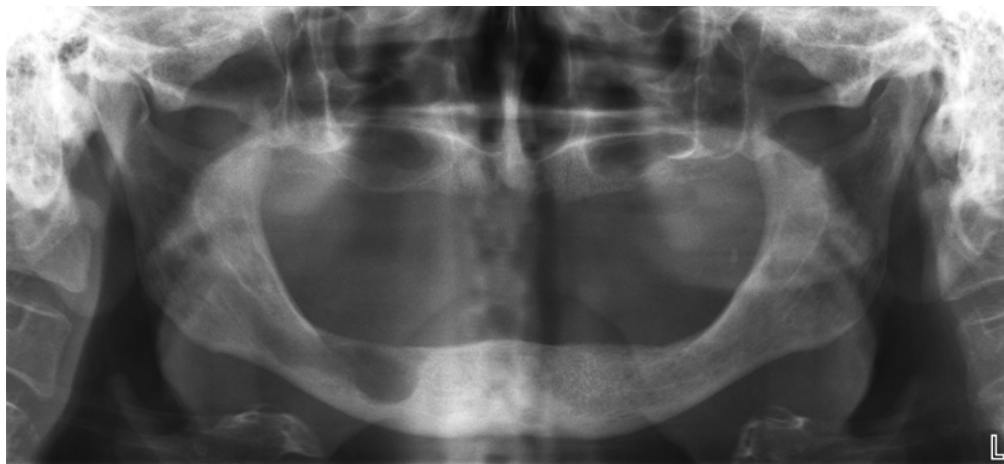
Obr. 49c



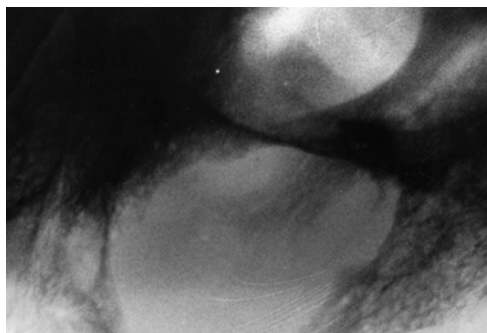
Obr. 50a–b Karcinom levé horní čelisti – nádor vznikl maligní transformací odontogenní cysty; na skiagramu lbi v poloaxiální projekci je patrné zastření čelistní dutiny a nádorová osteolýza alveolárního výběžku čelisti a crista infra-zygomatica



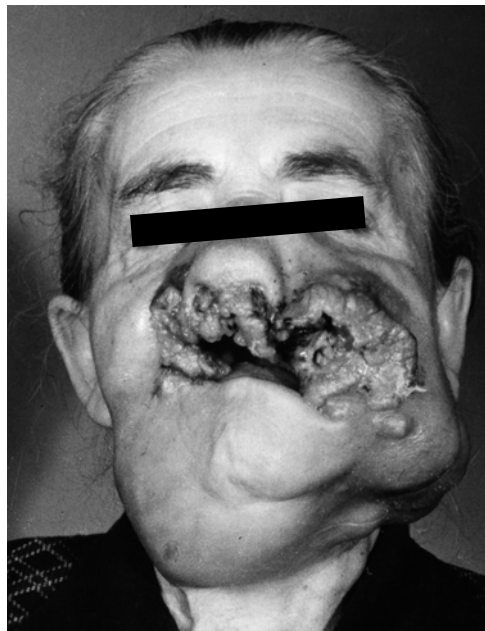
Obr. 50b



Obr. 51 Panoramatický skiagram maligně transformované odontogenní cysty dolní čelisti, nádorová osteolýza v oblasti úhlu a větve čelisti



Obr. 52a–b Karcinom horního rtu, nosní spodiny, horní čelisti a tváře s regionálními krčními metastázami, skiagram alveolárního výběžku horní čelisti – nádor vznikl maligní transformací odontogenní cysty po jejím léčení marsupializací



Obr. 52b



Obr. 53 Iničiální forma karcinomu jazyka (nádor vznikl maligní transformací leukoplakie)

- zvyšovat zdravotnickou uvědomělost obyvatelstva a vést občany k odstraňování nesprávných životních návyků hygienických i stravovacích;
- připravovat obyvatelstvo k provádění pravidelných onkologických prohlídek;
- prohlubovat znalosti obyvatelstva o zhoubných nádorech, vychovávat k sebevyšetřování a cílenému sebezpozorování, přesvědčovat o neodůvodněném strachu a pesimismu ve vztahu k existenci nádorového bujení.

- **Sekundární prevence** – spočívá ve včasném zachycení a rozpoznání přednádorových stavů a raných stadií nádorového onemocnění. K zákonné povinnosti lékaře patří provádět u každého pacienta preventivní onkologickou prohlídku dutiny ústní a celé orofaciální oblasti (vedle dutiny ústní je třeba vyšetřit orofarynx, slinné žlázy, kůži obličeje, regionální lymfatický systém). Je třeba evidovat veškeré odchylky vzhledu, barvy, hmatné rezistence na čelistech a červeni rtů, souvislost slizničního a kožního krytu. Veškeré suspektní léze, zejména chronické ulcerace sliznice, je lékař povinen kontrolovat s 2–3týdenním odstupem. Jestliže po této době nedošlo k evidentnímu vymizení afekce, je nutná bioptická verifikace léze. K dobré výzbroji lékaře v oblasti sekundární onkologické prevence patří i znalost diagnostiky prekanceróz a paraneoplastických procesů, to jest lézí a stavů, které mohou být s nádorovým onemocněním sdruženy. V sekundární prevenci se uplatňují následující způsoby práce:
 - včasná diagnostika nádorů a přednádorových stavů (prekanceróz);
 - depistážní akce;

- dispenzarizace osob s prekancerózami a s onkologickou zátěží v rodinné anamnéze (obr. 54–58).



Obr. 54 Iniciální forma karcinomu alveolárního výběžku horní čelisti vpravo



Obr. 55 Karcinom sliznice tvrdého patra u chronického kuřáka



Obr. 56 Maligní transformace proliferující leukoplakie sliznice levé tváře



Obr. 57 Iničiální forma karcinomu retní červeně dolního rtu



Obr. 58 Iničiální forma karcinom retní červeně dolního rtu

Včasná diagnostika nádorů a prekanceróz zaleží na včasném vyhledání lékaře nemocným, dále na odborné vyspělosti lékaře a jeho onkologické ostražitosti a na pečlivém vyšetření celé orofaciální oblasti u každého pacienta, který vyhledal ošetření třeba jenom pro zubní kaz – provedení preventivní onkologické prohlídky.

Cílem depistážních akcí (screening) je vyhledávat rané, bezpříznakové formy nádorů a chorobné stavy, které mohou být základem maligního bujení. Výtěžnost hromadných preventivních prohlídek, pokud jde o zjištění vlastního maligního novotvaru, je velmi malá s ohledem na ekonomickou a organizační náročnost akcí. Proto se v současné době jeví jako racionálnější opatření zaměření se na

skupiny osob se zvýšeným onkologickým rizikem – osoby s rizikovými faktory. Tyto osoby je třeba vytipovat a pravidelně sledovat.

Rizikové faktory pro anatomickou orofaciální oblast:

- a) věk a pohlaví – osoby starší 50 let (zvláště muži);
- b) špatná hygiena ústní dutiny – špatná celková hygiena, velký počet kariézních zubů nebo zubních kořenů, jednotlivé, osamoceně zuby v čelistech, nevyhovující zubní náhrady;
- c) návykové faktory – kouření více než 10 cigaret denně, pravidelné pití destilovaných alkoholických nápojů, popř. chroničtí etylci;
- d) dědičná dispozice v anamnéze – prekancerózy, nádory;
- e) metabolické poruchy – např. vředová choroba žaludku a dvanáctníku, chronické záněty střev, zánět slinivky břišní, cukrovka, poškození jater, avitaminózy, lues v anamnéze;
- f) vlivy profesionální – zemědělci pracující v rostlinné výrobě s pesticidy, herbicidy a jinými chemickými látkami, dělníci v metalurgickém a chemickém průmyslu, kteří pracují se zdroji ionizujícího záření a na jiných rizikových pracovištích.

Dispenzarizace osob s prekancerózami a s onkologickou genetickou zátěží v anamnéze umožňuje časný záchyt zvratu léze ve skutečné nádorové bujení, jako např. při přeměně epiteliálních dysplazií v *ca in situ* nebo v invazivní karcinom. Určité nemoci lze detekovat ještě v době, kdy nepřinášejí svému nositeli obtíže a jejich iničiální forma je zpravidla dobře léčitelná. Jednou z možností záchytu těchto chorob jsou screeningová vyšetření. Screening je metodou velkoplošného vyšetřo-

vání populace s cílem zachytit přednádorové stavy a počáteční formy maligního onemocnění. Typická dědičnost se v onkologii objevuje daleko méně často, je vázána na změny genomu, a ten se pak může přenášet na potomky. Rodinná (familiární) onkologická rizika se zatím nedaří výrazněji ovlivňovat.

- **Terciární prevence** – má předcházet rozvoji reziduální nádorové choroby a zajistit její neprodlené léčení, zahrnuje opatření a postupy sekundární prevence přenesené do poléčebné dispenzární péče. Její náplní je kontrola oblasti primárního nádorového procesu a regionálních lymfatických uzlin krčního řetězce. Dále sleduje obnovení a udržení individuální i sociální integrity pacienta, přináleží jí také úkoly psychosomatické, rehabilitační, sociální a lázeňské péče. Významnou roli na tomto úseku prevence má i obnovení porušené funkce organismu a znovuzařazení nemocného do pracovního procesu a společenského způsobu života. Součástí terciární prevence je také depistáž nádorových duplicít, edukace pacienta o charakteru jeho onemocnění, která obsahuje i doporučení týkající se výživy a vhodného životního stylu. Pacient by měl být informován i o možnostech provádění samovyšetřování.

Onkologickou dispenzarizací se rozumí provádění pravidelných prohlídek všech nemocných, kteří byli pro nádorové onemocnění léčení. Tento způsob práce zaručuje, že se včas zachytí každý nový projev nádorového onemocnění, takže se podaří eventuální recidivu onemocnění nebo nové nádorové ložisko včas odhalit a terapeuticky zvládnout. Dispenzární péče v onkologii by měla být aktivní, je třeba ji poskytovat v nejširším možném rozsahu, v pravidelných časových intervalech

a musí být dlouhodobá. Jejím cílem je zajistit nemocným, kteří byli pro zhoubný nádor léčeni, optimální podmínky pro jejich další životní a společenské uplatnění. Úloha každého lékaře v tomto procesu je náročná a významná. Odborná výchova lékaře, jeho schopnost logické diferenciací diagnostické úvahy je zpravidla pro úspěšnost léčení onkologického onemocnění často rozhodujícím momentem.

Převážné procento recidiv orofaciálních malignit se objevuje v prvních dvou letech po skončení protinádorové léčby. Proto je doporučena následující chronologie klinických kontrol: v prvních 6 měsících se pacient kontroluje každý měsíc, v druhém semestru pak ve dvouměsíčních intervalech, v druhém roce se pak pacient kontroluje nejméně jedenkrát za 3 měsíce. V následujících letech, pochopitelně při negativním vyšetření koncem druhého roku, se pacient kontroluje nejméně jedenkrát za půl roku. Za vyléčeného se pacient považuje po 5 letech bezpříznakového období od skončení léčby, je však vhodné, aby dispenzarizace trvale pokračovala s frekvencí jednoročních kontrol. Důvodem k naplňování této metodiky je možnost vzniku pozdních recidiv a dále pak statisticky prokázaný výskyt nových, sekundárních novotvarů, jejichž vznik může být indukován předchozí agresivní chemo- nebo radioterapií. Tyto nádory se mohou objevit i v lokalizacích, které jsou bez anatomického vztahu k předchozímu primárnímu nádoru. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat včasnému zachytu a diagnostice regionálních a někdy i vzdálených metastáz. V této fázi péče o onkologického pacienta je třeba využívat i existujících zobrazovacích metod, jakými jsou počítačová tomografie, magnetická rezonance, sonografie, pozitronová emisní tomografie, sledování hladin nádorových markerů atd. Včasné odhalení

nádorové recidivy nebo terapií nepostiženého rezidua nádoru umožňuje úspěšné léčení a zvládnutí nádorové choroby.

- **Kvarterní prevence** – je zaměřena na předcházení možným důsledkům progresu nádorového bujení, zabývá se problematikou tišení bolestí a zajišťování příjmu potravy v terminálních fázích choroby. Vedle snahy o udržení možné kvality života ze stránky somatické je třeba pro těžce nemocného zajišťovat psychologickou podporu a sociální zázemí.

V závěru kapitoly o možnostech onkologické prevence je třeba zdůraznit, že lékař má v orofaciální oblasti podstatně výhodnější a svým způsobem i snazší pozici oproti jiným anatomickým lokalitám, resp. specializacím. Klinickému vyšetření není totiž nikde v organismu terén pro nádorovou diagnostiku tak přístupný, jako je tomu v oblasti ústní dutiny a v obličeji. Tato výhoda klade na všechny lékaře velkou zodpovědnost, protože osud nemocného je ve velké míře závislý na včasné diagnostice a na včasném zavedení účinné léčby. Přirozeným předpokladem však je, aby

každý lékař byl na vyhledávání nádorového onemocnění zaměřen a cílevědomě ho prováděl. Stále se totiž ještě setkáváme s nemocnými, kteří s novotvarem v ústní dutině byli opožděně odesláni na specializované pracoviště. Příčina tohoto jevu je pravděpodobně v tom, že v evropských zemích se vyskytují zhoubné nádory sliznice ústní dutiny a obličeje v průměru u 3–5 % maligních novotvarů, což je číslo relativně malé. Důsledkem toho je pak i malá příležitost lékaře získávat praktické zkušenosti a vzdělávat se v onkologické diagnostice (tab. 38).

Tab. 38 Prognóza nádorové choroby – nepříznivé faktory

• pozdní zahájení léčby
• vysoký věk nemocného
• abúzus nikotinu, alkoholu
• objem tumoru, vyšší klinické stadium
• lokalizace tumoru (anatomická oblast, posteriorní lokalizace)
• histologické složení nádoru (diferenciace)
• přítomnost uzlinových a vzdálených metastáz (generalizace)