

I. Nejprve bude uvedeno několik postupů, se kterými se internista setkává denně.

Velmi často jsme postaveni před úkol, urychlit diagnostický proces, reagovat rychle na množící se otázky pacienta. Zkratkovitým řešením bývá „celotělové“ přehledné vyšetření.

Pravidlo pro tuto situaci zní: Neprovádějte celotělový scan jako časnou detekci skrytých nádorů. Tím jsou myšleny všechny typy vyšetření z této oblasti: CT (počítačová tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie), MSCT (multi-spirálová počítačová tomografie), EBT (electron beam tomography) i SPECT (Single-Photon Emission Computed Tomography). Je doloženo, že k pozitivnímu záchytu asymptomatických nádorů vedou tato vyšetření jen ve 2 % případů. Daleko častější jsou výsledky falešně pozitivní nebo vedoucí k celé řadě následných kroků, laboratorních odběrů apod. Jde například o nálezy incidentalomů, malých, subsegmentárních plicních embolií. Tato vyšetření nesplňují kritéria pro skrínigovou diagnostiku. Nemohou efektivně odlišit zdravé lidi od těch, kteří mají skrytou chorobu. Negativní výsledek pacientovi nezaručí, že je zdravý a bez rizika. Kromě zbytečných finančních nákladů jde v neposlední řadě o radiační zátěž. Efektivní dávka záření může podle jednotlivých typů vyšetření kolísat od 5 do 15 mSv. (Pro srovnání – roční přírodní radiační zátěž je kolem 1,2 mSv.) V této souvislosti se hodně diskutuje o facilitaci vzniku nového nádorového onemocnění. Opakované CT scany zvyšují celoživotní mortalitu hlavně u mladých 20–40letých pacientů. Případný nález „incidentalomů“ nadledvin ovšem musí ale vést k endokrinnologickému vyšetření k vyloučení hormonální aktivity, a posouzení případné souvislosti s hypertenzí. Nálezy expanzivního procesu pod 4 cm a s denzitou menší než 10 Hounsfieldových jednotek nemají být dále předmětem CT morfologického sledování.

Další negativní doporučení se týká laboratorního vyšetření, které je častou součástí „příjemných souborů“ na interním oddělení.

Mnoho národních společností uvádí toto trochu kontroverzní doporučení jednoznačně: Neprovádějte rutinně vyšetření PSA (prostatický specifický antigen) jako screening rakoviny prostaty. Doporučení bylo v USA uvedeno v r. 2012 s odůvodněním, že převažuje riziko a vysoké náklady. Důsledkem nadvyšetřování jsou zbytečně provedené biopsie prostaty, zhoršená kvalita života. Časté jsou přeceněné pozitivita u hypertrofie a zánětů. Výjimkou z doporučení nevyšetřovat je indikace u muže s pozitivní rodinnou anamnézou. Publikace doporučení v USA vedla k výraznému poklesu tohoto typu skrínigu. Ovšem – stále platí, že PSA je nejlepší marker solidních tumorů, že incidence rakoviny prostaty narůstá a že vyšetření může mladým mužům zachránit život. Náhled na význam screeningu se během posledních let změnil. Nové randomizované studie ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) a PLCO (Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial) z roku 2012 dokazují, že screening vede k poklesu mortality u mužů. Evropská urologická asociace uveřejnila již v roce 2013 doporučení odlišné od toho amerického, v USA v r. 2018 také změnili názor. Dnešní cestou je screening PSA individualizovaný, jistě ne u mužů starších 70 let, na obzoru

jsou nové molekulární testy, ke správnému postupu patří provádění mpMRI (multiparametric magnetic resonance imaging) před biopsií.

Celá řada negativních doporučení se týká terapie, zejména u polymorbidních nemocných, se kterými se v interně běžně setkáváme.

Nelze podpořit užívání volně prodejných potravinových doplňků, multivitaminů, E vitamínu a beta-karotenu v prevenci ischemické choroby srdeční a nádorů. Nejenže jde o nehorázný byznys, hlavně ale neexistují doklady o tom, že by tato intervence vedla k poklesu incidence těchto onemocnění. Souvislost užívání beta-karotenu s výskytem nádorů plic u kuřáků už bývá pozapomenuta.

Nepředepisujme zbytečně nootropika, inhibitory acetylcholinesterázy a antagonisty receptoru NMDA (N-methyl D-aspartate receptors) – donepezil, memantin) nemocným s pokročilou demencí, s MMSE (Mini-Mental-Status-Test) hodnotou 3–14. Léčba může být úspěšná u lehké, snad středně těžké demence, u těžších forem nefunguje, život neprodlužuje. Doporučuje se pravidelně efekt léčby zvažovat a včas sáhnout k depreskribci, hlavně u nemocných v institucích. Inhibitory acetylcholinesterázy vedou často k anorexii, antagonisté receptoru NMDA jsou kontraindikovány u pokročilé renální insuficience, která je u starších, polymorbidních nemocných častým problémem.

Četná NE se týkají geriatrických nemocných. V popředí je varování před anticholinergickými léky. 5x zvyšují riziko zhoršení demence, hrozí vznik deliria. Často jsou uváděna Beersova kritéria v doplněné variantě z r. 2019, jejichž respektování by mělo vést k revizi zavedené léčby. Sem patří i minimalizace medikace benzodiazepiny i hypnotiky jiného složení. Jen tak lze dospět ke snížení rizika pádů a fraktur kyčelních kloubů, vedoucích k hospitalizaci a zvýšení mortality. Počet starších nemocných, které musíme léčit, abychom zlepšili u jednoho nespavost, je 13, zatímco stačí podávat tyto léky 6 seniorům, abychom jim uškodili. Týká se to rovněž myorelaxancií a antipsychotik. Antipsychotika, včetně atypických, nemají být užívána bez rozmyslu k potlačení některých symptomů demence. Příčina neklidu, agresivního chování často mívá definovanou příčinu, jako je např. bolest. Antipsychotika jsou u těchto pacientů indikována tehdy, když jinak neuspějeme a jsou nebezpeční sobě a svému okolí. Důležité je varovat i před anticholinergickými medikamenty u žen, starších sedmdesáti let s inkontinencí a hyperaktivním močovým měchýřem.

V negativním světle je třeba vidět i některé lékové kombinace, na příklad citalo- a escitalopramu s makrolidy. Může dojít k závažnému prodloužení QTc intervalu a vzniku život ohrožujících komorových dysrytmií. Podobně závažné je varování před komedikací blokátorů RAS (renin-angiotenzinové osy) a nesteroidních antirevmatik se zvýšeným nefrotoxickým potenciálem. Nebezpečí poškození ledvin zvyšuje dále trojkombinace s diuretiky, s nejhorším dopadem u pacientů starších 75 let. Nové a významné je také varování před kombinací některých opioidů, jako fentanyl, tramadolu a oxykodonu s inhibitory cytochromu 3A4, jako je příkladně klaritromycin. S tím, že respektujeme opatrný a rezervovaný přístup k dlouhodobému podávání inhibitorů protonové pumpy, si kombinace nesteroidních antirevmatik a glukokortikoidů zaslouží vždy tuto gastroprotektici.