

Včasná diagnostika a depistáž kolorektálneho karcinómu

MUDr. Hrčka Rudolf CSc.

NsP sv. Cyrila a Metoda
Gastroenterologická klinika SPAM
Bratislava
prednosta prof. MUDr. Anton Vavrečka CSc.

Popis obrázku.

V roku 2000 sa stala téma skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku vysoko aktuálnou. Do programu kongresu SLS pre praktických lekárov sa dostala táto problematika v rámci samostatnej sekcie. Táto prednáška odoznela ako jedna z viacerých na túto tému. Jej cieľom bolo prvé oboznámenie sa s touto problematikou a snaha o sondovanie možností na spoluprácu praktických lekárov gastroenterológov a chirurgov pred zahájením takejto akcie na Slovensku. Záverečná diskusia potvrdila záujem o problematiku zo strany PL, no vyjadrili sa obavy z následnej práce navyše, zabezpečení materiálom, financiami a technikou.

Polyp / Ca kolonu

- 95% Ca kolonu vzniká z polypu
- Premena polypu na Ca : 10-15 rokov
- 90% Ca sa objaví nad 50 rokov
- Ca Dukes A, B prežívanie 80-90% 10 rokov
Ca Dukes D prežívanie 5% 5 rokov
- 55% Ca je v rekte a sigme
- 6% Ca kolonu je podmienené geneticky
- 6% šanca, že dostanem Ca kolonu
- štúdie tzv. bezpolypové črevo

Jurec 2000

Popis obrázku.

Kolorektálny karcinóm (KRCA) je síce silný nepriateľ, no má slabiny, ktoré v boji s ním musíme využiť. Väčšina KRCA vzniká z polypov, ktoré vieme kolonoskopicky zistiť a odstrániť. Premena polypu na karcinóm trvá dlho, takže máme čas pripraviť sa. Prudký nárast výskytu KRCA nad 50 rokov zase dáva šancu vytipovať iba časť populácie, čo umožňuje cielejší skrining, ktorý je efektívny a ekonomický. Zachytenie včasných štádií dáva šancu na vyliečenie. KRCA je až v polovici prípadov dostupný rekoskopicky a sigmoidoskopicky, čo zvyšuje šancu na ich odhalenie. Podľa štúdií u ľudí po odstránení polypov klesá výskyt KRCA na minimum.

Aké máme možnosti ?

1. Digitálne vyšetrenie
2. Test na okultné krvácanie
3. Endoskopické vyšetrenia

Popis obrázku.

Zistiť KRCa prstom v konečníku je jednoduchá, lacná, rýchla a relatívne presná metóda. Z hľadiska skríningu však nemá význam. Nádor, ktorý sa dá zistiť prstom je obvykle už pokročilý a touto metódou teda neznížime ani mortalitu ani incidenciu KRCa v populácii.

Testom na okultné alebo skryté krvácanie -TOKS- v stolici dokážeme zachytiť krvácajúci polyp aj nádor už aj vo včasnom a teda vyliečiteľnom štádiu. Metóda je vhodná na skrínig. Endoskopia je najvhodnejšou metódou na zisťovanie a liečbu včasných štádií KRCa. Pre celopopulačný skrínig je však z rôznych dôvodov zatiaľ nedostupná.

Digitálne vyšetrenie

- asi 10% Ca je v dosahu prstu
- **výhody:** *jednoduchý, dostupný, lacný*
- **nevýhody:** *nedokáže znížiť ani morbiditu ani mortalitu*

Popis obrázku.

Napriek uvedeným obmedzeniam vyšetrenia konečníka prstom, malo by sa toto vyšetrenie vykonávať v ambulancii PL v rámci preventívnej prehliadky raz za dva roky u mužov a žien nad 50 rokov. Ak je palpačný nález podozrivý z karcinómu, odosielame pacienta na rektoskopiu alebo lepšie na kolonoskopiu. Týmto pacientom je zbytočné robiť test na okultné krvácanie v stolici, pretože kolonoskopia nám definitívne povie o čo ide.

Test na okultné krvácanie

- princíp : *Ca kolonu krváca*

: Hb má „peroxid. aktivitu“

- pozitivita: *2-6% v testovanej populácii*

z toho 5-10% Ca

20-40% adenómy

Dec2000

Popis obrázku.

Karcinóm v hrubom čreve sa prezradí krvácaním. Hemoglobín v krvinkách má oxidačnú schopnosť. Guajakový test je bezfarebný chromogén, ktorý v styku s oxidačnou látkou - napr. hemoglobínom -, zmení svoju farbu na modro. Tento princíp sa využíva v diagnostike skrytého krvácania. Týmto spôsobom zistíme pozitivitu stolice. Zo všetkých takto zistených pozitívít sa ukáže ako príčina krvácania karcinóm v 2-6% a adenómový polyp od 20 do 60%. Teda nie každá pozitivita stolice znamená karcinóm alebo adenóm. Častou príčinou sú hemoroidy, užívanie niektorých liekov alebo krvácania z iných častí tráviaceho traktu.

Test na okultné krvácanie

slabé miesta: falošná negativita 50% Ca
70% pre adenómy

(veľkosť lézií, distribúcia, nepravidel-
nosť krvácania, vit.C)

: falošná pozitivita (zelenina,
lieky)

hr:2000

Popis obrázku.

Karcinóm v hrubom čreve krváca častejšie a intenzívnejšie ako zdravá sliznica. Krvácanie však nie je pravidelné, množstvo krvných strát je tiež rôzne a častosť a množstvo krvných strát závisia od jeho veľkosti a uloženia v hrubom čreve. O polpoch platí v podstate to isté s tým, že krvné straty sú menšie. Tieto skutočnosti vysvetľujú prečo je TOKS v 50% negatívny u karcinómov a až v 70% u adenómov. Niekedy prítomnosť antioxidantov v stolici napr. vit C, môže zabrániť hemoglobínu v oxidácii guajakového chromogénu v teste a tento sa prejaví ako negatívny. Inokedy niektoré zelelniny alebo lieky s oxidačnými účinkami spôsobia jeho pozitivitu.

Test na okultné krvácanie

Nie je ideálny no nemáme lepší

odporúča sa:

testovanie 50 a viacročných bez rizika

40 a viacročných s rizikom

hrc2000

Popis obrázku.

TOKS nedokáže povedať v prípade pozitivity, že ide na 100% o karcinóm alebo polyp. Taktiež nedokáže zaručiť na 100%, že ak je negatívny tak nemáme karcinóm alebo polyp. Napriek tomu doteraz nie je známy skriningový test, ktorý by ho pri komplexnom posudzovaní nahradil. Vždy je totiž lepšie ísť na kolonoskopiu v prípade falošnej pozitivity zbytočne, ako na ňu prísť neskoro alebo vôbec. Aby mal skrining význam z hľadiska zníženia úmrtnosti a výskytu na KRCa v celej populácii, je potrebné vyšetrovať aspoň každé dva roky ľudí nad 50 rokov, u ktorých sa nevyskytol KRCa v príbuzenstve a nad 40 rokov, kde sa KRCa v pokrvnom príbuzenstve vyskytol.

Endoskopia

1. Rektoskopia

2. Sigmoidoskopia

3. Kolonoskopia

hrc1000

Popis obrázku.

Po zistení pozitivity TOKS odosiela PL pacienta na endoskopické vyšetrenie k gastroenterológovi. Dnes už nestačí vykonať rektoskopiю alebo sigmoidoskopiю ak nie sú nato objektívne príčiny. Kolonoskopia je jediným vyšetrením, ktoré dokáže za optimálnych podmienok či už zo strany pacienta (dobré vyčistený, tolerantný) alebo lekára (skúsenosť, dobré technické vybavenie) odhaliť karcinóm alebo polyp, vykonať histologické vyšetrenie a v prípade polypov aj tieto bezbolestne odstrániť. Pacienta so zisteným karcinómom odosiela lekár na chirurgické riešenie.

Skríning u „nerizikových“ pacientov

ESGE

Žiadna rodinná zát'až- vek 45-50 rokov



Indagačné vyšetrenie a haemocult raz ročne

negat.



Sigmoidoskopia

každých 3 - 5 rokov

pozit.



Kolonoskopia a liečba

ak je potrebné

pozit.



Popis obrázku.

Uvedený algoritmus sa od roku 2000 zmenil. Skrínigovému vyšetreniu na skryté krvácanie v stolici pomocou TOKS by mali byť podrobení aspoň každé dva roky muži a ženy nad 50 rokov vtedy, ak nejde o ľudí s vyšším rizikom vzniku KRCa. Sú to tí, v rodine ktorých sa u pokrvných príbuzných nevyskytol KRCa alebo nemajú niektoré z ďalej uvedených rizikových ochorení. Ak je vyšetrenie negatívne opakujeme ho o dva roky opäť. Ak je pozitívne, pacient je odoslaný na kolonoskopiu. Predstava z roku 2000 je prísnejšia, finančne i organizačne náročnejšia. MZSR dalo do legislatívy skríning KRCa ako súčasť preventívnej prehliadky každé dva roky.

Vysoko rizikovní pacienti

- syndrómy familiárnych polypóz
- anamnéza ulceróznej kolitídy
- anamnéza Ca kolonu
- anamnéza adenómu v kolone
- anamnéza Ca genitálu, ca prsníka
- Ca kolonu v rodine

Popis obrázku.

Riziko vzniku KRCa je u niektorých ľudí vyššie ako v bežnej populácii. Ide o ľudí u ktorých sa v pokrvnom príbuzenstve vyskytujú tzv. familiárne polypózy alebo KRCa. Taktiež sú rizikovejší z hladiska častejšieho výskytu ľudia, ktorí sami majú ulceróznú kolitídu, sami prekonali KRCa, mali zistený a odstránený adenóm v hrubom čreve, majú za sebou operáciu pre karcinóm gynekologický alebo sú po operácii pre karcinóm prsníka. Títo ľudia by mali chodiť na preventívne prehliadky už od 40 rokov. Mnoho z týchto ľudí je dispenzarizovaných u odborných lekárov, ktorí by mali prevenciu KRCa tiež iniciovať.

Riziko Ca kolonu pre príbuzenstvo

E S E G

zvýšené riziko

- | | | |
|---|---|------------------|
| - 1 postihnutý prvostupňový príbuzný | ⇒ | 1, 7 krát |
| - 2 alebo viacerí postihnutí prvostupňoví príbuzní | ⇒ | 2, 7 krát |
| - osoba menej ako 45 ročná s 2 alebo viacerými postihnutými prvostupňovými príbuznými | ⇒ | 5, 4 krát |

Fuchs 1994

Popis obrázku.

Na základe štatistík sa vypracoval stupeň rizika pre vznik KRCa pre pokrvných príbuzných ľudí, v rodine ktorých sa vyskytol KRCa. Toto riziko môže byť zvýšené mierne alebo až výrazne. Závisí to od počtu postihnutých a od veku kedy im bol zistený KRCa. Ak sa zistil KRCa u otca alebo mamy, či sestry alebo brata u jedného z nich alebo u dvoch a ak to bolo vo veku menej než 45 rokov tak ja som ohrozený menej alebo viac podľa uvedených hodnôt na obrázku. Skríning by sa u mňa teda mal začať už od 40 rokov.

Polypy / Skrining u vysokorizikových pacientov

ESGE

1. Totálna excízia
2. Klasifikácia podľa WHO
3. Pankolonoskopia v prípade adenómu na vylúčenie ďalších
4. Starostlivosť o tzv. bezpolypózne kolon
 - pankolonoskopia po 3 rokoch
 - a potom aa 3-5 rokov

Popis obrázku.

Ak sa zistí pri kolonoskopii polyp, tento je potrebné kolonoskopicky úplne odstrániť. Po odoslaní polypu na histológiu nám patológ odošle výsledok zhodnotený podľa standardizovaných WHO kritérií. Z nich je zrejme hlavne to či ide o polyp nezhubný, obvykle pozápalový a pacienta nemusí gastroenterológ ďalej sledovať, alebo či ide o polyp potenciálne zhubný. V tom prípade by nám mal patológ povedať aj stupeň dysplastických zmien a charakteristiky architektúry polypu. To potom rozhodne ako často bude pacient kolonoskopovaný, čím zabezpečíme aby hrubé črevo ostalo bez polypov a pacient nebol ohrozený vznikom KRCa viac ako bežná populácia..

Ca kolonu / skrining u vysokorizikových pacientov (I) ESGE

I. karcinóm u prvostupňových príbuzných (rodičia, súrodenci, deti)

Skrining od 35 rokov

1. Pankolonoskopia: každých 3-5 rokov

2. Haemocult každoročne

II. Adenóm u prvostupňových príbuzných a kolorektálny Ca u druhostupňových príbuzných zvyšuje familiárne riziko.

Skrining od 35 rokov

Popis obrázku.

Na obrázku sú uvedené odporúčania Európskej spoločnosti pre gastrointestinálnu endoskopiю. Tieto pomerne prísne kritériá sa u nás legislatívne nepodarilo presadiť. Veková hranica u nás na preventívne prehliadky u rizikových pacientov je 40 rokov a frekvencia prehliadok je raz za dva roky.

Ca kolonu / skrining u vysokorizikových pacientov (II) ESGE

III. Familiárna adenomatóza hrubého čreva

1. Genetický skrining - ak pozitívny
2. Pankolonoskopia od veku **10 - 12 rokov** a potom sigmoidoskopia každé 2-3 roky

IV. Hereditárny ne-polypoidný karcinóm

1. Pankolonoskopia každé 2-3 roky od **20 rokov**
2. Každoročne Haemocult

Popis obrázku.

Geneticky podmienené ochorenia, ktoré s vysokou pravdepodobnosťou vedú k vzniku KRCa tvoria cca 6% všetkých KRCa. Sledovanie týchto pacientov a ich rodinných príslušníkov sa vykonáva v spolupráci PL, gastroenterológov a genetikov. Pacienti sa sledujú častejšie, od mladších vekových skupín podľa špeciálnych dispenzárných plánov. Viď. napr. formulár [F3](#) a [F4](#), ktorý si môžu viesť gastroenterológovia.

Súhrn

ESGE

- Ochrana pred Ca kolonu je možná
- Jedna vizita u lekára ročne nad 45 rokov
- Informácia o účinnosti = motivácia na spoluprácu
- Ušetrenie nákladov na starostlivosť po zistení ochorenia (aftecare) umožňuje presun nákladov na prevenciu

Popis obrázku.

Výzvou modernej medicíny je prevencia. KRCa je jedinečným príkladom, kde by dôsledne robená prevencia v populácii vedela už teraz, keď ešte nevieme o vzniku a liečbe rakoviny väčšinu podstatných vecí, toto ochorenie dostať pod kontrolu. Je paradoxné, že nie sú nato treba ani nové objavy ani technológie a dokonca ani veľa peňazí. Stačilo by ak by 80% populácie nad 50 rokov chodilo pravidelne na preventívnu prehliadku a KRCa by sa stal iba okrajovou záležitosťou. Žiaľ opak je dnes pravda. KRCa patrí k najčastejším onkologickým ochoreniam v rozvinutých krajinách, v ktorých žiaľ nedokážeme ľudí presvedčiť, aby urobili tak málo pre seba.