

Profilaktyka raka jelita grubego

dr n. med. Dariusz Giezowski, specjalista chorób wewnętrznych i gastroenterologii
20-01-2005

Od wielu lat trwają prace nad ustaleniem optymalnego programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Głównym powodem uzasadniającym, tego typu badania jest wysoka zachorowalność na raka jelita grubego. Wg najnowszych opublikowanych przez Centrum Onkologii w Warszawie danych, rak jelita grubego zajmuje II miejsce w strukturze zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe. U mężczyzn stanowi to 10,3%, u kobiet 10,0%. W strukturze umieralności także zajmuje II miejsce, odpowiednio dla mężczyzn – 9,1%, dla kobiet – 11,3%. Gdyby uwzględnić kobiety i mężczyzn łącznie, to zachorowalność na raka jelita grubego zajmuje w Europie I miejsce i ma tendencję wzrostową. W Polsce odsetek 5-letnich przeżyć u tych chorych wynosi zaledwie 25%, ponieważ ponad połowa przypadków raka jelita grubego wykrywana jest zbyt późno. Dla zobrazowania, odsetek 5-letnich przeżyć we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego (tzw. A wg Dukes'a) – wynosi ponad 90%, w późnym stadium zaawansowania klinicznego (tzw. D wg Dukes'a) – poniżej 5%.

Na przestrzeni ostatnich 20-30 lat, na świecie stosowano różne strategie badania przesiewowego raku jelita grubego.

- Test na obecność krwi utajonej w stolcu wykonywany raz do roku, a następnie kolonoskopia u wszystkich osób z wynikiem dodatnim.
- Sigmoidoskopia (FSS) wykonywana co 5 lat
- Test na obecność krwi utajonej w stolcu co roku i dodatkowo FSS co 5 lat
- Kolografia co 5-10 lat
- Kolonoskopia co 10 lat

W ocenie powyższych metod powinno się uwzględniać skuteczność w wykrywaniu zmian nowotworowych, koszty i stopień akceptacji przez badaną populację.

Sorrentino (1999r.) ocenił skuteczność, koszt i możliwości przeprowadzania programów badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego we Włoszech. Koszty całkowite, obejmujące koszty dziesięcioletnich badań przesiewowych jednego pacjenta i prewencji pojedynczego zgonu (w dolarach amerykańskich) wynosiły odpowiednio: 965\$ i 77.200\$ – dla testów na obecność krwi utajonej w kale, 510\$ i 14.000\$ – dla kolonoskopii. Profesor Butruk na podstawie porównań dotychczas stosowanych strategii badań przesiewowych w raku jelita grubego, wykazał że optymalnym sposobem przeprowadzania badań przesiewowych jest pełna kolonoskopia wykonywana raz na 10 lat. W Polsce takie badania przesiewowe rozpoczęto jesienią 2000 roku. Dotychczasowe badania pokazują, że raka rozpoznaje się raz na 180 kolonoskopii u osób bezobjawowych (0,54% badanych), a u co 4 badanego rozpoznaje się polipy jelita grubego (16-36%), z których połowa okazała się gruczolakami (stanami przedrakowymi). Endoskopowe usuwanie polipów zapobiega przed ich ewentualną przemianą w raka. Przy zachowaniu pewnych warunków możliwe jest także radykalne endoskopowe usunięcie polipa ze zmianą złośliwą – rakiem.

Programem objęto:

- Osoby w wieku 50-65 lat bez objawów raka jelita grubego
- Osoby w wieku 40-65 lat, które mają krewnego I stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego przed 60 r.ż.

- Osoby w wieku 25-65 lat z potwierdzonym w badaniu genetycznym rodzinnym występowaniem wrodzonego niepolipowatego raka jelita grubego (HNPCC) – kolonoskopia co 2 lata.

Program rządowy badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego obejmuje tylko część populacji w określonym przedziale wieku ze względów ekonomicznych. W żadnym wypadku nie oznacza to, iż osoby poniżej 50 r.ż. a zwłaszcza osoby powyżej 65 r.ż. (emeryci) nie powinny myśleć o wykonaniu kolonoskopii jako badania profilaktycznego. Istotny wzrost zachorowań na raka jelita grubego obserwuje się od ok. 40 roku życia, a prawdopodobieństwo występowania tego nowotworu wzrasta wraz z wiekiem.

Również proponowany okres 10 lat między kolejnymi kolonoskopiami w znacznej mierze wynika z ekonomii. Nie oznacza to, iż w okresie między kolejnymi badaniami nie może rozwinąć się zaawansowany rak. Badania amerykańskie wykazały, że tzw. „onkologiczna wartość ochronna profilaktycznej kolonoskopii” – wynosi 3-5 lat.

Badania własne – analiza liczb przypadków raka wykrywanych w poszczególnych odcinkach jelita grubego w latach 1997-2003 – potwierdziły znany fakt tzw. proksymalizacji raków jelita grubego (tj. coraz częstszego występowania raka jelita grubego w odcinkach bardziej oddalonych od odbytu, niedostępnych w badaniu rektoskopowym). Szczególnie widoczny jest istotny stały wzrost ilości rozpoznawanych raków w okrężnicy poza esicą, a także tendencja spadkowa w ilości wykrywanych raków odbytnicy. Wskazuje to na potrzebę rozpowszechniania pełnej kolonoskopii jako badania profilaktycznego wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Powyższe rozważania dotyczą tzw. osób bez dolegliwości, bez poczucia choroby. Osoby z bólami brzucha, a zwłaszcza z tzw. objawami alarmowymi (krew w stolcu, ubytek masy ciała, itp.) powinny zgłosić się do lekarza, który zadecyduje o potrzebie wykonania odpowiednich badań diagnostycznych np. kolonoskopii.