

SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

doc. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.^{1,2}, prof. MUDr. Přemysl Frič, DrSc.¹

¹1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice, Praha

²Subkatedra gastroenterologie IPVZ, Praha

Interní Med. 2007; 3: 149–150

Kolorektální karcinom (KRCA) se stal v Evropě na začátku 21. století nejčastější orgánovou malignitou. Tato skutečnost je známa méně než jedné třetině jejich obyvatel (8). V roce 2000 bylo diagnostikováno 304 687 nových onemocnění KRCA ve srovnání s 301 090 případů bronchogenního karcinomu (11). Tento trend trvá i nadále. V roce 2002 bylo v Evropě včetně Ruské federace podle databáze International Agency for Research on Cancer (Globocan) 371 700 nových onemocnění KRCA, což je dvojnásobek počtu v Severní Americe (183 500). Poměr nových onemocnění k 5leté prevalenci, který je indexem průměrné doby přežití po detekci nádoru, je nejpříznivější v Japonsku, a to nejen pro KRCA, ale také pro ostatní digestivní karcinomy (jícen, žaludek, játra, pankreas). Pravděpodobným vysvětlením je velká pozornost věnovaná v této zemi časné diagnostice zhoubných procesů prostřednictvím screeningových programů. Podíl symptomatických nemocných s KRCA i ostatními karcinomy trávicího ústrojí zůstává v řadě zemí (včetně České republiky) vysoký a s touto skutečností souvisí jejich špatná prognóza. V roce 2002 digestivní malignity činily v Evropě 31 % všech nových nádorových onemocnění, ale jen 12 % osob s karcinomy trávicího ústrojí přežilo 5 let po stanovení diagnózy (9).

Screening KRCA má ve srovnání s ostatními digestivními malignitami nejvýhodnější realizační podmínky. Je možný u nositelů nízkého (průměrného) rizika. Tímto je věk od 50 let, od něhož výskyt KRCA v populaci zřetelně přibývá: v každé dekádě se téměř zdvojnásobuje. Cílovou skupinou jsou asymptomatictí jedinci od uvedeného věku s negativní rodinnou a osobní anamnézou střevního nádoru (karcinomu či adenomu) nebo idiopatického střevního zánětu. U těchto osob jde o tzv. sporadický KRCA, který tvoří asi 80 % všech KRCA a vzniká nejčastěji maligní transformací benigního žlázoového polypu (adenomu). Další významnou výhodou je dlouhá doba této přeměny (8–10 let), což umožňuje stanovit podle

náplně screeningového programu přiměřené časové intervaly k jeho opakování, jež je nezbytné pro zjištění nových nebo přehlédnutých nádorů. Screening sporadického KRCA je nepochybně oprávněný v populaci s vysokou incidencí a dostatečným personálním, technickým a finančním zabezpečením. Screening vyžaduje podrobnou informaci laické veřejnosti. Zásadní význam má úzká spolupráce praktických lékařů, gastroenterologů a klinických onkologů v rámci screeningu. Do propagace je potřebné zapojit media, představitele různých odvětví veřejného života, průmyslové a obchodní společnosti (13).

V roce 2006 probíhal screening KRCA v různém rozsahu v 13 z 39 evropských zemí (1). V 8 zemích byl aplikován dvouetapový program: test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a při pozitivním výsledku kolonoskopie. V 5 zemích byla preferována screeningová kolonoskopie, popř. měl proband možnost zvolit si jeden z těchto programů (SRN). U dvouetapových programů se používá v současnosti nejčastěji TOKS na bázi guajakové pryskyřice, méně často imunochemický TOKS, který má vyšší specifitu. Kromě TOKS se jako úvodní test zkouší řada dalších možností, z nichž nejvíce pokročilo sledování mutací DNA ve stolici. Tento test má vysokou senzitivitu, ale je pro screeningové účely finančně příliš nákladný (asi 700 US \$). Ostatní metody nepřekročily fázi laboratorních zkoušek (rektální hlen, některé jaderné proteiny, sérová DNA – 10).

Populační screening přijaly zatím tři státy: SRN (od roku 1977), Česká republika (2000) a Slovensko (2002). Další země (Velká Británie, Dánsko, Finsko) jsou v různých fázích příprav a pilotních studií (7, 12). V České republice byl screening sporadického KRCA zahájen před více než 25 roky. Pilotní studie provedené v letech 1979–1984 byly souborně vyhodnoceny v roce 1986 (3). V této době jsme již registrovali trvalý vzestup nových onemocnění a úmrtí na KRCA, který nakonec přivedl Českou republiku v 90. letech minulého století až na první místo

ve světových statistikách. Proto bylo nutné zabývat se soustavně metodami sekundární prevence, tj. především screeningem sporadického KRCA. Československo bylo v té době jedinou zemí východního bloku zastoupenou v expertní skupině European Group for Colorectal Cancer Screening, která průběžně vyhodnocovala screeningové studie a doporučila zavedení populačního screeningu KRCA v roce 1998 (2). V České republice byla provedena jedna z největších otevřených prospektivních studií screeningu KRCA a compliance veřejnosti i poskytovatelů byla testována ve dvou různých systémech zdravotní péče (4, 5). Česká republika je v současné době jedinou zemí, která monitoruje a vyhodnocuje screeningový program na celém území státu. Současný stav programu a naznačení perspektivy jsou předmětem jiného sdělení v tomto časopise (6).

Literatura

1. Classen M. Colorectal cancer screening in Europe. A clinician's perspective. State of the Art Lecture. 14th United European Gastroenterology Week, Berlin 21st–25th October 2006.
2. European Group for Colorectal Cancer Screening: Recommendation to include colorectal cancer screening in public health policy. Sevilla Meeting, 13th–14th November 1998.
3. Frič P. The use of Haemoccult test in the early diagnosis of colorectal cancer – experience from six pilot studies in Czechoslovakia. In: Hardcastle JV: Haemoccult screening for the early detection of colorectal cancer. Schattauer, Stuttgart, 1986: 73–74.
4. Frič P, Zavoral M, Dvořáková H, et al. An adapted program of colorectal cancer screening – 7-years experience and cost-benefits analysis. Hepato-Gastroenterology 1994; 41: 413–416.
5. Frič P, Zavoral M, Čekal J, et al. Screening kolorektálního karcinomu v současném systému zdravotní péče (Pražský projekt). Endoskopie 1999; 8: 39–45.
6. Frič P, Zavoral M, Seifert B, et al. Screening sporadického kolorektálního karcinomu v České republice. Interní Med. 2007; 5: v tisku.
7. Hakama M, Hoff G, Kronborg O, Pahlman L. Screening for colorectal cancer. Acta Oncol 2005; 44: 425–439.
8. Keighley MRB, O'Morain C, Giacosa A. Public awareness of risk factors and screening for colorectal cancer. Eur J Cancer Prev 2004; 13: 257–262.
9. Lambert R, Mahé C. Screening for digestive cancers: from theory to practice. World Gastroenterol News 2006; 11: 42–45.
10. Ouyang DL, Chen JJ, Getzenberg RH, Schoen RE. Noninvasive testing for colorectal cancer: a review. Am J Gastroenterol 2005; 100: 1393–1403.
11. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. Int J Cancer 2001; 94: 153–156.
12. Steele RJC. Fecal occult blood test screening in United Kingdom. Am J Gastroenterol 2006; 101: 216–218.
13. Zavoral M: Colorectal cancer screening in the Czech Republic. Folia Gastroenterol Hepatol 2006; 4: 87–89.

doc. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, 169 02 Praha 6-Střešovice, e-mail: zavormir@uvn.cz