

## Moderní urologie na prahu třetího tisíciletí

Na počátku třetího milénia se v medicíně objevily nové trendy: medicína založená na důkazech (Evidence Based Medicine – EBM), kvalita života v souvislosti s léčením, souhlas maximálně informovaného pacienta a mini-invazivita. Zásadním způsobem se tak mění nároky na způsob myšlení zdravotníků i jejich přístup k nemocným. Medicína založená na důkazech vychází z velkých prospektivních a kontrolovaných studií, které jsou finančně, organizačně i časově náročné. Jejich zásluhou končí éra empirických zkušeností a z generace na generaci přenášených lokálních zvyklostí i stereotypů. EBM je cestou, jak předejít zbytečným nebo neúčinným diagnostickým postupům i léčebným metodám. Nedílnou součástí léčebného procesu se také stala snaha o maximálně možné zachování kvality života. Nemocní jsou maximálně informováni o svém zdravotním stavu i možnostech léčby, úměrně svému vzdělání i stavu a mají konečné slovo při její volbě. Snaha o co nejrychlejší návrat nemocného do normálního života anebo alespoň o zlepšení jeho zdravotního stavu, aniž by byl vystaven větším útrapám, vede k omezování invazivity.



Nové prvky není možné realizovat okamžitě, a proto nezbyvá než se i nadále v některých případech opírat o poznatky, které neodpovídají kritériím EBM. Vše probíhá tak říkajíc za pochodu a bude jistě i během na dlouhou trať. Odborné společnosti na národní i mezinárodní úrovni se snaží toto mezidobí překlenout tím, že do doporučených postupů (guidelines) zařazují i výsledky retrospektivních studií a studií provedených v centrech excelence, které označují nižším „level“, neboť jiná možnost se nenabízí.

Průvodním jevem až překotného rozvoje medicíny je i obrovský nárůst informací. Jejich zpracování klade mimořádné nároky na systematické sebevzdělávání každého z nás, i na jeho schopnost vybrat podstatné a odlišit to, co má její život. Nejobtížnější pak je tyto nové poznatky přenést do klinické praxe. Osobní zkušenosti mají i nadále cenu „zlata“, ovšem pouze tehdy, pokud jsou trvale konfrontovány s novými poznatky a inovovány. Historicky u nás existují tzv. lokální školy. V nich žáci automaticky od svých učitelů přejímali a přejímají empiricky prověřené zkušenosti i dovednosti, bez objektivního porovnávání s postupy a závěry z velkých studií a z renomovaných pracovišť, publikovaných v „impaktovaných“ odborných časopisech anebo prezentovaných na mezinárodních vědeckých fórech.

Medicína se stává komplikovanější, v mnohém méně přehlednější, a to vede k potřebě stále větší subspecializace a k systematickému i dynamickému přístupu. I v medicíně, která je převážně intelektuální oblastí lidské činnosti, je patrný posun od manuálního k intelektuálnímu. Diagnostika i volba léčebného postupu do jisté míry nabývají navrch nad vlastním léčením. Jejich složitost vzrůstá i tím, že se jejich nezbytnou součástí staly vyšší matematika, statistika, prognostika i analytické myšlení. U chorob, které nemají kauzální léčbu (nádory), zaujala léčebná rozvaha spolu se stanovením přesné diagnózy rozhodující postavení. I ty nejobtížnější způsoby chirurgické léčby a nekomplikovanější technologie si lze dnes osvojit i díky propracovanému systému postgraduální výchovy nebo širšímu využívání simulátorů. Přestávají být doménou několika jednotlivců, a také jejich dostupnost pro pacienty již není problémem. Chybná diagnóza nebo nesprávně zvolená strategie léčby však vedou k nenapravitelným škodám. Ne všichni si tyto změny uvědomují, soudě podle nezměněného stylu jejich práce i toho, co na odborných fórech prezentují. Jsme také svědky jakéhosi generačního souboje, který našťastí není paušální. Při něm na jedné straně stojí převážně dřívě narození, kteří lpí na svých „osvědčených“ metodách a již nemají zájem ani trpělivost se učit novému. Proti nim vystupují protagonisté „inovací“ mladšího věku, kteří narážejí na nepochopení, a také na nedostatek vhodných pacientů. Na „vině“ tedy nejsou jen léty prověřeni „vykonavatelé“, ale i jejich „dodavatelé“, kteří sázejí na jistotu. Vstup laparoskopických operací na urologické kolbiště je takovým markantním příkladem.

Demonstrací naší malé flexibility i rigidity může být i např. karcinom prostaty (CaP). Léta bylo nepsaným pravidlem léčit tento velmi záldný, většinou pomalu progredující a mnoha nejasnostmi opředený nádor, bez výjimky maximalisticky. Do doby nedávné to skutečně odpovídalo úrovni našeho poznání. Nemocní, s výjimkou těch s metastázami, byli paušálně podrobováni lokální tzv. kurativní léčbě (převážně radikální prostatektomií anebo zevní aktinoterapií). Za míru terapeutické úspěšnosti byla považována minimalizace perioperačních komplikací (délka operace, velikost ztráty krve, stupeň močové inkontinence i následná erektilní dysfunkce) anebo problémů bezprostředně spojených s ozařováním. V přemíře opojení ze zdokonalených operačních technik nebo ozařovacích technologií se pozapomnělo na to, že nedůležitějšími kritérii onkologické léčby jsou: interval přežívání bez recidivy, celková délka přežívání anebo nádorově-specifická délka přežívání. S odstupem času vyšlo najevo, že po 5–10 letech má až 40% pacientů recidivu, bez ohledu na to, zda byli správně indikováni, a „zlatými ručičkami“ odoperováni anebo sofistikovaně ozařeni. U jedné třetiny z nich dochází dokonce k systémové progresi. S trochou nadnesení se tak vlastně kontinence moči i erekce nadřadily ohrožení života. Po tomto vystřízlivění se zájem přenesl na rizikovost nádoru jako na nejzávažnější prognostickou charakteristiku, která zásadním způsobem ovlivňuje léčebný postup i osud nemocného. Lokální monoterapeutická léčba u nádorů se středním a vyšším rizikem, zejména u mladých a zdravých pacientů, se ukázala rovněž jako nedostačující a byla vystřídána multimodálním přístupem. Definitivní, lokální léčba samozřejmě neztratila na svém klíčovém významu, pouze se zpřesnila indikace a zúžila její „všeúčinnost“.

Neodmyslitelnou součástí úvah o způsobu léčby je také předpokládaná délka života nemocného a vliv průvodních, závažných chorob. Ty jsou mnohdy příčinou smrti, neboť CaP nedají šanci se uplatnit. U nevléčitelných nemocných vystřídalo úsilí o důstojné dožití (nikoliv tedy o „dožívání“), nesmyslné „závod“ v prodloužování života za každou cenu.

Doslova šokem se rovněž stalo zjištění, že za více než polovinou CaP, odhalených aktivní depistáží (screeningem) se skrývají tzv. indolentní CaP (v podstatě okultní – neškodné), nevyžadující žádnou anebo alespoň ne okamžitou léčbu. Jejich přesné odlišení je žádoucí nejen z ekonomických důvodů, ale hlavně z pohledu pacienta, neboť jakoukoliv formu aktivní léčby provází nežádoucí vedlejší účinky (pacienta poškozující). V případě aktivní léčby indolentních karcinomů dochází k neodůvodněnému snižování kvality života.

U nízko-rizikových karcinomů byla potvrzena existence tzv. léčebného okna. Je to časový interval, o který lze odložit aktivní léčbu bez vlivu na další osud nemocného, až do případné progresse. Tento poznatek poskytuje možnost, zejména u mladších nemocných, odsunout agresivní léčbu i o několik roků dále, a tak jim prodloužit plnohodnotný život, aniž by je to nějak poškodilo.

Vše nové nemívá na růžích ustláno, vědecký pokrok však nelze ignorovat. Je zcela přirozené, že opouštět „vyjeté koleje“ není snadné a populární. Pro nás Středoevropany je nadto typická neochota, snad s výjimkou životních partnerů, cokoliv měnit (profesi, zaměstnavatele, bydliště apod.). To však nemůže být omluvou pro ty, kteří nejsou ochotni reflektovat poznatky moderní medicíny a na úkor pacientů lpí na své zaběhnutém a jistém.

*prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.  
Urologická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 6, 120 00 Praha 2  
e-mail: jan.dvoracek@lf1.cuni.cz*