

Скрининг на рака на дебелото черво

Професор д-р Красимир Антонов д.м.н.

Председател на Българското Дружество по Гастроентерология,
Гастроинтестинална ендоскопия и Абдоминална ехография

Рак на дебелото черво

- Колоректалният карцином (КРК) е едно от най-честите онкологични заболявания и при двата пола и представлява 9.7% (1 360 602 нови случаи) в структурата на онкологичните заболявания в световен мащаб през 2018 г.
- СЗО определя онкологичните заболявания, в частност КРК, като социално значими неинфекциозни заболявания.
- България заема средно място както по заболяемост, така и по смъртност сред останалите страни в света от КРК. Засягането на населението в България по области показва големи разлики в заболяемостта. Най-висока е честотата в София, следвана от Търново и Габрово, а най-ниска – в Кърджали и Видин.
- В България по данни на НРР /Национален Раков Регистър/ през 2014 година фактическата заболяемост от КРК е 41.1 на 100000 мъже и 35.0 на 100000 жени. Тенденцията към нарастване се запазва и при двата пола, по-изразено при мъжете. Възрастово-специфичната заболяемост се увеличава след 40 години, като достига своя пик при 75-79 годишни мъже и 80-84 годишни жени.
- 90% е петгодишната преживяемост при диагноза в ранен стадий. Само 14% оцеляват 5 години след поставяне на диагнозата в късен стадий на КРК.
- Програмите за превенция и скрининг могат да намалят смъртността от КРК с близо 30% до 2030 г.
- България, Гърция, Латвия и Румъния са единствените държави в ЕС, които не провеждат скринингови кампании за колоректален карцином.

Скринингови методи

Национален план за борба с рака в Р България 2030

- Фекално окултен тест за кръв (FOBT)
- Флексибелна сигмоидоскопия
- Колоноскопия и двойно-контрастна иригография

Алтернативни методи с висока специфичност:

- молекулярна детекция на ДНК мутации в клетките, отделени от тумора във фекалиите
- виртуална колоноскопия.

American Cancer Society

Stool-based tests

- Highly sensitive fecal immunochemical test (**FIT**) **every year**
- Highly sensitive guaiac-based fecal occult blood test (**gFOBT**) **every year**
- Multi-targeted stool DNA test (mt-sDNA) **every 3 years**

Visual (structural) exams of the colon and rectum

- Colonoscopy **every 10 years**
- CT colonography (virtual colonoscopy) **every 5 years**
- Flexible sigmoidoscopy (FSIG) **every 5 years**

Фекално окултен тест за кръв (FOBT)

Гваяколов FOBT (gFOBT)

- Тестът използва гваяколова смола за откриване на хематинната съставка на хемоглобина, която е еднаква за човешки и животински видове и само частично се разпада при преминаване през чревния тракт.
- gFOBT е малко специфичен за лезии от дисталния чревен тракт и не може да различи човешката кръв от кръвните съставки в храната.
- Най-ефективен **интервал за скриниране** на населението **от 60-64 години** с гваяколов тест е **1-2 годишният**.

Имунохимичен FOBT (iFOBT)

- Тестът се основава на използването на антитяло, специфично към човешкия глобин. Този тест е по-специфичен за кръвене в дисталния гастроинтестинален тракт. Новите iFOBT имат свойството да установяват наличие на кръв над определено ниво на концентрация във фекалиите.
- iFOBT намалява смъртността при карцином на ректума, но не и смъртността при карцином на колона, и има по-голяма чувствителност и специфичност от gFOBT.
- Досега **няма извършени рандомизирани изследвания** за най-ефективния **времеви интервал** за скриниране, както не е установен и най-ефективния **възрастов интервал** за скриниране.

Скриниращи възможности на ендоскопското изследване

Флексибелна сигмоидоскопия

- Предимството на този скрининг пред FOBТ, че често пъти с биопсията на полипа се премахва и прекарцинозната или карциномната лезия.
- Друго предимство е, че се повтаря много рядко – **от 5 до 10 години**.

• Колоноскопия

- Изборът на този метод зависи изцяло от **възможностите на здравната система и финансовата осигуреност**.
- **Няма сигурни доказателства за ефективността на колоноскопията като скрининг метод за колоректален рак (КРР) по отношение на заболяемостта и смъртността.**
- За момента има ограничени доказателства относно най-ефективния интервал за повтаряне на колоноскопията. Кохортно и case-control проучване предлагат **не по-малък интервал от 10 години**.
- На този етап **няма данни за най-ефективна възраст**, подлежаща на скрининг с колоноскопия.

Двойноконтрастната иригография

- алтернативен метод за тези лица, които не могат да понесат фиброколоноскопията.

Нови скрининг технологии

Компютър томографска колонография (КТК)

- На този етап **няма извършени проучвания** за установяване на ефективността върху заболяемостта и смъртността от КРР.
- Чувствителността на КТК и на колоноскопията са еднакви за аденоми от 10 мм и по-големи. За аденоми, помалки от 5 мм, превес има колоноскопията.

ДНК тест на изпражненията за изследване наличието на метилирана ДНК

- **Няма извършени проучвания** за ефективността на този метод върху заболяемостта и смъртността от КРР, но е доказана неговата **по-голяма чувствителност**, както и **по-малка специфичност** от Hemocult II.

Капсулна ендоскопия

- **Няма извършени проучвания** върху влиянието на този метод върху заболяемостта и смъртността от КРР като скрининг техника.
- Понастоящем **чувствителността** на капсулната ендоскопия спрямо тази на колонскопията е значително **по-ниска**.

Скрининг за КРК при лица със среден риск

- Препоръката в **Национален план за борба с рака в Р. България** е да се включи възрастовото население **от 60-64 години** с висока заболяемост и смъртност от колоректален карцином и със значителна life-expectancy.
- The **ACS** recommends that people at average risk of colorectal cancer **start regular screening at age 45**. This can be done either with a stool-based test, or with a visual exam.
- People who are in good health and with a life expectancy of more than 10 years should continue regular colorectal cancer screening through the **age of 75**.
- For people **ages 76 through 85**, the decision to be screened should be based on a person's preferences, life expectancy, overall health, and prior screening history.
- People **over 85** should no longer get colorectal cancer screening.

Скрининг за КРК при лица с висок риск

Препоръки :

- Всички случаи, установени по време на скрининга, принадлежащи към семейства с **наследствени синдроми**, трябва да се насочат към съответните клиници и да им се предложи специална програма за наблюдение.
- Всички случаи с двама първа степен **роднини с карцином** или първа степен роднина, диагностициран с **карцином преди 45-годишна възраст**, трябва да бъдат насочени към съответна клиника за провеждане на диагностични изследвания и точна оценка на риска, тъй като могат да се окажат членове на семейства с неразпознати **HNPCC** или **FAP**.
- Членове на фамилии с първа степен роднини, болни от **рак, диагностицирани след 60-годишна възраст**, подлежат на същата скринингова програма както тези със **среден риск**.

- People at **increased or high risk** of colorectal cancer might need to **start** colorectal cancer screening **before age 45, be screened more often**, and/or get specific tests. This includes people with:
- A strong **family history** of colorectal **cancer** or certain types of **polyps**
- A **personal history** of colorectal **cancer** or certain types of **polyps**
- A **personal history** of **inflammatory bowel disease** (ulcerative colitis or Crohn's disease)
- A know **family history** of a **hereditary colorectal cancer** syndrome, such as **familial adenomatous polyposis (FAP)** or **Lynch syndrome** (hereditary non-polyposis colon cancer or HNPCC)
- A **personal history** of **radiation to the abdomen** (belly) or pelvic area to treat a prior cancer

Скрининг при специфични групи от населението с висок риск за КРК

- Some people with a **family history of colon cancer** will be able to follow the recommendations for **average risk adults**, but others might need to get a **colonoscopy more often**, and possibly starting **before age 45**.
- Most of people with **polyps** will need to get a **colonoscopy** again **after 3 years**, but some people might need to get one **earlier (or later) than 3 years**, depending on the type, size, and number of polyps.
- Most of people with **colon cancer** will need to start having **colonoscopies** regularly about **one year after surgery** to remove the cancer.
- Most of people with **radiation to the abdomen** will need to start having colorectal screening (**colonoscopy or stool based testing**) at an **earlier age**. These people might also need to be screened more often than normal (such as at least **every 3 to 5 years**).
- The people with **IBD** generally need to get **colonoscopies** starting **at least 8 years** after they are diagnosed. Follow-up colonoscopies should be done **every 1 to 3 years**
- The people with **hereditary colorectal cancer syndrome** generally need to have **colonoscopy**. Screening is often recommended to begin at a **young age** and needs to be done much more frequently.

Водещи принципи при организиране на скрининг програма за колоректален рак

- Хората, върху които се извършва скринингът, трябва да бъдат много добре подготвени с цел да насърчават свои близки и познати да се включат в програмата.
- Осигуряването на услугите трябва да вземе под внимание ползата за пациентите и предпочитанията им, както и перспективите на здравеопазването.
- При планирането и провеждането на скрининг програма, органите на здравеопазването трябва да осигурят справедлив достъп на всички желаещи, както и стабилност за нейното изпълнение във времето.
- По отношение на пациентите се изисква да се осигурят така нареченото информирано участие (комуникация, информация), както и висококачествени, ефективни и безопасни услуги.
- Реализирането на програмата означава повече от просто изпълнение на тестовете за скрининг, последвани от някаква оценка. Трябва да бъдат изготвени специфични протоколи за пациентите, чрез които да бъдат определени начинът на диагноза, лечение, наблюдение. Това ще им гарантира своевременно достъп до най-добрите съществуващи възможности за лечение.
- Трябва да бъде осигурен пълен и точен запис на всички индивидуални данни, принадлежащи на пациентите, на скрининг теста, резултата от него и последващото решение.
- Високото качество на този мониториращ процес е от фундаментално значение.

Заключение

- Скринингът за КРКС работи чрез ранно откриване и/или превенция на рака и е процес с няколко етапа за тестване.
- Понастоящем **няма рандомизирани проучвания за FIT и за колоноскопията** (най-използваните тестове), но много вероятно е те да се представят най-малко толкова добре, колкото и **gFOBТ и сигмоскопията**, които са показали в **рандомизирани проучвания** да намаляват риска от КРК и свързаната с него смъртност.
- Потенциалната полза от скрининга варира с индивидуалния риск за развитието на рак, докато уврежданията, които може да получи пациента по време на скрининга, зависят основно от броя на ендоскопиите, извършени в процеса на скрининг.
- **Най-важно е да се скринира**, без значение какъв тест ще бъде използван.
- Ако личният избор на пациента е да бъде извършено скриниране с тест различен от колоноскопия, то **всеки положителен резултат** от теста трябва да бъде последван от **навременна колоноскопия**.

Благодаря за вниманието!