



IMPROVEMENT OF QUALITY OF THE NATIONAL CANCER SCREENING PROGRAMMES IMPLEMENTATION (CRO SCREENING)



This project is funded by the European Union



ZAŠTO I KAKO PROVODITI PROBIR

Dr. Jožica Maučec Zakotnik, specijalistica
obiteljske medicine
Voditeljica upravljačkog centra programa za
prevenciju i promociju
Nacionalni institut za javno zdravlje, Slovenija



This project is funded by the European Union

ORGANIZIRANI POPULACIJSKI PROBIR

- Probir koji zdravstveni sustav izravno nudi ciljnoj populaciji bez kliničkih simptoma bolesti
- Jednostavnim pregledima i testovima pokušavamo pronaći bolest u latentnoj i ranoj fazi
- Svi ljudi podvrgnuti testiranju za koje se sumnja da su bolesni trebaju dodatni dijagnostički pregled



Klasični kriteriji za program probira

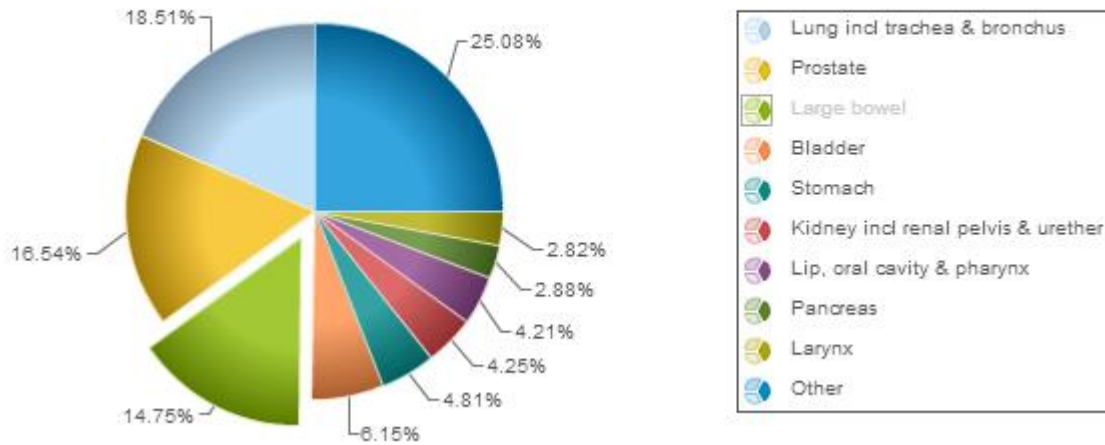
Izvor: Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.

- (1) Traženo zdravstveno stanje treba biti važan zdravstveni problem.
- (2) Treba postojati prihvaćeno liječenje za pacijente s prepoznatom bolešću.
- (3) Resursi za dijagnozu i liječenje trebaju biti dostupni.
- (4) Treba postojati prepoznatljiv latentni ili rani simptomatični stadij.
- (5) Treba postojati odgovarajući test ili pregled.
- (6) Test valja biti prihvatljiv populaciji.
- (7) Valja razumjeti prirodnu povijest zdravstvenog stanja, uključujući i razvoj od latentne do deklarirane bolesti.
- (8) Treba postojati dogovorena politika o tome koga tretirati kao pacijente.
- (9) Trošak traženja pacijenata s bolešću (uključujući dijagnozu i liječenje pacijenata s dijagnozom) treba biti ekonomičan u odnosu na moguće troškove medicinske njege u cjelini
- (10) Traženje pacijenata s bolešću treba biti kontinuirani proces, a ne projekt „jednom za svagda”.

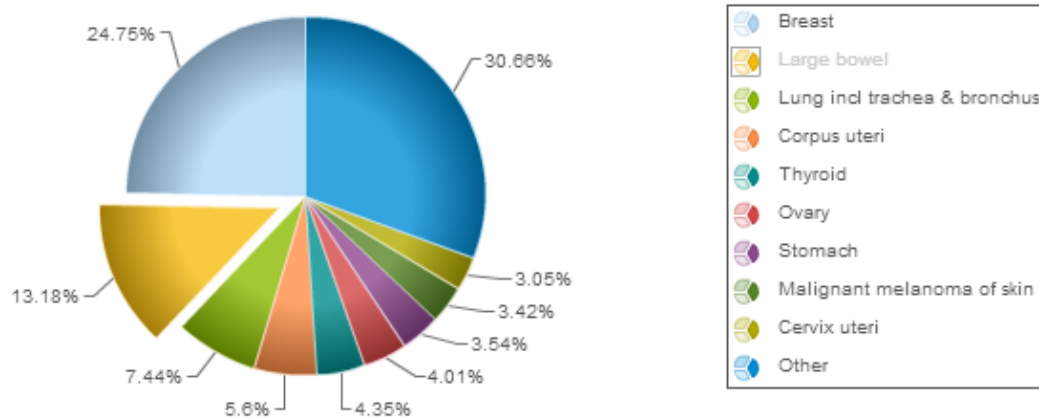


(1) Traženo zdravstveno stanje treba biti važan zdravstveni problem.

Estimated incidence for men in Croatia, 2012



Estimated incidence for women in Croatia, 2012

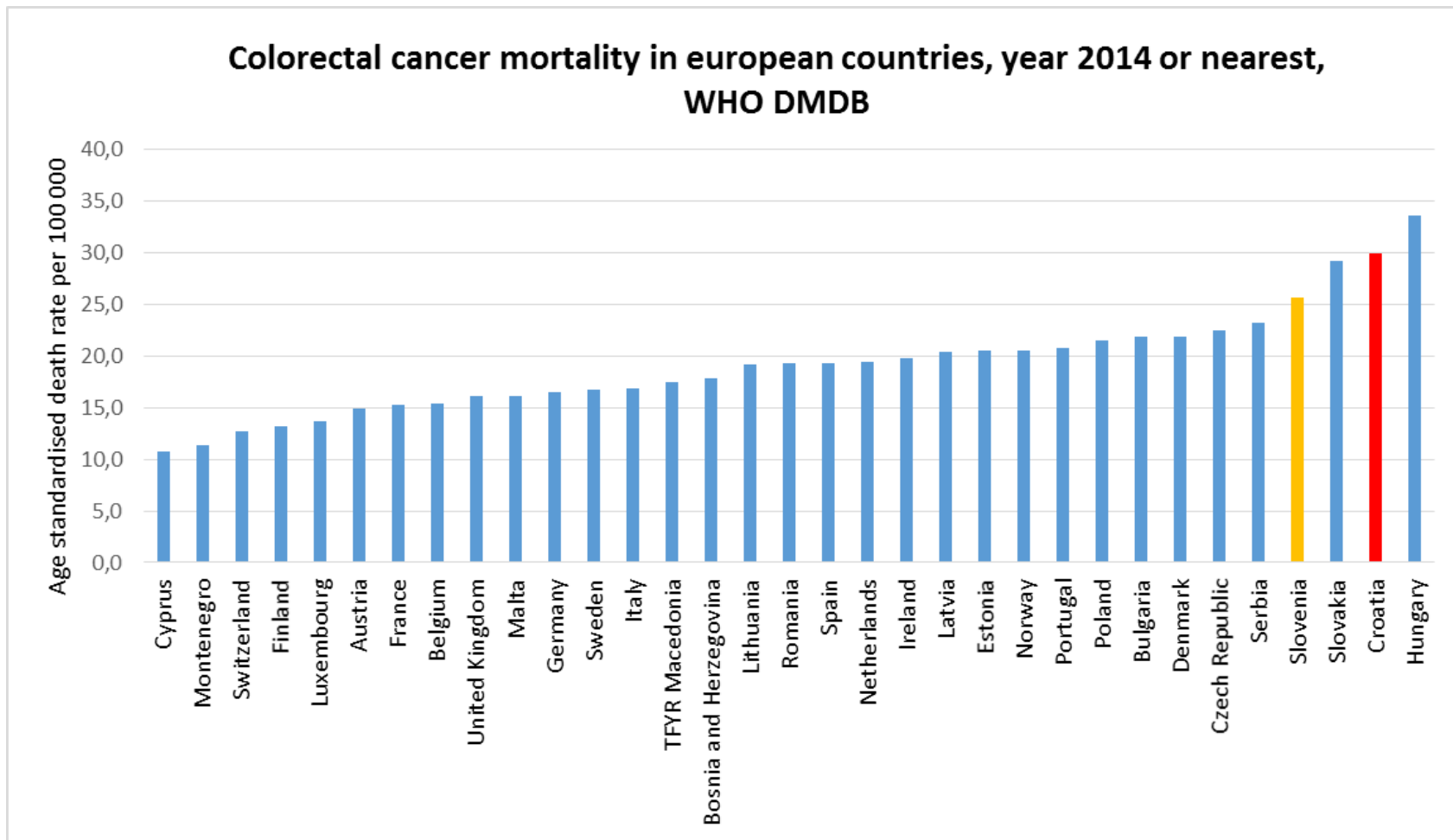


Gruba stopa incidencije u 2013.
72 na 100.000

Stopa mortaliteta u 2013.
47 na 100.000

OBJE rastu

Visoki teret mortaliteta od KRK u zemljama srednje Europe



(5) Treba postojati odgovarajući test ili pregled.

Dostupna su dva glavna tipa FOBT-a - gvajak i imunokemijski (FIT)

Guaiac-based FOBT version	Sensitivity for cancer	Sensitivity for adenomas
Hemoccult Sensa (high-sensitivity)	50% - 79%	21% - 35%
Hemoccult II	13% - 50%	8% - 20%

FIT and guaiac-based FOBT	Sensitivity for cancer	Sensitivity for adenomas
Immunochemical tests (FIT)	55% - 100%	15% - 44%
High-sensitivity guaiac-based FOBT (Hemoccult Sensa)	50% - 79%	21% - 35%

Kolonoskopija je optimalna metoda za daljnji dijagnostički postupak u populacijskom probiru KRK-a

Probir (+FOBT s dijagnostičkom kolonoskopijom) smanjuje mortalitet od KRK

15-33%

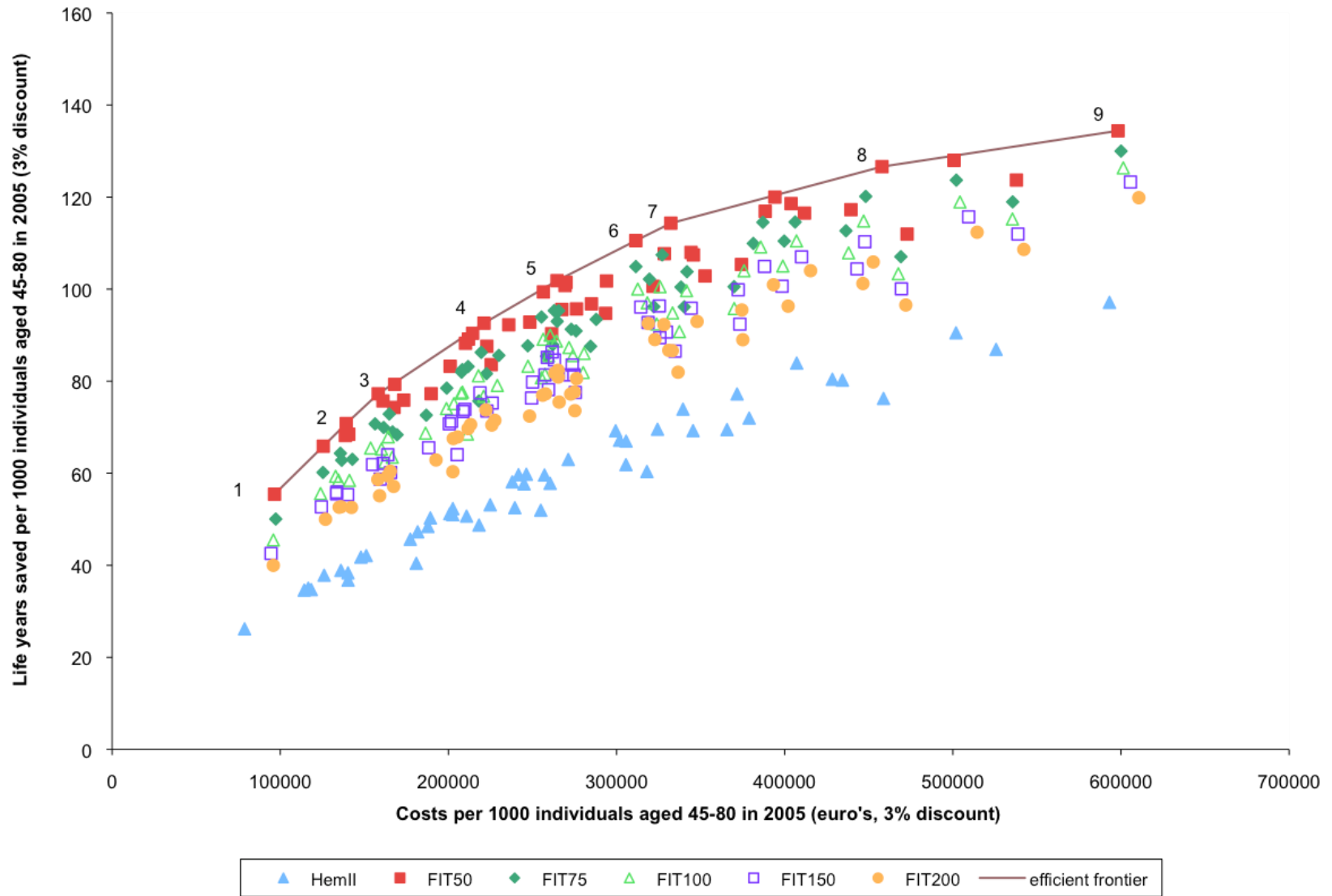
Probir povećava udio rano otkrivenog KRK-a – u lokaliziranom ograničenom stadiju

9-11%

Probir smanjuje incidenciju KRK-a

17,8-14,2%

Model troška-performansi gFOBt-a i FIT-a



Klasični kriteriji za program probira

Izvor: Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.

- (1) Traženo zdravstveno stanje treba biti važan zdravstveni problem.
- (2) Treba postojati prihvaćeno liječenje za pacijente s prepoznatom bolešću.
- (3) Resursi za dijagnozu i liječenje trebaju biti dostupni.
- (4) Treba postojati prepoznatljiv latentni ili rani simptomatični stadij.
- (5) Treba postojati odgovarajući test ili pregled.
- (6) Test valja biti prihvatljiv populaciji.
- (7) Valja razumjeti prirodnu povijest zdravstvenog stanja, uključujući i razvoj od latentne do deklarirane bolesti.
- (8) Treba postojati dogovorena politika o tome koga tretirati kao pacijente.
- (9) Trošak traženja pacijenata s bolešću (uključujući dijagnozu i liječenje pacijenata s dijagnozom) treba biti ekonomičan u odnosu na moguće troškove medicinske njege u cjelini
- (10) Traženje pacijenata s bolešću treba biti kontinuirani proces, a ne projekt „jednom za svagda”.



Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years

Izvor: Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Geneva: WHO; 2008. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/index.html>

Sinteza kriterija probira koji su predlagani tijekom posljednjih 40 godina

- Program probira treba biti odgovor na prepoznatu potrebu.
- Ciljevi probira trebaju od početka biti definirani.
- Ciljna populacija treba biti definirana.
- Trebaju postojati znanstveni dokazi o učinkovitosti programa probira.
- Program treba integrirati obrazovanje, testiranje, kliničke usluge i upravljanje programom.
- Treba postojati osiguranje kvalitete, s mehanizmima koji potencijalne rizike probira smanjuju na najmanju moguću mjeru.
- Program treba osigurati informirani izbor, povjerljivost i poštovanje autonomije.
- Program treba promicati jednakost i pristup probiru za cijelu ciljnu populaciju.
- Evaluacija programa treba biti isplanirana od samog početka.
- Ukupne koristi probira moraju prevagnuti u odnosu na štete.





“The best screening test is the one that gets done well.”

– Sidney J. Winawer, MD



This project is funded by the European Union



Ciljevi probira

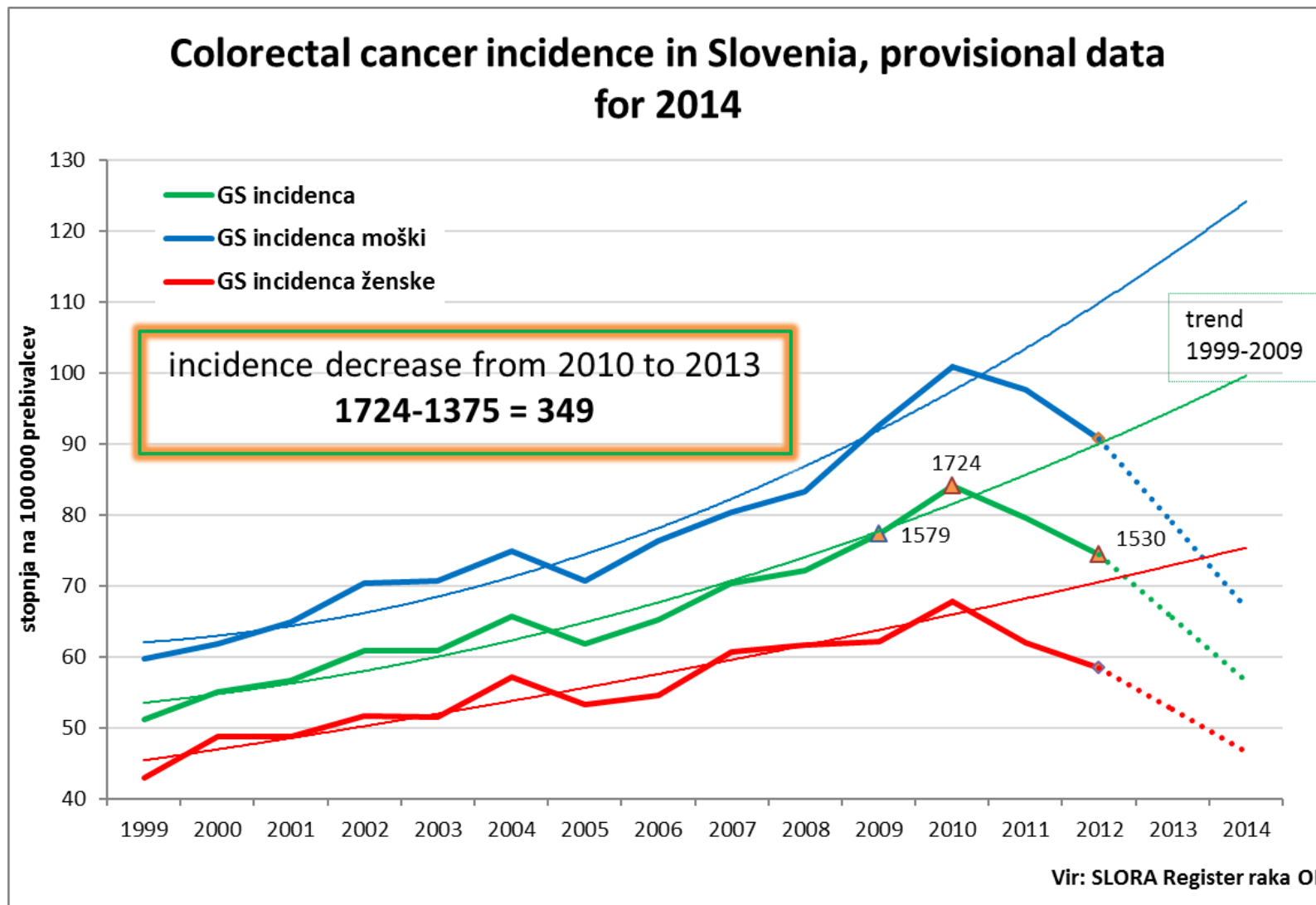
UČINKOVITA REAKCIJA NA ZDRAVSTVENI I FINANCIJSKI TERET KRK-A

- Pronalazi i uklanja premaligne promjene.
- Smanjuje incidenciju novih slučajeva KRK-a.
- Povećava udio rano dijagnosticiranih KRK-a.
- Smanjuje mortalitet od KRK-a.
- Smanjuje troškove liječenja te bolesti.
- Povećava kvalitetu života pacijenata s KRK-om.



Učinci probira KRK-a u Sloveniji

www.program-svit.si



Promjena u stadijima karcinoma otkrivenim u SLO probiru

Stage	1. round 2009-10		2. round 2011-12		Cancer register in 2008 (limited)	
	number	share	number	share		
I. stage T1Nx (T1 Nx Mx) *	196	21,9%	117	23,4%	}	13,5%
I. stage (T1/2 N0 M0)	238	26,7%	140	27,9%		
II. stage (T3/4 N0 M0)	191	21,4%	99	19,8%		
III. stage (any T N1/2 M0)	211	23,6%	105	21,0%		
IV. stage (any T N1/2 M1)	57	6,4%	40	8,0%		
total with stage	893	100,0%	501	100,0%		
no data	15					
Total cancers	908		501			

Rana faza otkrivanja (I. i II. stadij): 70,0 % i 71 %

Radionica –Radni list 1



- Osnovni kriteriji

(2) Treba postojati prihvatljivo liječenje za pacijente s prepoznatom bolešću.

(3) Infrastruktura za dijagnostiku i liječenje treba biti dostupna. Molimo raspravite o ovim pitanjima:

- a) Koliko je vrijeme čekanja od pozitivnog probirnog nalaza do probirne kolonoskopije
- b) Kako postići da u čitavoj Hrvatskoj bude dostupna probirna kolonoskopija koja uključuje polipektomiju u toj istoj kolonoskopiji
- c) Koliko je vrijeme čekanja na operaciju nakon što je karcinom potvrđen na histopatologiji



Daljnja dijagnostika i liječenje

Preporuke EU smjernica



- Liječenje i uslugu rehabilitacije, sukladno smjernicama utemeljenim na dokazima, valja ponuditi svim bolesnicima u kojih je detektiran karcinom ili preinvazivne lezije u vrijeme procjene abnormalnog nalaza probira.
- Dodatna kolonoskopija nakon pozitivnog probira (bilo koje vrste) trebala bi biti dogovorena unutar 31 dan od upućivanja (prihvatljivi standard je > 90%, poželjni > 95%) (str. 95 EU smjernica)
- Dodatnu kolonoskopiju nakon pozitivnog probira (bilo kojeg modaliteta) valja zakazati unutar 31 dan od upućivanja. Prihvatljiv standard je >90%, >95% je poželjno.

