

СКРИНИНГ ЗА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ



проф. д-р Красимир
Антонов, дмн

Клиника по гастро-
ентерология, УМБАЛ
„Св. Иван Рилски“,
гр. София

КОЛОРЕКТАЛНИЯТ КАРЦИНОМ (КРК) е едно от най-честите онкологични заболявания в световен мащаб. Програмите за скрининг могат да намалят смъртността от КРК. Скрининговите тестове за КРК са: гваяколов фекално окултен тест за кръв (gFOBТ), който се препоръчва да се извършва всяка година; фекален имунохимичен тест (FIT), който се препоръчва да се извършва всяка година; мултитаргетна детекция на ДНК мутации в клетки, отделени от тумора във фекалиите (mt-sDNA), която се препоръчва да се извършва през 3 години; сигмоидоскопия, която се препоръчва да се извършва през 5 години; колоноскопия, която се препоръчва да се извършва през 10 години; виртуална колоноскопия, която се препоръчва да се извършва през 5 години. Съгласно American Cancer Society (ACS) лица с умерен риск от КРК започват да се скринират от 45-годишна възраст. Тези от тях в добро здраве и с вероятност за живот повече от 10 години се скринират регулярно до 75 години. За лицата на възраст между 76 и 85 години решението за скриниране се взема на индивидуална база. Лицата на възраст над 85 години не подлежат на скрининг за КРК. При лица с висок риск за КРК скринирането може да започне на възраст и преди 45 години, като то трябва да е по-често и в голяма степен зависи от специфични рискови фактори при всеки отделен индивид. Най-важното е да се скринира, без значение кое скринингово изследване е избрано. Но всеки положителен резултат от фекално-базиран тест трябва да бъде последван от навременна колоноскопия.

ме от 10 до 15 години^[4]. Почти всички колоректални карциноми се развиват от полипи, но само малка част от полипите преминават в рак^[5].

Откриването и премахването на колоректалните полипи чрез колоноскопия спира прогресията до колоректален рак. Намаляването на инцидентите от колоректален рак чрез откриване на аеномите и премахването им при скрининг, води до намаляване на смъртността, свързана с колоректалния рак^[6]. Скринингът може също така да открие рака на ранен етап на неговото развитие и по този начин да намали смъртността от КРК.

Развитието на колоректалния рак през междинни етапи (полипи) за период повече от години и наличието на процедури по откриване и премахване на полипи с малка вреда за пациента, прави колоректалния рак атрактивна мишена за превенция и ранно откриване чрез популяционен скрининг^[7].

Ключови думи:

колоректален
карцином,
скрининг, gFOBТ,
FIT, mt-sDNA,
колоноскопия,
сигмоидоскопия,
виртуална
колоноскопия

Колоректалният карцином (КРК) е едно от най-честите онкологични заболявания в световен мащаб^[1]. Повечето пациенти с КРК са по-възрастни от 50 години в момента на диагностицирането на рака^[2]. Мъжете имат по-висок риск от КРК, отколкото жените и

са средно с 5 до 10 години по-млади от жените, когато е поставена диагноза рак^[3].

Повечето колоректални карциноми се развиват от бенигни полипи (аеноми и сератни полипи), преминавайки през серии от генетични и епигенетични промени, отнематчи вре-

Скрининг за колоректален карцином

Изпълнението на програми за превантивен скрининг на рак включват

начални тестове с последваща оценка и лечение^[8]. Идентифицирането и премахването на бенигни прекурсори на рак предпазват от развитието на инвазивен рак. Примери на тестове за превантивен скрининг са колоноскопията и сигмоидоскопията за скрининг на КРК.

Скрининг тестовете за ранно откриване на рак не могат надеждно да открият бенигни прекурсори на рак, но целят да открият инвазивен рак на ранна фаза на развитие^[9]. Скринингът за рак на гърдата и на простатата с мамограф и простатно-специфичен антиген (PSA), съответно са примери на скрининг за ранно откриване на рак.

Скрининг за КРК при лица със среден риск

Препоръките на American Cancer Society (ACS) за населението със среден риск от КРК са за започване на редовно скриниране на 45-годишна възраст^[10]. Това може да бъде извършено или с чувствителни фекално-базирани тестове или чрез визуален преглед на колона и ректума.

Лицата, които са в добро здраве и с очаквана продължителност на живот повече от 10 години, трябва да продължат с редовен скрининг за КРК до 75-годишна възраст.

За лицата на възраст между 76 и 85 години, решението за скрининг трябва да бъде на базата на личните предпочитания, очаквана продължителност на живот, общото здравословно състояние и предхождащата история от скрининга.

Лицата над 85-годишна възраст не

подлежат на по-нататъшен скрининг за КРК.

Лица със среден риск от КРК са тези, които нямат:

- Лична история за КРК или за някакви полипи.
- Фамилна история за КРК.
- Лична история за възпалително чревно заболяване (IBD).
- Потвърден или подозиран наследствен колоректален раков синдром, като фамилна аденоматозна полипоза или Lynch синдром.
- Лична история за получена радиация в коремната или тазовата области за лечение на предшестващ рак.

Скринингови тестове за колоректален карцином

Съгласно ACS скрининг тестовете за КРК се разделят на фекално-базирани тестове и на визуални изследвания на колона и ректума^[10].

Фекално-базирани тестове:

- Високочувствителен фекален имунохимичен тест (FIT), който се прави всяка година.
- Високочувствителен гваяколо-базирани фекален тест за окултна кръв (gFOBT), който се прави всяка година.
- Мулти-таргетен фекален ДНК тест (mt-sDNA), който се прави на всеки 3 години.
- Визуален преглед на колона и ректума.
- Колоноскопия на всеки 10 години.
- КТ колонография (виртуална колоноскопия) на всеки 5 години.

- Флексибилна сигмоидоскопия на всеки 5 години.

Ако личните предпочитания на пациента са за скрининг с тест, различен от колкоскопията, то всеки тест извън нормата трябва да бъде последван от навременна колоноскопия.

Скрининг за КРК при лица с повишен или висок риск

Това са лицата, които имат:

- Лична история за КРК или за някакви полипи.
- Фамилна история за КРК или за някакви полипи.
- Лична история за възпалително чревно заболяване (IBD).
- Известна фамилна история за наследствен колоректален раков синдром, като фамилна аденоматозна полипоза или Lynch синдром.
- Лична история за получена радиация в коремната или тазовата области за лечение на предшестващ рак.
- Лицата с повишен или висок риск от КРК могат да се нуждаят от начало на скриниране за КРК преди 45-годишна възраст, да бъдат скринирани по-често и/или със специфични тестове.

Ръководства, специално за лица с повишен или висок риск от колоректален рак, American Cancer Society няма, но други професионални медицински организации дават допълнителни указания за скрининг на КРК при различни групи от населението с повишен или висок риск от КРК^[11-18]. Изобщо тези ръководства поставят хората в няколко групи, както следва:

Лицата с повишен риск от КРК

А) Лица с един или повече членове от семейството, които са имали рак на колона или ректума

Препоръките за скрининг на тези лица зависят от това кой член на фамилията е имал рак и колко години е бил, когато е диагностициран. При някои от тях биха се следвали препоръките, касаещи лицата със среден риск, но други могат да се нуждаят от колоноскопия по-често и вероятно преди 45-годишна възраст.

Б) Лица, които са имали различни типове полипи, премахнати по време на колоноскопия

Повечето от тези лица ще се нуждаят отново от колоноскопия след 3 години, но някои от тях могат да се нуждаят и по-рано (или по-късно) от 3 години, в зависимост от типа, размера и броя на полипите.

В) Лица, които са имали рак на колона или ректума

Повечето от тези лица ще се нуждаят да имат редовно колоноскопии около една година след хирургично отстраняване на рака.

Г) Лица, които са имали радиационно облъчване в коремната или тазовата области за лечение на предшестващ рак

Повечето от тези лица ще се нуждаят да започнат с колоректален скрининг (колоноскопия или фекално-базирано тестване) в по-ранна възраст. Скринингът често започва 5 години след облъчването или на 30-годишна възраст. Тези лица може да се нуждаят от скриниране по-често от обичайното (например поне на всеки 3 до 5 години).

Лицата с висок риск от КРК

А) Лица с възпалително чревно заболяване (болест на Крон или язвен колит)

Тези лица основно се нуждаят от извършването на колоноскопии, но от никакъв друг тип тест, започвайки поне 8 години след като са били диагностицирани с възпалително чревно заболяване. Проследяващите колоноскопии трябва да се извършват на всеки 1 до 3 години в зависимост от персоналните рискови фактори за КРК и от находките от предишните колоноскопии.

Б) Лица с известни или подозирани генетични синдроми

Тези лица основно се нуждаят от извършването на колоноскопии, но от никакъв друг тип тест. Често се препоръчва скринингът да започне в млада възраст, възможно най-рано, и е нужно да се извършва по-често. Специфичностите зависят от кой генетичен синдром те имат, както и от други фактори.

Заключение

Скринингът за КРК работи чрез ранно откриване и превенция на рака, и е процес на изследване на няколко етапа. 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 gFOBT и сигмоскопията, които са показали в рандомизирани проучвания, че намаляват риска от КРК и свързаната с него смъртност.

Потенциалната полза от скрининга варира с индивидуалния риск за раз-

витието на рак, докато уврежданятията, които може да получи пациентът 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. ■

Книгопис:

1. Ferlay JEM, Lam F, Colombet M, et al. Globul cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>).
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin* 2021; 71:7-33.
3. Kim SE, Paik HV, Yoon H, Lee JE, Kim N, Sung MK. Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 5167-75.
4. Morson BC. The evolution of colorectal carcinoma. *Clin. Radiol* 1984; 35:425-31.
5. Stryker SJ, Wolff BG, Culp CE, Libbe SD, Ilstrup DM, MacCarty RL. Natural history of untreated colonic polyps. *Gastroenterology* 1987; 93: 1009-13.
6. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med* 2012; 366: 687-96. doi: 10.1056/nejmoa1100370.
7. Lise M, Helsingen and Mette Kalager. Colorectal Cancer Screening – Approach, Evidence, and Future Directions. *NEJM Evid* 2022; 1(1) doi: 10.1056/EVIDra2100035.
8. Haka Mma M, Auvinen A, Day NE, Miller AB. Sensitivity in cancer screening. *J Med Screen* 2007; 14: 174-7.
9. Bretthauer M, Kalager M. Principles, effectiveness and caveats in screening for cancer. *Br J Surg* 2013; 100: 55-65.
10. American Cancer Society. American Cancer Society Guideline for Colorectal Cancer Screening. American Cancer Society 2020. <http://www.cancer.org/cancer/types/cplon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>.
11. Children's Oncology Group. Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer. Version 5.0 – October 2018. Accessed at http://www.survivorshipguidelines.org/pdf/2018/COG_LTFU_Guidelines_v5.pdf on Feb 11, 2020.
12. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr; 113(4): 481-517. doi: 10.1038/ajg.2018.27. Epub 2018 Mar 27.
13. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal. V.3.2019. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf on Feb 10, 2020.
14. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.1.2020. Assessment: Colorectal. V.3.2019. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on Feb 10, 2020.
15. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019 Mar; 114(3): 384-413. doi: 10.14309/ajg.000000000000152.
16. Screening for colon and rectal cancer in average-risk adults. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul; 68(4): 282-283. doi: 10.3322/caac.21458. Epub 2018 May 30.
17. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: Cancer J Clin*. 2018; 68(4): 297-316. doi: 10.3322/caac.21446. Epub 2018 May 30.
18. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul; 68(4): 250-281. doi: 10.3322/caac.21457. Epub 2018 May 30.