

Streszczenie

Wprowadzenie

Jednym z kryteriów oceny jakości oraz skuteczności programów przesiewowych jest ryzyko wystąpienia raka jelita grubego w okresie między kolonoskopią przesiewową a pierwszym zaplanowanym badaniem kontrolnym. Wśród głównych czynników, które mają wpływ na ryzyko wystąpienia raka po kolonoskopii, wymieniane są m.in. wykrycie gruczolaków w kolonoskopii przesiewowej oraz jakość endoskopisty mierzona parametrem nazwanym współczynnikiem wykrywalności gruczolaków (ang. *adenoma detection rate*, ADR).

Cele

Zbadanie zależności między ryzykiem raka jelita grubego po usunięciu gruczolaków w kolonoskopii przesiewowej a definicją grup ryzyka oraz omówienie zależności między ryzykiem raka jelita grubego a ADR endoskopisty.

Materiał i metody

Do celów analizy ryzyka raka jelita grubego po usunięciu gruczolaków w kolonoskopii przesiewowej zebrano dane pacjentów zbadanych w Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego w latach 2000-2011. Każdy z pacjentów był obserwowany w kierunku diagnozy raka jelita grubego lub zgonu za pomocą Krajowego Rejestru Nowotworów.

Przegląd literatury na temat zależności między ryzykiem raka jelita grubego a ADR endoskopisty został przeprowadzony w bazie PubMed w dniu 15.03.2017 (wyszukiwanie "adenoma detection rate" AND "Colorectal Neoplasms" [Mesh] z datą publikacji przed 31.03.2017).

Wyniki

Łącznie do analiz ryzyka raka jelita grubego po usunięciu gruczolaków w kolonoskopii przesiewowej włączono 236,089 pacjentów, gdzie u 41,778 (17.7%) wykryto co najmniej jednego gruczolaka w badaniu przesiewowym (warunkiem włączenia do badania było usunięcie wszystkich wykrytych gruczolaków). W czasie obserwacji (mediana 7 lat, maksimum 14 lat) wykryto 439 raków jelita grubego. W porównaniu do grupy pacjentów bez gruczolaków jedynie dwie cechy gruczolaków w sposób istotny statystycznie wpływały na zwiększenie ryzyka jelita grubego: średnica ≥ 20 mm (iloraz hazardów, HR 9.25, 95% przedział ufności, PU 6.39-13.39)

i dysplazja dużego stopnia (HR 3.58, 95% PU 1.96-6.54). Definiując grupę wysokiego ryzyka jako pacjentów z gruczolakami o średnicy ≥ 20 mm lub dysplazją dużego stopnia, a nie jako pacjentów z ≥ 3 gruczolakami lub gruczolakiem o średnicy ≥ 10 mm, z dysplazją dużego stopnia lub komponentem kosmkowym (obecna definicja) można zredukować liczbę pacjentów wymagających intensywnego nadzoru o 74%. Jednocześnie ryzyko raka jelita grubego u pacjentów przeniesionych z grupy wysokiego ryzyka do grupy niskiego ryzyka jest porównywalne z ryzykiem w obecnie obowiązującej grupie niskiego ryzyka.

W wyniku przeglądu literatury, znaleziono trzy badania pokazujące zależność między ADR endoskopisty a ryzykiem raka jelita grubego. Dwa z nich dotyczyły kolonoskopii i gruczolaków w całym jelicie, a jedno sigmoidoskopii i dystalnej części jelita. Wszystkie trzy wykazały, że wraz ze wzrostem ADR endoskopisty w sposób istotny statystycznie spada ryzyko raka jelita grubego.

Wnioski

Ograniczając grupę wysokiego ryzyka do pacjentów z gruczolakami o średnicy ≥ 20 mm lub dysplazją dużego stopnia możliwe jest bardziej optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na badania w nadzorze, a tym samym polepszenie opieki nad pacjentami o istotnie zwiększonym ryzyku raka jelita grubego.

Istnieją dowody naukowe na istotną rolę ADR endoskopisty jako kluczowego parametru jakości kolonoskopii.