

Jarosław Reguła

Klinika Gastroenterologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa
Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Komentarz do artykułu M.F. Kamińskiego i wsp.

Commentary on an article by M.F. Kaminski et al.

Nie było dotąd zaleceń polskich towarzystw naukowych na temat nadzoru po endoskopowym usunięciu polipów jelita grubego, a prowadzono go najczęściej opierając się na wytycznych towarzystw amerykańskich (tab. 1) [1]. Sytuacja ta ulega obecnie zmianie. W 2010 roku międzynarodowy zespół, z udziałem ekspertów z Polski, przygotował i opublikował zalecenia przeznaczone dla Unii Europejskiej [2, 3], a Zarząd Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii postanowił zaadaptować te wytyczne do polskich warunków. Efektem tych działań jest dokument publikowany w bieżącym numerze „Gastroenterologii Klinicznej” [4].

Jakie są główne różnice między stosowanymi dotąd wytycznymi amerykańskimi a nowymi wytycznymi europejskimi/polskimi? Jest ich kilka.

W obu wytycznych przy ustalaniu intensywności nadzoru uwzględnia się te same czynniki ryzyka, takie jak liczba i wielkość usunię-

tych polipów oraz ich budowa histologiczna (stopień dysplazji, obecność elementu kosmowego), jednak wytyczne amerykańskie wyróżniają tylko 2 grupy ryzyka (małe i duże), podczas gdy w nowych wytycznych jest jeszcze grupa o ryzyku pośrednim. Poza tym w nowych wytycznych większe znaczenie ma liczba usuniętych polipów:

- wykrycie i usunięcie 1–2 gruczolaków cewkowych z dysplazją małego stopnia, o wielkości do 1 cm zwalnia w ogóle z dalszego nadzoru, a pacjent, jeśli jest w odpowiednim wieku, ma za 10 lat kolejne badanie przesiewowe (w zaleceniach amerykańskich zalecano badanie kontrolne za 5–10 lat);
- usunięcie 3–4 drobnych gruczolaków powoduje zaliczenie chorego do grupy pośredniego ryzyka z koniecznością badania kontrolnego za 3 lata;
- gdy liczba usuniętych gruczolaków wynosi 5 lub więcej, chory jest zaliczany do grupy

Tabela 1. Dotychczas stosowane zalecenia oparte na wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologii [1]*

Grupa ryzyka	Nadzór kolonoskopowy
Grupa małego ryzyka	
Małe polipy hiperplastyczne odbytnicy	Nie ma
1–2 gruczolaki cewkowe z dysplazją małego stopnia < 1 cm	Za 5–10 lat
Grupa dużego ryzyka	
Gruczolak \geq 1 cm lub dysplazja dużego stopnia, lub element kosmowy, lub 3–10 gruczolaków	Za 3 lata (potem za 5 lat, gdy norma lub znaleziska jak w grupie małego ryzyka)
> 10 gruczolaków	Wcześniej niż za 3 lata
Usunięcie niedoszczętne lub „po kawałku”	Za 2–6 miesięcy

*Zalecenia te powinny być zastąpione przez wytyczne „europejskie” zaadaptowane dla Polski przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii [2–4]

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. n. med.
Jarosław Reguła
Klinika Gastroenterologii
Centrum Onkologii — Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie
Roentgena 5, 02–781 Warszawa
tel.: 22 5462328
faks: 22 5463035
e-mail: jregula@coi.waw.pl

dużego ryzyka z badaniem kontrolnym za rok. Nadzór w tej grupie jest więc bardziej intensywny niż w przypadku zaleceń amerykańskich (badanie kontrolne za 3 lata).

W wytycznych amerykańskich nie ma jasnych zaleceń w obu grupach ryzyka, jak powinno się postępować po pierwszym badaniu kontrolnym. Nowe wytyczne jasno precyzują dalsze zalecenia i uzależniają je od wyniku pierwszego i następnego badania kontrolnych.

Bardzo ważne jest pytanie, czy efektem stosowania nowych zaleceń nie będzie większa niż dotychczas liczba badań kontrolnych, dodatkowo obciążająca system opieki zdrowotnej. Wydaje się, że nie. Głównie z powodu zaniechania nadzoru w grupie małego ryzyka, w której znajduje się większość chorych. Jednocześnie wprowadzono także możliwość zaprzestania badań kontrolnych w grupie pośredniego ryzyka (jest to także duża grupa chorych) po 2 badaniach, w których nie stwier-

dzi się zmian. Wszystko to powinno w efekcie zmniejszyć liczbę badań wykonywanych w ramach nadzoru. Powinno także pozwolić na wykorzystanie „kolonoskopowych mocy przerobowych” do wykonywania większej liczby badań przesiewowych.

Nowe zalecenia mogą sprawiać wrażenie bardziej skomplikowanych. Jednak uwzględniają większą liczbę możliwych sytuacji klinicznych, a ich dodatkową zaletą może być zmniejszenie liczby kontrolnych kolonoskopii. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii zaleca ich stosowanie także w odniesieniu do Programu Badań Przesiewowych w Polsce [5–7]. Apelujemy jednocześnie do ośrodków klinicznych o przeprowadzenie badań porównawczych dotyczących wpływu nowych wytycznych na liczbę kolonoskopii w Polsce oraz na losy pacjentów. Badania te powinny polegać na obserwacji 2 losowo dobranych grup: jednej prowadzonej według starych zaleceń, a drugiej — według nowych.

Piśmiennictwo

1. Winawer S.J., Zauber A.G., Fletcher R.H. i wsp. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology* 2006; 130: 1872–1885.
2. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis — first edition. Segnan N., Patnick J., von Karsa L. (red.). European Commission, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2010.
3. Atkin W., Valori R., Kuipers E.J. i wsp. Colonoscopic surveillance following adenoma removal. W: Segnan N., Patnick J., von Karsa L. (red.). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis — first edition. European Commission, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2010: 273–298.
4. Kamiński M.F., Reguła J., Bartnik W. i wsp. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące nadzoru kolonoskopowego po polipektomii — adaptacja wytycznych europejskich. *Gastroenterologia Kliniczna* 2011; 3: 55–62.
5. Kaminski MF., Regula J., Kraszewska E. i wsp. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362: 1795–1803.
6. Reguła J., Rupinski M., Kraszewska E. i wsp. Colonoscopy in colorectal cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355: 1863–1872.
7. Kotowski B., Kamiński M.F., Rupinski M. i wsp. Analiza jakości kolonoskopii w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. *Gastroenterologia Kliniczna* 2009; 1: 45–53.