

Prospěšný účinek celonárodního screeningu je malý a jeho vliv na délku života nejistý. Bez ohledu na to, jak je malý a nejistý, však věřím, že hrstka lidí – v řádu jednoho jedince na tisíc osob – má ze screeningu opravdu užitek. Není vyloučeno, že oním jedincem budete právě vy, ale s mnohem větší pravděpodobností budete jednou z oněch zbylých 999 osob. Přesto by naděje, že člověk bude oním jediným jedincem, stála za to, kdyby všem ostatním screening nijak neškodil. Rozhodně bychom do toho šli, kdyby z toho nevznikla žádná újma na zdraví.

Jenže ta tu právě vzniká.

Screening škodí zdraví: obavy

Někteří moji kritici nebudou souhlasit s tím, že na následujících stránkách použiji výraz „škodí“ nebo „přináší újmu“. Víím to a musím proto upozornit, že se mohu dopustit i jistého subjektivního hodnocení. Musíte sami posoudit, jak na vás níže zmíněné tři nepříznivé důsledky screeningu budou působit.

Abychom lidi do screeningu vůbec zapojili, musíme v nich vzbudit obavy – lidé se musejí začít bát, že tou kterou chorobou onemocní. K tomu obvykle používáme zažitou frázi o tom, že se svým úsilím snažíme „zlepšit obecnou informovanost“. Je to šikovný eufemismus – ale ve skutečnosti nepopisuje, co je třeba učinit: že je nutné zasít do populace přesvědčení, že jsou lidé bezmocní – tj. „ne“-mocní. Jinými slovy, je třeba je postrašit tak, aby se děsili úmrtí na příslušné onemocnění; musíme je přimět k tomu, aby se cítili ohroženější a zranitelnější.

Je možné, že to nepovažujete za škodu či újmu, ale uvědomte si, že zdraví se netýká výhradně stavu tělesné schránky – zdraví je také stav mysli. Je to tak trochu ironie, že se systém zdravotní péče stará o to, aby se lidé začali o své zdraví bát – zvláště když jako lékaři víme, že tím nepříznivě ovlivňujeme jejich zdraví.

Netvrdím, že bychom nikdy neměli lidi záměrně děsit – jen chci říci, že bychom si každé strašení měli předem pečlivě rozmyslet.

Strach tvoří integrální součást každé protikuřácké kampaně. To je naprosto v pořádku. Pro lidi, kteří pečují o zdraví populace, je omezení kouření rozhodně nejdůležitějším cílem. V tomto případě totiž nejde jen o dvaceti až třicetinasobný nárůst rizika úmrtí na rakovinu plic, tedy typ rakoviny, na který se ve Spojených státech amerických umírá nejčastěji. Jde také o dvojnásobný nárůst rizika úmrtí na kardiovaskulární onemocnění (nejběžnější příčina smrti). A v neposlední řadě jde v podstatě i o jistotu, že pokud se kuřák dožije určitého věku, začne trpět dýchacími problémy. Kromě strašení nemůže doporučená intervence nikomu ničím uškodit, neboť spočívá pouze v tom, že člověk přestane kouřit – nebo ještě lépe, že nikdy kouřit nezačne.

Strach se však může obrátit nežádoucím směrem – přímo ukázkovým příkladem tohoto problému je screening rakoviny prsu. Některé ženy se onemocnění děsí natolik, že si nechávají odebrat zdravá prsa. Teď nemám na mysli Angelinu Jolie a její rozhodnutí nechat si odstranit obě prsa (a vaječníky), neboť trpí vzácnou mutací, v jejímž důsledku čelí dramaticky zvýšenému riziku rozvoje rakoviny prsu a vaječníků. Myslím naopak na ženy, jež žádnou mutaci netrpí – ženy, jež čelí jen průměrnému riziku rozvoje nádorového onemocnění prsu. Přibližně čtvrtina žen ve Spojených státech amerických (a Velké Británii), jimž je rakovina diagnostikována v jednom prsu, nyní žádají o odebrání obou prsů. Jen málo z nich – je třeba zdůraznit, že velmi málo – v důsledku tohoto rozhodnutí zemře. Během třiceti dnů po mastektomii zemře přibližně čtvrt procenta pacientek [9]. Tyto ženy se doslova nechaly vyděsit k smrti.

Vytvořila se mimořádně hustá atmosféra strachu, ať už v důsledku kampaně nazvané Měsíc informovanosti o nebezpečí rozvoje rakoviny prsu (Breast Cancer Awareness Month), nebo v důsledku mediálního zpravodajství po dobu ostatních jedenácti měsíců roku. O rakovině prsu se v podstatě dozvíte jen to, že jistá žena zemřela na rakovinu prsu, protože nebyla léčena včas.

To neříkám já, ale chirurgka, která vede službu pro záležitosti rakoviny prsu (Breast Service) v proslulém centru pro výzkum a léčbu rakoviny Memorial Sloane Kettering. Obává se, že ženy strašíme tímto onemocněním až neúměrně příliš. Je zajisté rozumné položit si otázku: do jaké míry by systém zdravotní péče měl šířit pocity ohrožení mezi lidmi, kteří se cítí dobře?

Screening škodí zdraví: falešný poplach

Zadruhé, vraťme se ještě k nelehké pozici screeningu: testy musejí podstoupit značné počty lidí (často tisíce), zatímco potenciální užitek z nich má hrstka. Škody napáchané během vyšetření – falešný poplach, komplikace diagnostické procedury apod. – se násobí s počty lidí, kteří screening podstupují.

Opět musím říci, že screening na záchyt rakoviny prsu může posloužit jako názorný příklad tohoto jevu. V souvislosti s mamografickým screeningem ve Spojených státech amerických máme největší jistotu v tom, že vede ke značnému počtu falešných poplachů: znepokojivý mamogram, následné testy – další mamogram, ultrazvuk, magnetická rezonance nebo biopsie, popřípadě obojí – a vpsledku zjištění, že to rakovina není. Kolik najdete mezi tisícovkou Američanek, které od padesáti let podstupují každoročně screening, těch, jež zažily nejméně jeden falešný poplach? Toto číslo se pohybuje někde mezi 490 a 670. A 70–100 z nich podstupuje biopsii, aby se potvrdilo, že nemají rakovinu. Tato data přiznávají samotná mamografická pracoviště – kontrolní konsorcium pro prevenci rakoviny prsu (Breast Cancer Surveillance Consortium) –, jež uvádějí, zda radiologické asistentky vykazují vysokou či nízkou četnost výskytu falešných poplachů (od 25. do 75. percentilu) [10].

Screeningový program, který vyděsí falešným poplachem polovinu populace, je nehorázný. S tím by se nesmířila žádná evropská země. Ať už jde o chyby lékaře, systému, nebo špatného právníka – je potřeba s tím něco dělat. Omezení falešných poplachů by mělo být hlavní motivací pro změny v doporučení podstupovat screening

každoročně nebo každý druhý rok. Osobně se sice v souvislosti s falešnými poplachy po mamografickém vyšetření opravdu nemohu dožadovat nápravy, ale postižené ženy na to právo mají. Když jsem v tisku psal o omezeních mamografických prohlídek, dostával jsem dopisy, jako byl tento:

Je mi šestašedesát a v posledních zhruba dvaceti letech jsem měla s mamografií nepříjemné zkušenosti. Z jakéhosi důvodu se mi v prsou trvale vytvářejí kalcifikace. Lékaři kvůli nim obvykle mají pocit, že je nutné provést biopsii. Děším se každého dalšího mamografického vyšetření, které podstupuji každý rok, protože je velká pravděpodobnost, že bude nutné něco prověřit. Zatím se nic závažného neprokázalo, ale podstoupila jsem jednu otevřenou biopsii a tři biopsie stereotaktické. Poslední z těchto biopsií odhalila papilom. Lékaři se rozhodli provést lumpektomii, neboť každý desátý papilom může skrývat zhoubný nádor. Chirurgický zákrok se nezdařil; vysvětlili mi, že kritické místo minuli, takže bude nutné operaci opakovat. O dva dny později konstatovali, že se tentokrát podařilo dostat na správné místo a že v papilomu rakovina nebyla. Žádná rakovina, ale pro pacientku mimořádné trauma. V důsledku těchto procedur se u mě rozvinula panická porucha. Musela jsem nyní vyhledat pomoc psychologa. [11]

Dostával jsem také e-maily, například tento:

Mám titul Ph.D. z ekonomie a četla jsem lékařskou literaturu o užitečnosti biopsie v případech takového mamografického nálezu, jaký byl učiněn u mě. Usoudila jsem, že je značně nepravděpodobné, že bych mohla mít rakovinu. Vzhledem k tomu, že tou dobou byl můj manžel nemocný, vyjádřila jsem přání biopsii dočasně odložit, ale v tomto rozhodnutí mě nikdo nepodpořil. Všechny zdravotní sestry a všichni lékaři komentovali moje rozhodnutí nejit na biopsii téměř hystericky. Dělalí, jako bych nad sebou vyřkla ortel smrti. „Není to nijak významný zákrok,“ tvrdili, „je neinvazivní.“ „Kvůli biopsii

nikdo nežádá o druhý názor.“ Jedna z autorek článku, který mi nejvíce otevřel oči, praktikuje v mém okrsku, a tak jsem si řekla, že by mě mohla podpořit. Ukázalo se však, že pokud s ní budu chtít tuto věc konzultovat, budu se muset nejdříve objednat na biopsii (!).

Když jsem se tam dostavila, bylo to jako na běžícím páse. Byla jsem svlečena, dostala jsem papírový kabátek a musela se posadit do čekárny s několika dalšími ženami, které byly ve frontě přede mnou. Bylo zřejmé, že od svých filosofičtějších dob, kdy psala onen článek, zmíněná lékařka zjistila, z čeho lze profitovat. Právila: „No, skutečnost, že jste tady, je patrně ten nejpádnejší důvod, proč biopsii udělat hned.“ Nevím, proč jsem právě v této chvíli podlehla. Možná v tom sehrálo roli vyčerpání z toho, že jsem zůstala sama proti celé lékařské profesi, aniž by mě kdokoli podpořil.

Výkon se nezdařil; granulární struktury, jež doktorka hledala, byly tak malinké, že je nenašla ani při prvním, ani při druhém vpichu. A vniknutí pŕpalcové bioptické jehly do prsu mi připadalo zatraceně „invazivní“. Bezprostředně poté mi udělali další mamogram, který mi z rány vytlačil čtverce s náplastí, takže jsem začala krvácet. Kvůli obtížím při hledání materiálu k biopsii jsem měla celé týdny pohmožděné prso na opačné straně, než kudy do něj vnikala jehla. Vždycky jsem byla zvyklá chodit většinou bez podprsenky, ale během následujících pěti let jsem byla nucena téměř vždycky nosit sportovní podprsenku, která mi pevně tiskla prsa k hrudníku. Když mi lékařka zatelefonovala, že biopsie byla negativní, zdálo se, že si vůbec nevšimla ironie v mém hlase. Řekla jsem jí: „Jistě, věděly jsme přece, že to tak dopadne, pamatujete?“ Vzhledem k tomu, že jsem se už nikdy nechtěla dostat znovu do takové nepříjemné situace, přestala jsem na mamografická vyšetření chodit.

Mám dojem, že screeningová kultura má sklon podceňovat problém s falešnými poplachy – dokonce má tendenci ve jménu „záchrany života“ bagatelizovat nepříznivé důsledky a obavy. Na těchto věcech však záleží. Snad bych ani nemusel říkat, že obavy a bolest nepůsobí na lidské zdraví dobře. Úkolem lékařské péče by mělo být

omezování psychického stresu – ne jeho vytváření. Mnohé ženy se mi svěřily, že přestaly docházet na mamografická vyšetření, neboť byly v důsledku falešných poplachů velmi unavené, frustrované, vyděšené nebo rozhněvané.

A výsledky nedávného výzkumu prokázaly, že dopady na psychiku – úzkost, negativní vliv na sexuální život a kvalitu spánku, ztráta vnitřního klidu – přetrvávají po falešném poplachu nejméně tři roky. Všechny ženy samozřejmě nejsou ovlivněny stejně. Některé se zprvu bojí o život, ale o pár dní později se dozvedí, že je všechno v pořádku. Jsou vděčné, a dokonce mohou mít pocit, že se zásluhou této zkušenosti dívají na svět z nové a lepší perspektivy. Jiné jsou ponechány samy sobě v jakémsi předpekli. Dozvedí se sice, že nemají rakovinu, ale zároveň je jim řečeno, že v pořádku také nejsou. Jejich prsa vykazují jisté abnormality – byla jim zjištěna dysplazie nebo atypie a „zvýšené riziko“ onemocnění. Těmto ženám nezbyvá nic jiného než žít v obavách, neboť lékaři s tímto stavem nic nepodnikají – nic, s výjimkou dalších mamografických vyšetření.

Screening škodí zdraví: nepřiměřená diagnóza

V neposlední řadě působí screening újmu v důsledku nepřiměřené diagnózy. Mohlo by se zdát, že tento termín prostě znamená „příliš mnoho diagnostiky“, ale v rámci screeningu na záchyt rakoviny má mnohem přesnější definici. K nepřiměřené diagnóze dochází tehdy, je-li nádorové onemocnění diagnostikováno, ale je takového charakteru, že v budoucnosti nemůže vyvolat ani symptomy, ani smrt. Nepřiměřená diagnóza neznamena chybnou diagnózu: zjištěná buněčná abnormalita ve skutečnosti splňuje patologická kritéria rakoviny. Nepřiměřenou diagnózu také nelze ztotožňovat s falešným poplachem: pacienti, kteří měli zkušenost s falešným poplachem, nedostali zprávu, že mají rakovinu, a nebyli léčeni; pacienti, kteří mají zkušenost s nepřiměřenou, tedy přehnaně alarmující diagnózou, obdrželi zprávu, že mají rakovinu, a jsou léčeni.

Jakmile lékaři začnou se screeningem rakoviny, končí to tím, že léčí mnohem více pacientů, než kolika by se zabývali za normálních okolností. Usilovně pátrají po počátečních stádiích rakoviny, nalézají více „rakoviny“ a léčí více „rakoviny“. Nyní se zajisté zeptáte: co tedy výraz „rakovina“ znamená? George Crile – chirurg onkologického oddělení Clevelandské kliniky – odpovídá takto:

Informace, že ta a ta osoba má rakovinu, má v klinické praxi stejnou hodnotu jako zpráva, že má infekci. Člověk se nedozví nic o možném průběhu svého onemocnění. Na jedné straně existují nebezpečné infekce, jež mohou být fatální, na druhé infekce neškodné, jež nenapáchají žádné škody a vymizí samy. Totéž platí pro rakovinu. Rakovina netvoří nedělitelnou entitu. Představuje široké spektrum onemocnění, která se k sobě vzájemně vztahují jen svým názvem.

Toto tvrzení se překvapivě objevilo na stránkách časopisu *Life* v roce 1955, tedy v roce, ve kterém jsem se narodil – drsná to připomínka, že jsem v životě nevymyslel původní myšlenku. Je možné, že Crile vytvořil také analogii venkovského dvorku se zvířectvem – ale nemohu to s jistotou potvrdit. Co však rozhodně potvrdit mohu, je fakt, že Crile poukázal na problém želv: onoho typu rakoviny, který se nikdy a za žádných okolností nikam nerozjede.

Nepřiměřenou, přehnaně alarmující diagnózu umožňují právě želvy. Z praktického hlediska je nutné zdůraznit, že želvy lze odhalit jedině screeningem. (Rakovina, která je klinicky patrná – na základě příznaků –, není želva už z definice.) Screening může samozřejmě odhalit také některé králíky a pár ptáků. Vzhledem k tomu, že jako lékaři stejně nedokážeme hodnověrně určit, o jaký typ zvířectva jde, léčíme všechny typy rakoviny – „čistě v zájmu bezpečnosti“. To však znamená, že nás screening vede k léčbě želv. Pokud ovšem máte želvu, léčba vám pomoci nemůže – není totiž co léčit. Léčba vám může jedině uškodit. Problém nepřiměřené diagnózy a nadměrné zdravotní péče je názorně vidět na odhalování a léčbě želv.

Chápete, v čem vězí problém? Chcete ho konkretizovat? Vysvětlím ho následující historkou:

Ľsem středního věku [doplňte si: žena/muž]. Nechal jsem se [vyberte si: ve své nemocnici, na základě zdravotního plánu, televizního zpravodajství, rozhlasového „oznámení ve veřejném zájmu“, reklamy, vyjádření celebrity nebo oznámení v rámci sportovního utkání] přemluvit k účasti ve screeningu na záchyt rakoviny [vyberte si: prsu/prostаты]. Screening vedl k detekci titěrného nádoru, který mi byl léčen [vyberte si z menu: chirurgicky, hormonální terapií, chemoterapií, ozařováním]. V důsledku komplikací vzniklých během léčby na tom dnes už zdravotně nejsem tak dobře jako v dobách před odhalením nádoru. Asi si umíte představit, jak mi hnulo žlučí, když jsem se dozvěděl, že to všechno jsem podstoupil zbytečně – můj typ rakoviny se nikdy a za žádných okolností nemohl nikam rozšířit.

Výše naznačená historka je fiktivní. Faktické verze jsou vzácné. To proto, že jakmile je někdo léčen, nikdy se už s jistotou nedozví, zda spadal do kategorie nepřiměřené diagnózy. Víme s jistotou, že někteří pacienti do této kategorie spadají – protože léčíme mnohem více lidí, než u kolika by se rakovina mohla klinicky projevit –, ale nevíme, kteří to jsou. Z pochopitelných důvodů jsou všichni noví pacienti přesvědčeni, že jim screening prospěl – považují se za šťastlivce, kteří přežili rakovinu. Nepřítomnost podmanivých příběhů zbytečně léčených v důsledku nepřiměřené diagnózy dokazuje, že tato myšlenka je obecně v široké veřejnosti neznámá. To však neznamená, že je újma na zdraví méně skutečná.

Jako ideální ukáзка nepřiměřené diagnózy může posloužit screening na záchyt rakoviny prostaty. U rakoviny prostaty se setkáváme s celou řadou želvích druhů. Čím starší muž, tím více želv. Při pitvách se zjistilo, že od šedesáti let má rakovinu prostaty více než polovina mužů – bez ohledu na to, na co zemřeli. Screening všechny tyto drobné nádory neodhalí, ale při vyšetření se jich detekuje

hodně. A jakmile se nádorové onemocnění prostaty zjistí, léčba v první řadě spočívá v odebrání prostaty.

Žádný pacient nemá zájem o zbytečnou léčbu. Ale zbytečné odstranění prostaty je zvláště problematické. To netvrdím z hlediska své genderové příslušnosti, ale z hlediska lidské anatomie. Prostata je žláza sedící hluboko v pánvi. Obtáčí se kolem močové trubice, která odvádí moč z močového měchýře do penisu – a je obalena nervy vedoucími do penisu. Stručně řečeno: není předurčena k snadnému vyjmutí.

Vzpomeňte si, chlapi, jak je těžké z auta vyjmout výměník topení. Už jen dostat se k němu není nic lehkého. Musíte sundat palubní desku a zároveň odpojit spoustu vakuových trubiček a elektrických obvodů. Pokud s tím potřebujete pomoci, najděte si na YouTube video „jak nahradit starý výměník topení“. Jeden komentář k tomuto videu výstižně dokumentuje celou operaci slovy: „Než bych něco takového zkoušel, to si raději pokaždé, až v zimě někam pojeďu, rozdělám uprostřed kabiny kontrolovaný ohníček!“

Abychom však byli spravedliví, musíme uznat, že chirurgové odvádějí kvalitní práci. Přesto se u přibližně poloviny pacientů vyskytnou po výkonu komplikace. Tyto komplikace logicky odrážejí anatomickou situaci: potíže v důsledku instalatérských prací (úniky moči nebo jiné potíže s močením) a poruchy elektrického charakteru (sexuální dysfunkce).

Když jsem se setkal se svým kolegou Bobem v místním recyklačním centru (jež zde, ve Vermontu, slouží jako hlavní místo pro společenské interakce), připomněl mi Bob ještě jiný problém, který je potřeba vzít v úvahu. Vyprávěl mi o jednom příteli, který podstoupil screening rakoviny prostaty. Po detekci nádorového onemocnění absolvoval chirurgický zákrok, v jehož důsledku putovala krevní sraženina do plic. Pacient zemřel. Bylo mu pětadesát let (byl zhruba v mém věku). To znamená, že v důsledku snahy vyřešit cosi, co mohlo – ale nemuselo – způsobit potíže v budoucnosti, zemřel v současnosti. Anestezie, samotná operace a období zotavování na lůžku, to všechno může vyvolat komplikace, jež ohrožují pacientův život.

Chci jasně zdůraznit: k úmrtí pacienta dochází vzácně – četnost úmrtí do třiceti dnů po výkonu prostatektomie činí zhruba půl procenta [13] a v případě minimálně invazivní prostatektomie je ještě nižší. To, že k úmrtí dochází vzácně, však ještě neznamená, že tento fenomén neexistuje.

V případě screeningu na rakovinu prostaty se lze setkat s nepřiměřenou diagnózou a nadměrnou lékařskou péčí naprosto běžně – během dvacetiletého i delšího screeningu to pozná více než milion Američanů [14]. Přibližně polovina z nich trpěla „instalatérskými“ nebo „elektrickými“ potížemi kvůli detekci rakoviny, která je nikdy nemohla ani trochu ohrozit. Jen málo – velmi málo – pacientů zemřelo. Screening si však mezi pohlavími nevybírá: během třicetiletého a delšího screeningu na záchyt rakoviny prsu zažilo nepřiměřenou diagnózu a nadměrnou lékařskou péči přes milion Američanek [15].

Hlavní zdravotní újma způsobená nepřiměřenou diagnózou spočívá v nemocnosti a komplikacích v důsledku zbytečné léčby rakoviny. Za zmínku však stojí další dvě škody. Zaprvé, pro některé lidi může diagnóza rakoviny představovat dramatickou emocionální zátěž: tito pacienti čelí zvýšenému riziku sebevraždy (týká se to i pacientů, jimž hrozí nízké riziko rozvoje rakoviny prostaty) [16]. Zadruhé, pro některé pacienty znamená diagnóza rakoviny drastickou finanční zátěž: těmto pacientům hrozí zvýšené riziko bankrotu [17]. To jsou dva další důvody, proč by při zjištění želvy mělo platit přísloví „dvakrát měř, jednou řež“.

Intuice napovídá, že pátrání po počátečních stádiích nádorového onemocnění nemůže mít žádné stinné stránky – že může člověku jedině pomoci. Tato intuice je nicméně mylná. Pravděpodobnější je pravý opak: žádná světlá stránka neexistuje – screening může jedině ublížit. Uvědomte si, co všechno se během vyšetření může stát jen proto, aby prohlídka pomohla právě těm, kterým pomoci má. Každý musí být dostatečně zainteresován, aby se nechal testovat, každý se musí screeningu účastnit, mnozí jsou vyšetřováni opakovaně a zbytečně jsou strašeni falešnými poplachy, zatímco

◇ Doba jedová 10 / Méně medicíny – více zdraví ◇

jiné čeká nepřiměřená, přehnaně alarmující diagnóza a nadměrná lékařská péče.

Jinými slovy: prospěšnost screeningu je nejistá, újma zaručená.