



Onkologie 2023+

Jan Novotný

Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?



Systemové změny

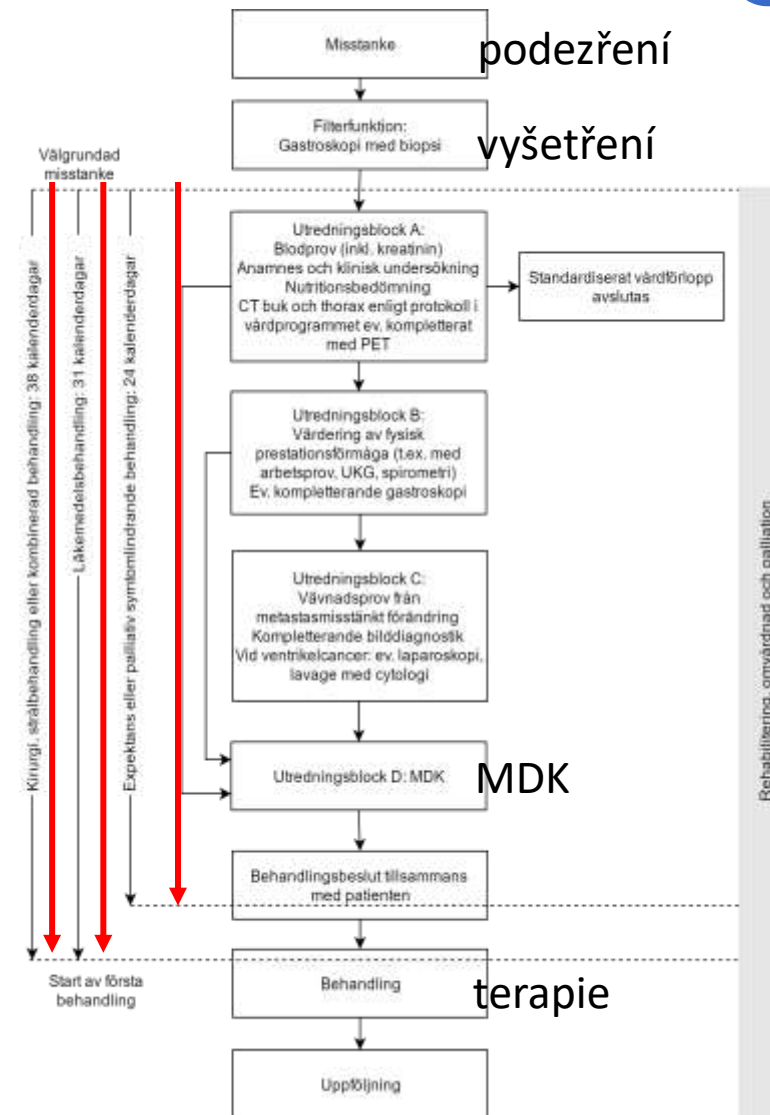
Individuální změny



Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

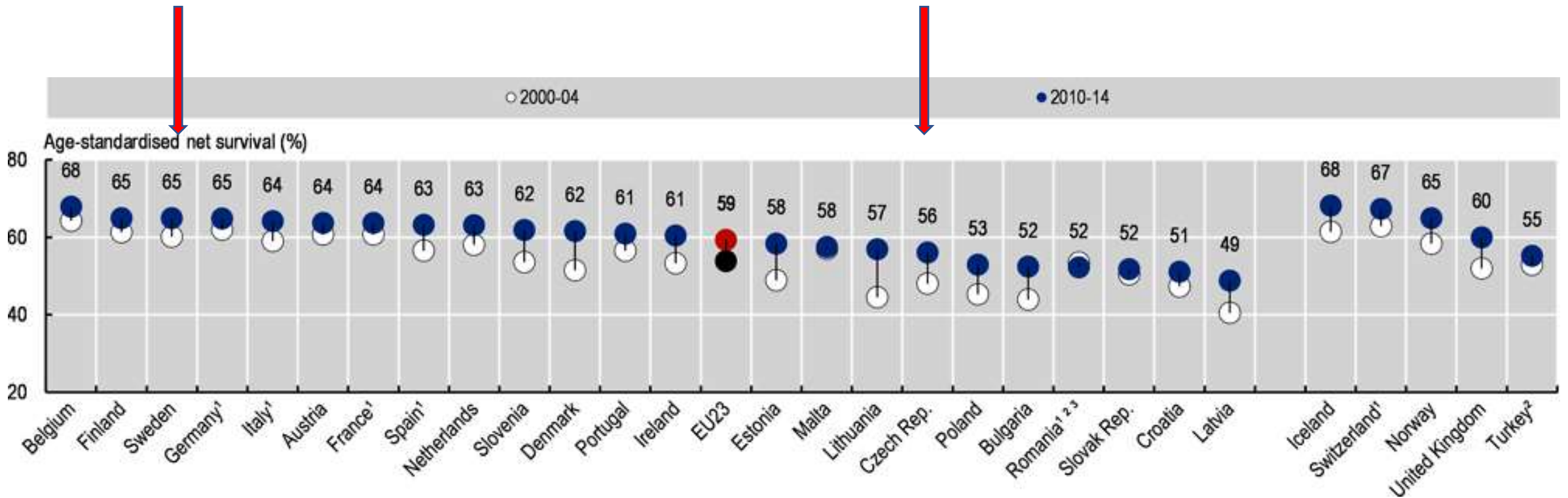
SVF programy příklad karcinom žaludku

- definují skupiny vyšetření
- definují maximální čekací doby
- definují prevenci
- definují léčebné postupy
- definují dispenzarizace
- definují rehabilitace



Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Kolorektální karcinom



Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Karcinom rekta a rektosigmatu

roky 2010-2015

operace v	5-ti leté přežití	
KOC	56,4 %	11 323
mimo KOC	50,4 %	12 233

Effektmått

- A) Radikalt opererad enligt kirurg och patolog, 2021*
- B) 30 dagars mortalitet, 2019-2021
- C) Relativ 3-årsöverlevnad, diagnosår 2015-2021
- D) Lokalrecidiv inom 3 år, ej preop strål, 2016-2018*
- E) Lokalrecidiv inom 3 år, preop strål, 2016-2018*
- F) Perop tarmperforation, 2019-2021*
- G) Cirkumferentiell marginal (CRM), andel > 1.0 mm, 2021

Vårdprogrammets kvalitetsindikatorer

Tabell 6.1. Målnivå för poängbedömningen.

Effektmått	Urval	Poäng					
		0	-1	-2	-3	-4	-5
A	Resecerade, MD	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
B	Resecerade	< 1%	1-1,9%	2-2,9%	3-3,9%	≥ 4%	
C	Resecerade, MD	≥ 95%	90-94%	85-89%	80-84%	75-79%	< 75%
D	Resecerade, T1-T3, ej preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
E	Resecerade, T1-T3, preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
F	Resecerade	0%	0.01-2%	2.01-5%	> 5%		
G	Resecerade, ej pTD	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
Processmått							
H	Cyt/strål/op	≥ 80%	70-79%	60-69%	< 60%		
I	Resecerade	≥ 80%	70-79%	< 70%			
J	Resecerade, stadium I-III, remitt till onkikin	≥ 80%	75-79%	70-74%	65-69%	< 65%	
K	Preterapeutisk MDK och preop strålbeh	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
L	Alla	100%	97-99%	90-96%	< 90%		
M	Alla op	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
N	Alla utom end polyp	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
O	Resecerade	≥ 95%	90-94%	80-89%	< 80%		
P	Resecerade	≥ 95%	90-94%	80-89%	70-79%	< 70	
Q	Op med framre res eller Hartmann	100%	95-99%	90-94%	< 90%		
R	Op eller end polyp, ej 30d mort	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
S	30d uppf eller onk formulär finns	≥ 30%	20-29%	10-19%	< 10%		
T	Op eller end polyp, ej 30d mort	100%	97-99%	90-96%	< 90%		

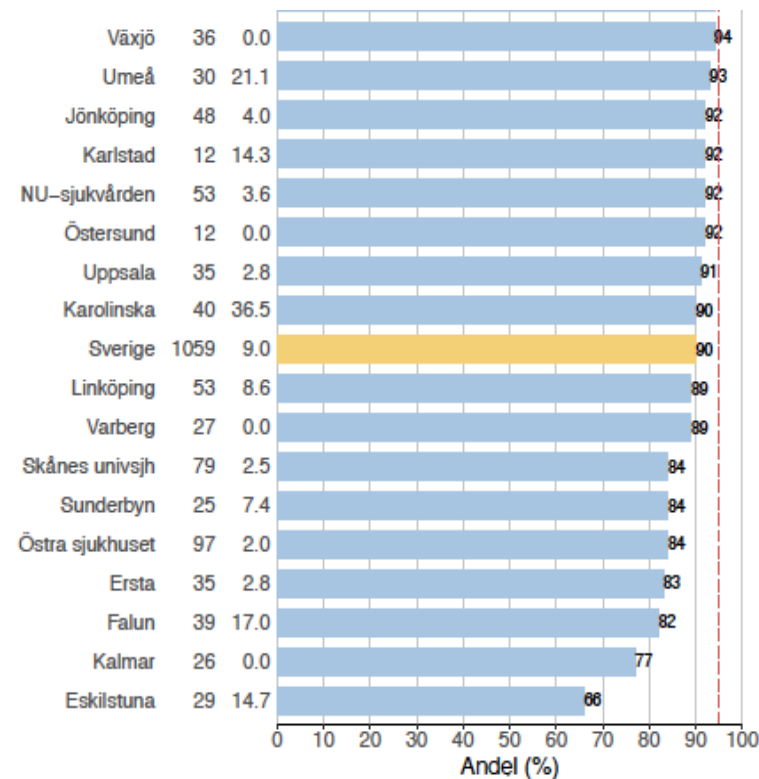
Počet zbytečně zemřelých = $((0,564 \times 12\ 233) - (0,504 \times 12\ 233)) / 5 \text{ let} = 734/5 = \mathbf{147 / rok}$

Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

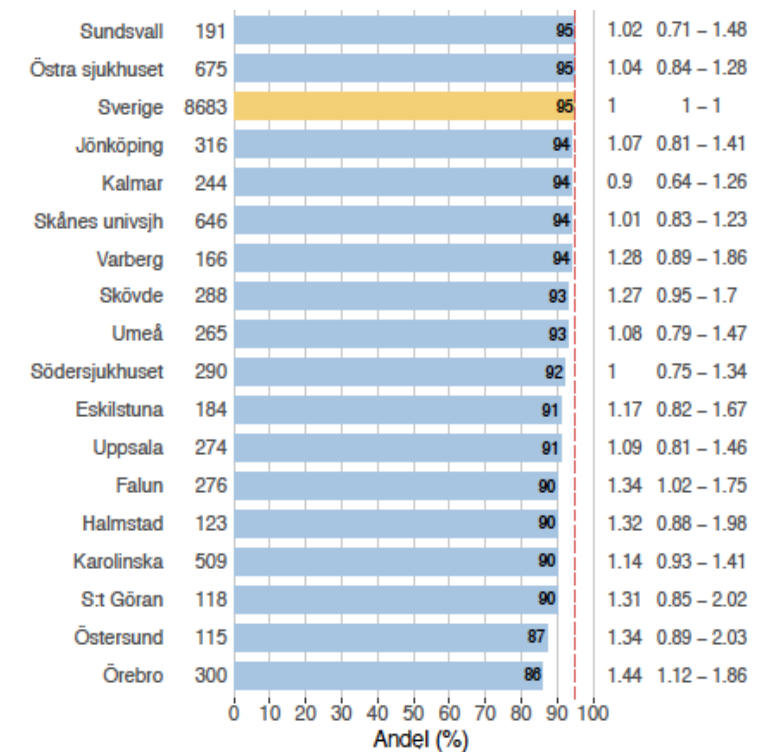
Rektalcancer 2021

Nationell kvalitetsrapport för år 2021 från Svenska Kolorektalcancerregistret

maj 2022



Figur 9.6. Andel med ≥ 12 undersökta körtlar, patienter som genomgått resektion, 2021. "Uppgift saknas" är exkluderad.



Figur 11.3. Relativ 3-årsöverlevnad, M0, patienter som genomgått resektion med diagnos 2015-2021, samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

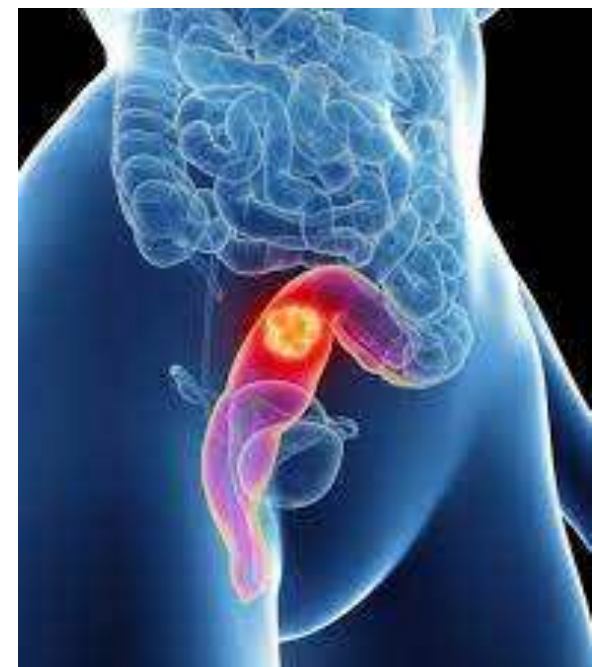
Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Systemové
změny

Karcinom rekta a rektosigmatu
roky 2017-2019

puk.kzp.cz

	90 denní mortalita > 30 operací / r	90 denní mortalita < 30 operací / r
Akutní výkony	18,04%	23,89%
Plánované výkony	6,57%	9,16%



	Sfinkter zachovávající výkon	
	> 50 operací / r	< 15 operací / r
Akutní výkony	66,6%	52,4%
Plánované výkony	78,6%	65,3%

Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Systemové
změny

Karcinom tračníku

roky 2017-2019

puk.kzp.cz



	90 denní mortalita > 30 operací / r	90 denní mortalita < 30 operací / r
Akutní výkony	18,04%	23,89%
Plánované výkony	6,57%	9,16%

	5-ti leté přežití	
KOC	53,6 %	13 987
mimo KOC	51,1 %	21 834

Počet zbytečně zemřelých = $((0,536 \times 21\ 834) - (0,511 \times 21\ 834)) / 5 = 546 / 5 = \mathbf{109 / rok}$

Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Systemové
změny

Karcinom pankreatu

roky 2017-2019

puk.kzp.cz



	90 denní mortalita > 30 operací / r	90 denní mortalita < 5 operací / r
Plánované výkony	7,09%	11,15%

Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

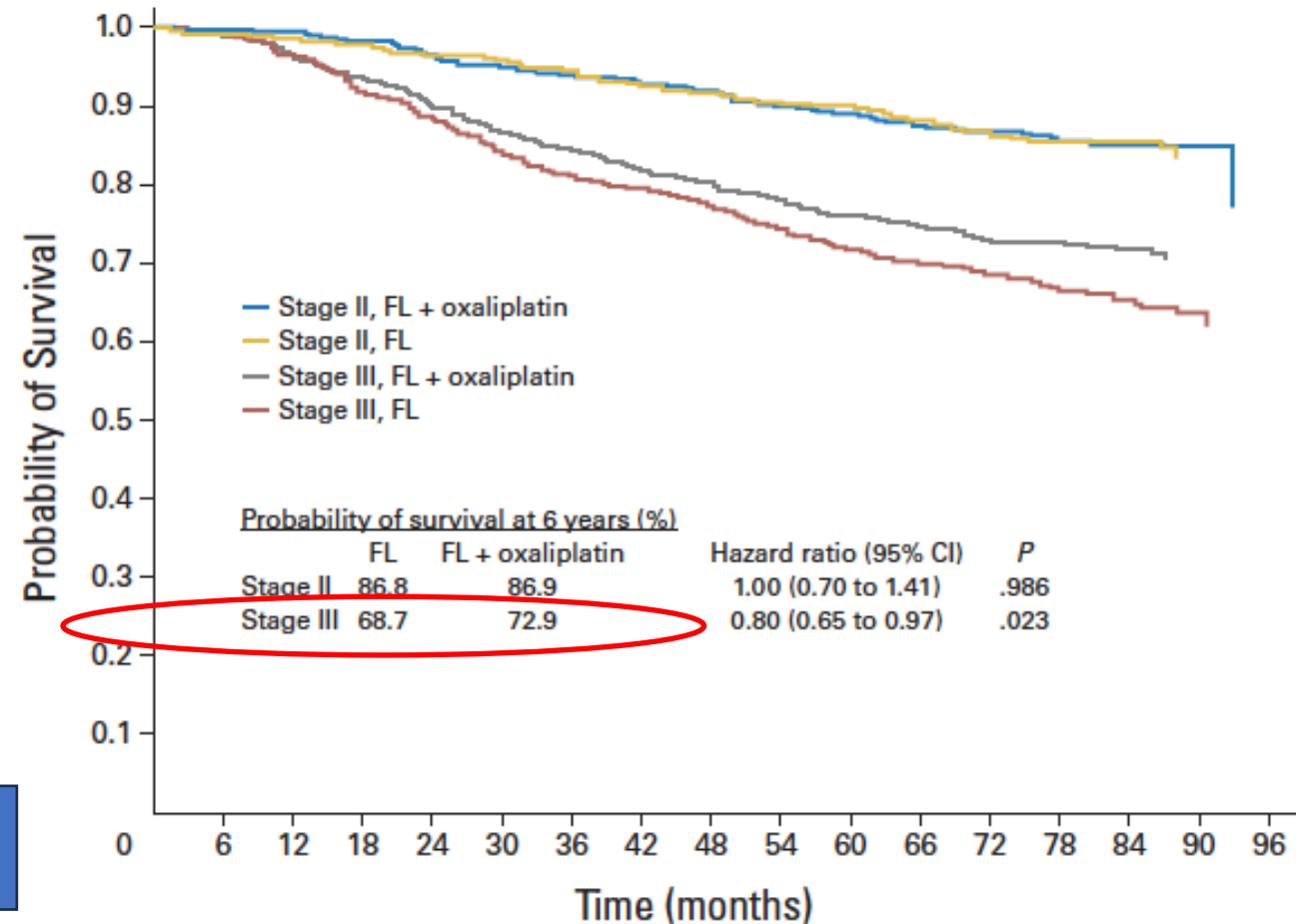
Karcinom tračníku

5-ti leté přežití		
KOC	53,6 %	13 987
mimo KOC	51,1 %	21 834

St. III 2014-2018	25 %
2018	968
5-leté přežití bez oxa	665
5-leté přežití s oxa	705

Počet vyléčených pomocí oxa= 40

Diagnóza nebo prevalence 2010-2015



Jak zvýšit podíl vyléčených pacientů?

Karcinom prsu

adjuvantní podání bisfosfonátů

recidiva ve skeletu 0,72

úmrtí na karcinom prsu 0,82

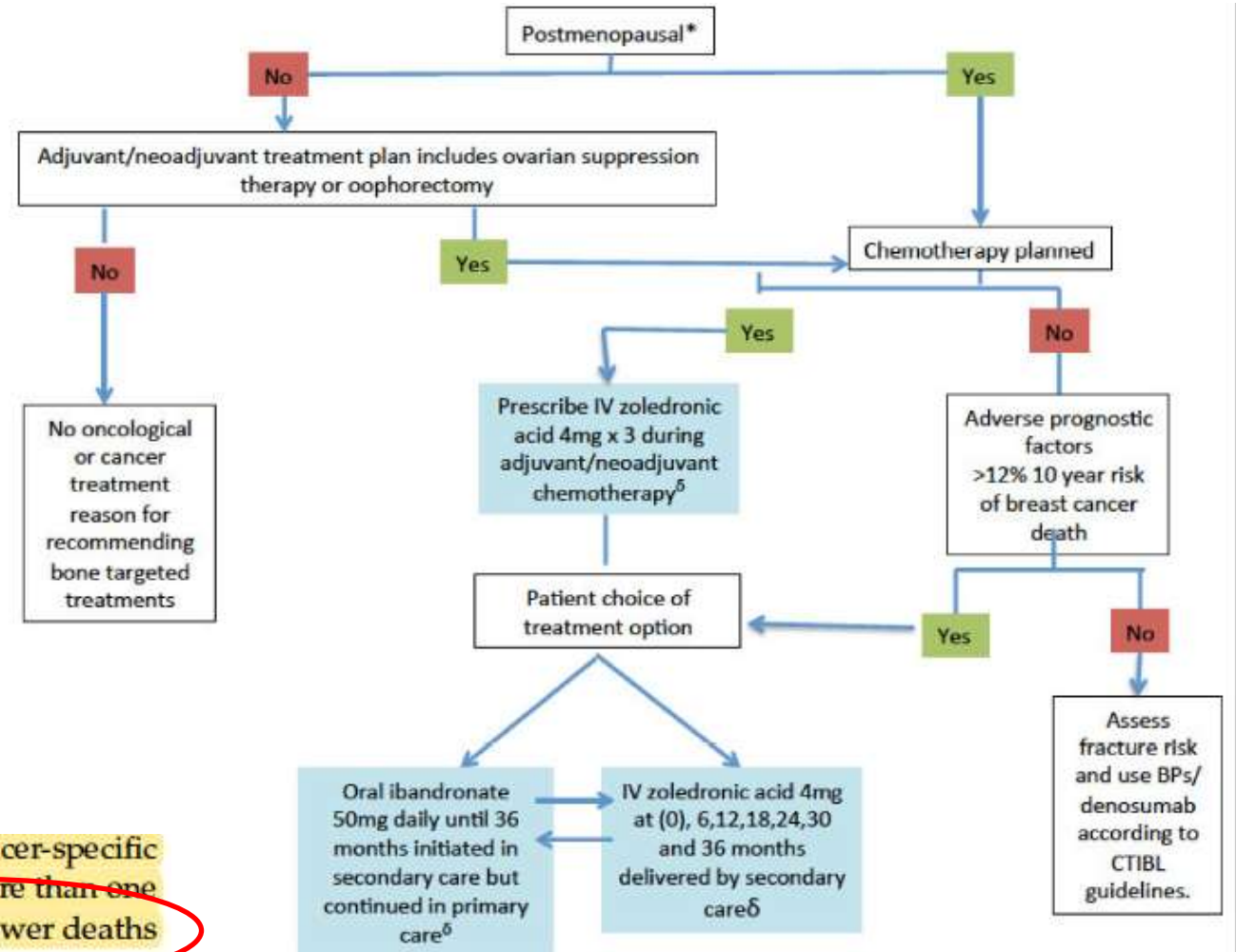
% vyléčených

taxany 2,2%

trastuzumab 0,4 %

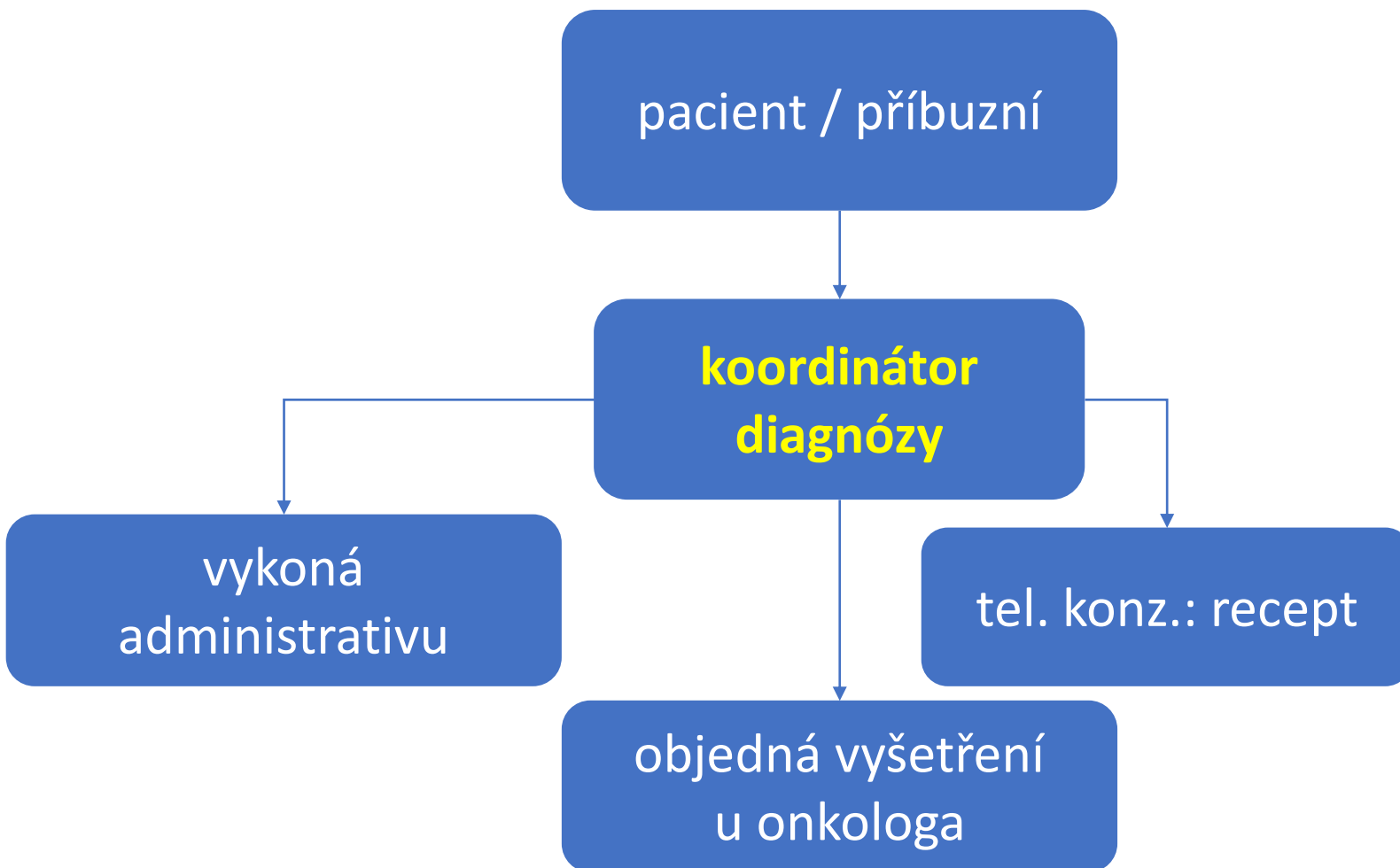
bisfosfonáty 2,4 %

2p = 0.02) and, most importantly, a clinically important reduction in breast cancer-specific mortality (RR = 0.82, 95% CI 0.73–0.93, 2p = 0.002) [14], with prevention of more than one in six breast cancer deaths at 10 years, equivalent to a potential for >10,000 fewer deaths per year from breast cancer across the European Union and United Kingdom.



Jak si ulehčit práci?

Systemové
změny



Jak si ulehčit práci?

Pacient přichází na
dispenzární kontrolu

Systemové
změny

problém ne

sestra: odběry a
orientační anamnéza

problém ano

vykoná
administrativu

kontaktuje lékaře a
reaguje na problém

odešle ke
specialistům

lékař posuzuje
výsledky

Pacient odchází
domů

lékař informuje
pacienta

dopis, telefon, video,
osobní návštěva

Pohled na nové léky

Dg.	Režim	Benefit (M)
HCC	atezolizumab + bevacizumab sorafenib	6
HCC	durvalumab + tremelimumab sorafenib	2,7
CCC	cDDP/ GEM / durvalumab cDDP/ GEM	1,3
CCC	cDDP/ GEM / pembrolizumab cDDP / GEM	1,8
Ca žaludku	FOLFOX / nivolumab FOLFOX	3,3
Ca jícnu	cDDP / 5FU / pembrolizumab cDDP	5,1

Dg.	Režim	- MOS (M)
TNBC	karboplatina AUC 6 = 450 mg karboplatina AUC 2 = 150 mg	- 4,2
Karcinom ovaria		- 5,6
HNC		- 4,2

Roy, P., Biswas, S., Acharyya, S. *et al.* Effect of carboplatin dose capping on survival in recurrent breast, ovary and head and neck cancers: a single institutional retrospective study. *Cancer Chemother Pharmacol* **88**, 731–740 (2021).

Pohled na nové laboratorní metody

Table 4. Risk of death by *DPYD* genotype in patients undergoing standard-dose fluoropyrimidine chemotherapy

<i>DPYD</i> variants	Patients tested, <i>n</i>	Variant carriers, <i>n</i> (%)	Deaths in variant carriers, <i>n</i> ^a	Risk of death in variant carriers, % (95% CI)
c.1129-5923C>G	6,242	241 (3.9)	1	0.4 (0.1–2.9)
c.1679T>G	8,799	17 (0.2)	1	5.9 (0.8–32.0)
c.1905+1G>A	13,929	183 (1.3)	8	4.4 (2.2–8.5)
c.2846A>T	10,759	127 (1.2)	5	3.9 (1.7–9.1)
Any of four variants (c.1236G>A, c.1679T>G, c.1905+1G>A, or c.2846A>T)	13,929 ^b	566 (4.1)	13	2.3 (1.3–3.9)
Any of three variants (c.1679T>G, c.1905+1G>A, or c.2846A>T)	13,929 ^b	325 (2.3)	12	3.7 (2.1–6.4)

3.7%. These findings suggest that the number needed to test to prevent one treatment-related death with *DPYD* genotyping is approximately 1,000–1,200 patients, (with a

Jak si zjednodušit práci?

Karcinom prsu

Po skončení onkologické léčby předat zobrazovací diagnostiku do kompetence mamocentra
(doporučena je pouze MMG +/- UZ)

Návštěvy onkologa ponechat na vyžádání pacientem za účelem:

- korekce nežádoucích účinků léčby
- prověření suspektních nálezů identifikovaných pacientem
- jinak jen 1x ročně 5 let od operace

Adjuvantní chemoterapie: 3x paklitaxel weekly = 1x docetaxel triweekly

Jak si zjednodušit práci?

Karcinom kolorektální

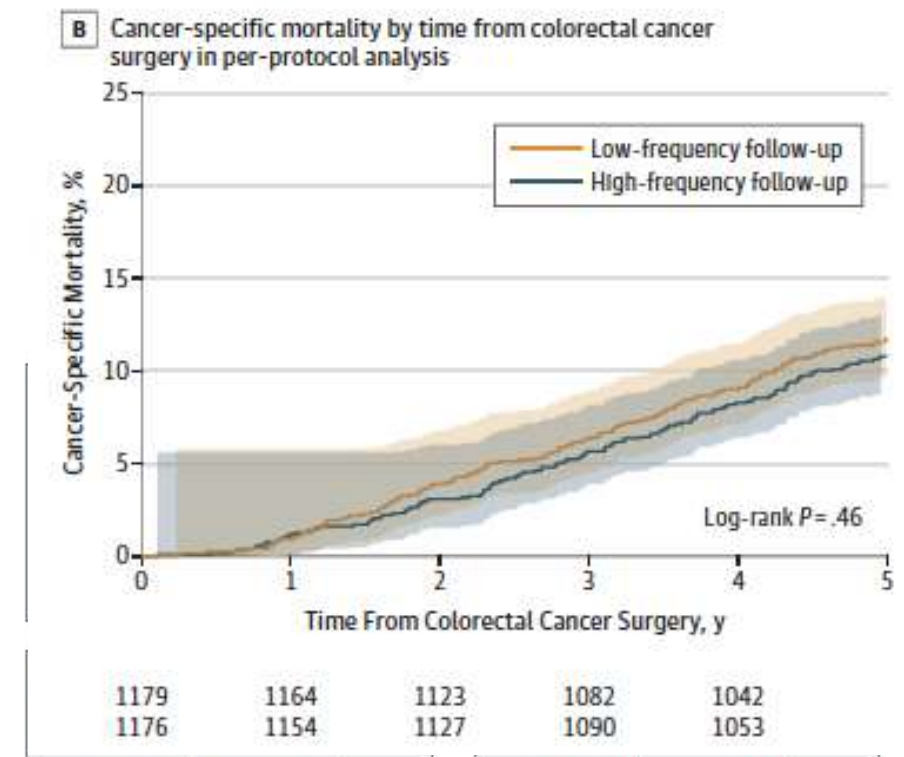
Dispensární režim:

*CEA, CT 1 rok a 3 roky po operaci
koloskopie 3 roky po operaci*

Návštěvy onkologa / chirurga ponechat na vyžádání pacientem za účelem:

- korekce nežádoucích účinků léčby
- prověření suspektních nálezů identifikovaných pacientem

Adjuvantní chemoterapie: třítýdenní režimy v režii vysokoškolských sester



Jak si zjednodušit práci?

Premedikace před weekly paklitaxelem:

- 1. první aplikace standardní, druhá bez antihistaminik, třetí bez kortikoidů,*
- 2. první aplikace standardní, další cetirizin 1 tbl + ranitidin 1 tbl + dexamethason 1 tbl*

Přístup k paliativní léčbě kolorektálního karcinomu:

1. FOLFIRI vs. IRI monoterapie v druhé linii u starších pacientů = stejné výsledky
2. Podání antibiotik k panitumumabu preemptivně:
doxycyklin 2x 100 mg od prvního dne léčby
3. Pauzy

Obecně k paliativní léčbě:

Sekvence dávek první cyklus 80 % - druhý cyklus při dobré toleranci 100 %

Orgánové transplantace v onkologii

Hepatocelulární karcinom

indikace Tx nezávisí na etiologii nádoru

diskuze o provedení transplantace by měla proběhnout časně v průběhu nemoci

Up To Seven nebo Milánská kritéria pro nádory v terénu cirhozy

bez kritéria velikosti pro vznik HCC ve zdravém jaterním parenchymu

bez makrovaskulární invaze

Cholangiocelulární karcinom

nádor extrahepatálních žlučových cest, který je verifikován cytologicky při ERCP

anatomicky nedosahuje k společnému choledochu

pacient musí být únosný k předtransplantační chemoradioterapii

Orgánové transplantace v onkologii

Kolorektální karcinom

neresekabilní jaterní postižení

bez mimojaterního postižení

stabilní nebo léčebná odpověď na systémové léčbě 3-4 měsíce

Ne: pN2
MSI, Lynchův syndrom
CEA nad 400

Neuroendokrinní nádor

Ki-67 do 10%

resekovatelné mimojaterní a neresekovatelné jaterní postižení

6 měsíční systémová léčba s průkazem stabilní nemoci

Závěr

Věnujte pozornost organizaci péče

- neovlivníte systém jako celek
- ale můžete udělat pozitivní změny
 - v rámci KOC
 - v rámci Vaší ambulance
 - *digitalizujte kontakty s pacienty*
 - *nechte větší odpovědnost pacientům*
 - *předejte větší odpovědnost sestřám*
- získejte čas pro sebe, pro blízké, na studium
- nestresujte se

Závěr

Nebojte se bojovat



Děkuji za pozornost
a držím palce ke změnám na Vašich pracovištích