

## Dodatni wynik testu na krew utajoną w kale (FOBT) a odległe przeżycie u osób w wieku podeszłym



dr hab. med. Dariusz Janczak  
Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny,  
Wrocław

Opracowano na podstawie: Kistler ChE, Kirby KA, Lee D, et al. Long-term Outcomes Following Positive Fecal Occult Blood Test Results in Older Adults. ([www.archinternmed.com](http://www.archinternmed.com) 2011)

**Wstęp:** W Stanach Zjednoczonych ludzie w wieku podeszłym rzadko poddają się profilaktycznym badaniom kolonoskopowym po uzyskaniu dodatniego wyniku testu na krew utajoną w kale ((FOBT – *fecal occult blood test*)).

**Materiał i metoda:** Autorzy przeprowadzili podłużne badanie kohortowe, obejmujące 212 pacjentów w wieku >70 lat z dodatnim wynikiem testu na krew utajoną w kale w 2001 r. Pacjentów obserwowano przez 7 lat. Przeanalizowano częstość wykonywania kolonoskopii, jej wyniki, powikłania po procedurach endoskopowych oraz częstotliwość występowania dodatnich i ujemnych wyników badania. Przeanalizowano również wyniki leczenia oraz śmiertelność. Wyniki badań przesiewowych oznaczono w oparciu o przewidywaną długość życia, którą oceniano w trzech grupach wiekowych: 70-79 lat, 79-84 lata oraz >85 lat.

**Wyniki:** W grupie osób z dodatnim wynikiem FOBT u 56% (118 z 212) wykonano kontrolną kolonoskopię. U 34 osób stwierdzono gruczolaka, a u 6 gruczolakoraka. U 10% ocenianych pacjentów obserwowano powikłania po kolonoskopii lub po leczeniu nowotworu (12 ze 118). Wśród osób, u których nie wykonywano kolonoskopii, 46% zmarło w ciągu 5 lat z innych powodów (niezwiązanych z dodatnim wynikiem FOBT), trzy

natomiast z powodu raka odcinka okrężniczo-odbytniczego. 87% pacjentów z najniższą przewidywaną długością życia doświadczyło negatywnych skutków badania przesiewowego (26 z 30), 70% pacjentów o średniej przewidywanej długości życia (92 z 131) oraz 65% z o najdłuższej przewidywanej długości życia (35 z 51).

**Wnioski:** W okresie 7 lat obserwacji grupa wiekowa 70-79 lat z największą przewidywaną długością życia miała zdecydowanie mniej powikłań spowodowanych przesiewowym badaniem endoskopowym niż grupy chorych z krótszym przewidywanym przeżyciem.

### Komentarz:

W krajach rozwiniętych, w tym również w Polsce, zachorowalność i umieralność na raka jelita grubego systematycznie wzrasta. Nowotwór ten zajmuje drugie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe, zarówno u kobiet (po raku gruczołu piersiowego), jak i u mężczyzn (po raku płuca). Rocznie w Polsce raka jelita grubego rozpoznaje się u 12 tys. pacjentów, a umiera z jego powodu ok. 8 tys. Wyniki leczenia tej choroby są w Polsce wciąż niezadowalające: odsetek 5-letnich przeżyć nie przekracza 25%, podczas gdy w USA wynosi aż 60-70%. Według aktualnej nomenklatury zaawansowany nowotwór jelita grubego to rak lub gruczolak o średnicy  $\geq 10$  mm, z cechami dysplazji dużego stopnia lub mający cechy gruczolaka kosmkowego.<sup>1</sup>

Za główny czynnik ryzyka raka jelita grubego uznaje się wiek >50 lat (90% zachorowań). Według obowiązujących standardów dotyczących diagnostyki nowotworów jelita grubego zalecanymi metodami przesiewowymi u osób zdrowych powyżej 50. r.ż. z ujemnym wywiadem rodzinnym są: coroczny test na krew utajoną w kale (FOBT – *fecal occult blood test*), sigmoidoskopia co 5 lat, kolonoskopia co 10 lat i badanie jelita grubego z podwójnym kontrastem co 5 lat.<sup>2,3</sup>

Podstawowym, stosunkowo prostym, rozpowszechnionym w praktyce klinicznej i nieinwazyjnym badaniem przesiewowym jest badanie stolca pod kątem obecności krwi utajonej. Metaanaliza badań z randomizacją i grupą kontrolną przeprowadzona przez Towlera i wsp. wykazała zmniejszenie śmiertelności o 16% wśród osób badanych tą metodą.<sup>4</sup> Pacjenci z nieprawidłowym wynikiem tego testu powinni zostać poddani kolonoskopii. Kahi i wsp. wykazali zmniejszenie zachorowalności o 48% i umieralności o 65% wśród pacjentów poddanych badaniom przesiewowym z wykorzystaniem kolonoskopii.<sup>5</sup> Badanie to pozwala nie tylko na ocenę całego jelita grubego, ale również na pobranie wycinków do badania mikroskopowego lub na usunięcie polipów. Kolonoskopia wykonana jest prawidłowo, jeżeli podczas badania uwidoczniło się całe jelito grube, aż do kątnicy. W Polsce od 2000 r. realizowany jest „Program kolonoskopowych badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego”, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Komentowana praca jest nierandomizowanym retrospektywnym badaniem kohortowym, oceniającym przydatność kolonoskopii jako preferencyjnej metody przesiewowej nowotworów jelita grubego w wieku podeszłym. Niewątpliwą jej zaletą jest duża liczebność ocenianej grupy (2410 osób) oraz długi okres obserwacji klinicznej (7 lat).

Należy jednak zauważyć, że zaledwie połowa badanych (56%) z dodatnim wynikiem FOBT została poddana kolonoskopii. Sytuacja ta wydaje się dość niezrozumiała, zwłaszcza że autorzy w innej pracy poddali analizie tę samą grupę pacjentów i stwierdzili, iż wiek oraz choroby towarzyszące nie były przyczyną zaniechania badań endoskopowych.<sup>6</sup>

Wśród pacjentów, u których wykonano kolonoskopię, aż u 60% nie wykryto żadnych zmian, a dodatni wynik FOBT był jedyną nieprawidłowością.

Autorzy konkludują, że stosunkowo największe korzyści z endoskopowego badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego odnoszą pacjenci w wieku 70-79 lat bez poważnych schorzeń towarzyszących. Takie wnioski nie dziwią – wg aktualnych danych GUS przeciętna przewidywana długość życia (*life expectancy*) w Polsce dla mężczyzn wynosi 71,5 roku, a dla kobiet 80,1 roku. Jeśli jednak dodać do tego wysoki koszt wykrycia raka u jednego pacjenta w trakcie badań przesiewowych (który wg badania Liou i wsp. wynosi ponad 3 tys. dolarów) oraz częstość powikłań towarzyszących kolonoskopii i agresywnemu leczeniu onkologicznemu (sięga ona w opisywanym materiale aż 10%), to uzyskana realna korzyść z kolonoskopii jako metody przesiewowej w grupie pacjentów > 70 r.ż. jest jeszcze mniejsza.<sup>7</sup>

Wspomniany wcześniej „Program kolonoskopowych badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego” w Polsce w roku 2006 doczekał się pierwszej analizy przeprowadzonej przez Regułę i wsp.<sup>1</sup> W przeciwieństwie do omawianej pracy dodatni wynik kolonoskopii, zdefiniowany jako zaawansowany nowotwór jelita grubego, uzyskano zaledwie u 6,8% badanych. Proporcjonalnie niższa była również częstość powikłań po kolonoskopii (0,1%).<sup>1</sup> Niższy odsetek dodatnich wyników kolonoskopii należy wiązać najprawdopodobniej z młodszym wiekiem badanych oraz brakiem objawów klinicznych.

W XXI w. nadrzędnym celem medycyny powinna stać się szeroko pojęta profilaktyka. W przypadku raka jelita grubego, który stanowi wciąż poważny problem społeczny, zmniejszenie umieralności jest możliwe dzięki wczesnemu wykrywaniu zmian nowotworowych w przesiewowym badaniu populacji bez objawów. Obecnie nie dysponujemy jednak idealną metodą takich badań. Duże nadzieje wiąże się z kolonografią wykonywaną metodami tomografii komputerowej (tzw. wirtualna kolonoskopia) oraz z endoskopią kapsułkową. Dopóki jednak metody te nie staną się powszechne, najskuteczniejszym sposobem wykrywania nowotworu jelita grubego pozostaje klasyczna ocena endoskopowa jelita grubego (kolonoskopia).

#### Piśmiennictwo:

1. Regula J, Rupiński M, Kraszewska E, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Eng J Med* 2006;355:1863-72.
2. Rex DK, Johnsonn DA, Anderson JC, et al. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening. 2008. *Am J Gastroenterol* 2009;104:739-750.
3. Winawer S, Fletcher R, Rex DK, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale – Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003;124:544-60.
4. Towler B, Irwing L, Glasziou P, et al. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult *BMJ* 1998;317:559-565.
5. Kahi CJ, Imperale TF, Juliar BE, et al. Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:770-775.
6. Carison ChM, Kirby KA, Casadei MA, et al. Lack of Follow-up After Fecal Occult Blood Testing in Older Adults. Inappropriate Screening or Failure to Follow Up? *Arch Intern Med* 2011;171:249-256.
7. Liou JM, Lin JT, Wang HP, et al. Age and distal colonic findings determine the yield of advanced proximal neoplasia in Chinese patients with rectal bleeding. *J Gastro Hepatol* 2007;22:1780-1785.