

Reakce docenta Jiřího Votruby na reakci Národního screeningového centra a odborných společností plicních lékařů a radiologů:

Debata o falešně pozitivních nálezech v rámci CT screeningu karcinomu plic má být vedena nad daty, nikoli nad dojmy. Low-dose CT prokazatelně snižuje mortalitu na karcinom plic – studie NLST prokázala redukci mortality o 20 % a evropská studie NELSON tento efekt potvrdila v evropské populaci [1,2]. Tento fakt není předmětem sporu.

Stejně tak ale není sporné, že screening generuje vysoký podíl falešně pozitivních nálezů. V prvním kole NLST bylo pozitivních 27,3 % vyšetření, přičemž 96,4 % těchto nálezů bylo falešně pozitivních [1]. Prakticky to znamená, že přibližně u jedné pětiny všech screenovaných osob byl zahájen další diagnostický proces kvůli nálezu, který se jako maligní nepotvrdil. Tvzení, že zhruba 1/5 vyšetřených vstupuje do další diagnostiky na základě falešně pozitivního nálezu, je tedy plně podloženo publikovanými daty a není mediální nadsázkou.

To není argument proti screeningu. Je to argument proti podcenění druhého kroku. Hledáme milimetrové léze v orgánu, který se pohybuje a je strukturálně změněn kouřením, emfyzémem a záněty. Každý falešně pozitivní nález znamená další CT, PET/CT, bronchoskopii či perkutánní biopsii – tedy invazivní nebo radiačně zatěžující výkony s vlastní morbiditou a náklady.

CT-řízená transthorakální biopsie je legitimní a vysoce účinná metoda. Je však nefér zamlčovat její rizikový profil. Pneumotorax se v metaanalýzách udává u 15–25 % výkonů, z toho 5–10 % pacientů vyžaduje hrudní drenáž [3,4]. Krvácení či hemoptýza jsou popisovány u 5–10 % případů [3]. Riziko implantační metastázy podél punkčního kanálu je sice nízké (řádově <1 %), ale není nulové [5]. U časného, potenciálně kurabilního nádoru proto nejde o marginální detail, nýbrž o relevantní klinické riziko.

Pokud navíc v České republice probíhá screening s pokrytím cílové populace hluboko pod 10 %, nelze jej označovat za plnohodnotný populační program. Jde o omezenou intervenci s relativně vysokou diagnostickou zátěží koncentrovanou do malého počtu pracovišť. Nízké pokrytí při

současně vysokém podílu falešně pozitivních nálezů znamená, že systém absorbuje komplikace a náklady, aniž by plně realizoval populační benefit.

Diskuse proto nestojí mezi radiologií a bronchologií. Stojí mezi systémovým řešením a setrvačností. Má-li screening fungovat racionálně, musí být detekce následována přesnou, organizovanou a centralizovanou diagnostikou s jasně definovanými indikacemi jednotlivých metod. Bez toho zůstane první krok medicínsky správný, ale systémově nedokončený.

Reference:

1. National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011.
2. de Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial (NELSON). N Engl J Med. 2020.
3. Heerink WJ et al. Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: systematic review and meta-analysis. Eur Radiol. 2017.
4. Wiener RS et al. Complications following percutaneous lung biopsy: population-based analysis. Ann Am Thorac Soc. 2013.
5. Kim JH et al. Tumor seeding after percutaneous transthoracic needle biopsy of lung cancer: systematic review. Lung Cancer. 2016.