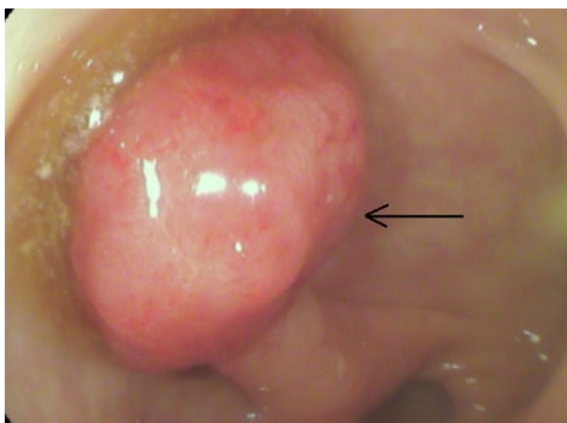


Czy nadszedł już czas, aby przestać bać się kolonoskopii?

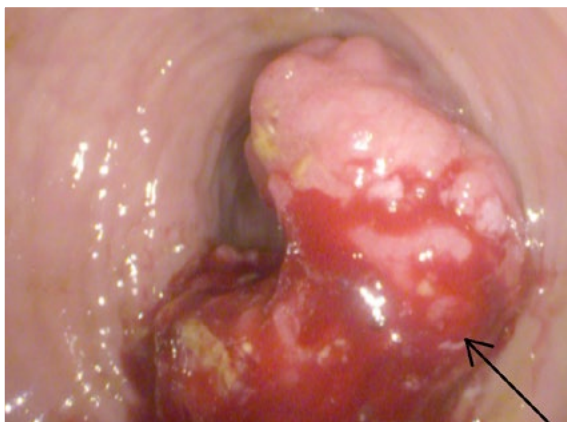
Nowotwory jelita grubego stawiają bardzo duże wyzwania medycynie XXI wieku. Dzielimy je na łagodne (najczęściej polipy) oraz złośliwe, do których zaliczamy raka jelita grubego (RJG). Polip to każde uniesienie tkanki ponad poziom powierzchni błony śluzowej. Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia zostały wyodrębnione: nowotworowe polipy nabłonkowe, polipy nienowotworowe oraz zmiany podśluzówkowe (np. tłuszczaki, rakowiaki, naczylniki, mięśniaki). Polipy są częstymi zmianami patologicznymi wykrywanymi w trakcie kolonoskopii.

Występują powszechnie, a odsetek ich występowania zwiększa się z wiekiem (można je stwierdzić u około 30% osób powyżej 50 roku życia). Polipy mogą być pojedyncze lub mnogie. Zdecydowanie do najczęściej występujących polipów zaliczamy gruczolaki, które na ogół pojawiają się po lewej stronie jelita grubego (często występują w odbytnicy i esicy). Należy pamiętać, że polipy mogą występować synchronicznie (czyli w różnych odcinkach jelita grubego jednocześnie) u około 25-50% osób, dlatego tak ważne jest zbadanie całego jelita grubego. Gruczolaki częściej są rozpoznawane u osób zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte z tendencją do otyłości. Na ogół są bezobjawowe, a tylko

duże polipy są powodem parcia na stolec, krwawienia i/lub przyczyną niedokrwistości z niedoboru żelaza. Polipy najczęściej są rozpoznawane w badaniach endoskopowych, takich jak rektoskopia (obejrzenie odbytnicy), sigmoidoskopia (ocena odbytnicy, esicy, a czasami zstępnicy), kolonoskopia (ocena całego jelita grubego), a czasami radiologicznie (wlew doodbytniczy lub kolografia tomokomputerowa). Wyróżnia się polipy uszypułowane, częściowo uszypułowane (na krótkiej, grubej szypule) i nieuszypułowane (siedzące). Nowotwór złośliwy częściej rozwija się na podłożu polipów nieuszypułowanych. Do łagodnych polipów nabłonkowych zaliczamy: klasyczne gruczolaki: 1) cewkowe, 2) kosmkowe, 3) cewkowo-kosmkowe oraz stosunkowo niedawno wyodrębnione 4) zmiany (polipy) ząbkowane, które podzielono na 4 rodzaje: a) polip hiperplastyczny, b) siedzący/polip ząbkowany, c) tradycyjny gruczolak ząbkowany), d) polip mieszany. Na szczególną uwagę zasługuje to, iż praktycznie każdy gruczolak wykazuje potencjalną zdolność do przemiany w nowotwór złośliwy, a wielkość i struktura histologiczna polipa są niezależnymi czynnikami rozwoju raka. Uważa się, że przemiana gruczolaka w raka przebiega długo, z reguły przez około 10 lat.



Polip jelita grubego



Rak jelita grubego

Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów

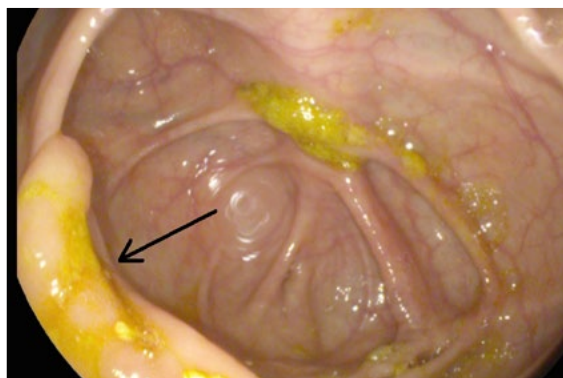
W 2008 r. na świecie rozpoznano nowotwór jelita grubego u około 1 miliona 200 tys. osób, a około 600 tys. chorych zmarło. Największą zapadalność stwierdza się w Australii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz w Europie. Spośród 432 tys. nowych zachorowań rozpoznanych w Europie w 2008 r., około 212 tys. zakończyło się zgonem. Z kolei w Polsce, według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2011 r., rozpoznano 16500 nowych zachorowań na raka jelita grubego oraz stwierdzono z tego powodu 10394 zgony. Dane zaczerpnięte z powyżej przytoczonych rejestrów wyraźnie pokazują, że wyniki leczenia tego nowotworu w naszym kraju są gorsze niż na świecie oraz w większości krajów europejskich. Rak jelita grubego dotyczy w podobnym odsetku mężczyzn, jak i kobiet. Jest drugą u mężczyzn (11,4%), a trzecią u kobiet (11,8%) przyczyną zgonów z powodu wszystkich nowotworów złośliwych. Ponadto w Polsce zauważalne jest, zwłaszcza u mężczyzn zmniejszanie się różnicy spowodowanej śmiertelnością z powodu chorób układu krążenia, a nowotworami złośliwymi. Według Krajowego Rejestru Nowotworów z 2011 r. zgony spowodowane chorobami krążenia stanowiły 40% wszystkich przyczyn śmiertelności, a zgony których powodem były nowotwory złośliwe były przyczyną śmierci aż u 26% mężczyzn. Rak jelita grubego uważany jest za chorobę cywilizacyjną. Jego rozwój warunkuje wiele czynników, z których najlepiej zostały poznane czynniki genetyczne i środowiskowe.

wiskowe. Wpływ czynników środowiskowych wyjaśnia nam różnice epidemiologiczne. Rak jelita grubego występuje częściej u mieszkańców miast, zwłaszcza posiadających wyższy status społeczno-finansowy. Jednym z najważniejszych czynników jest sposób odżywiania. Śmiertelność z powodu raka jelita grubego wzrasta u osób spożywających nadmierną ilość kalorii, białka i tłuszczu zwierzęcego. Ponadto ryzyko zwiększa nadmiar cholesterolu w surowicy oraz siedzący tryb życia. Rak jelita grubego może być uwarunkowany genetycznie, ale zdarza się to stosunkowo rzadko (ok. 5-10%). Najczęściej jest nowotworem pojawiającym się sporadycznie (75% wszystkich), a wywiady rodzinne dodatnie są u około 20% wszystkich osób z tym rakiem. Do nowotworów jelita grubego uwarunkowanych genetycznie należą różne zespoły polipowatości, zwłaszcza zespół polipowatości rodzinnej (wówczas w jelicie grubym stwierdzamy bardzo dużo polipów, na ogół powyżej 100) oraz dziedziczny rak niezwiązany z polipowatością (zespół Lynch). Zespoły te wyróżnia występowanie raka wcześniej, na ogół poniżej 45 roku życia, zatem wywiady rodzinne mogą być ważną wskazówką diagnostyczną, bowiem nowotwory sporadycznie rzadko występują u ludzi młodych. Po przekroczeniu tej granicy wieku ryzyko raka jelita grubego zaczyna wzrastać i osiąga szczyt w ósmej dekadzie życia. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. Choroba przebiega skrycie i podstępnie. Do najczęstszych objawów należą: zmiana rytmu wypróżnień, utajone krwawienie lub krew zmieszana ze stolcem, bóle brzucha, osłabienie. Nie zawsze w pełni docenianym objawem jest niedokrwistość, a może ona być pierwszym i jedynym objawem raka jelita grubego, zwłaszcza zlokalizowanego w kątnicy i wstępnicy! Rak jelita grubego najczęściej ma budowę gruczolakoraka i powstaje na podłożu zmiany łagodnej – polipa (gruczolaka). Najlepszym sposobem leczenia raka jelita grubego jest leczenie chirurgiczne polegające na resekcji guza połączonej z usunięciem okolicznych węzłów chłonnych. Wyniki leczenia uzależnione są od stopnia zaawansowania choroby. Kluczem do wyleczenia jest wykrycie raka we wczesnym okresie rozwoju. Niestety na tym etapie na ogół nie wywołuje on specyficznych objawów, dlatego zaleca się wykonywanie badań przesiewowych. Screening w kierunku raka jelita grubego jest szczególnie polecany, ponieważ proces kancerogenezy trwa stosunkowo długo, a potencjalne zmiany są stosunkowo łatwe do wykrycia. Zatem mamy możliwości, aby wykryć raka we wczesnym, wyleczalnym stadium zaawansowania, ale również poprzez wykrywanie i usuwanie polipów, czyli zmian przedrakowych można zapobiec rozwojowi raka jelita grubego. W ten sposób możemy zredukować zachorowalność i śmiertelność z powodu tego nowotworu. Do badań przesiewowych wykorzystywanych w praktyce klinicznej należą: testy na obecność krwi w stolcu, sigmoidoskopia, kolonografia TK, endoscopia kapsułkowa oraz kolonoskopia. W przyszłości obiecujące wydają się być metody nieinwazyjne jak np. badanie DNA w kale.

Śród dostępnych badań przesiewowych bardzo wysoką skutecznością wyróżnia się **kolonoskopia**, w trakcie której oglądane jest całe jelito grube od środka. Badanie



Prawidłowy obraz jelita grubego



Prawidłowy obraz kątnicy – strzałką zaznaczono niezmienną zastawkę krętniczno-kątniczą (Bauhina)

wykonuje w asyście pielęgniarki endoskopowej, najczęściej gastroenterolog, za pomocą giętkiej rury (fiberoskopu) o średnicy od 10 mm do 14 mm. Kolonoskopia jest badaniem znacznie trudniejszym technicznie od badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopii). Endoskopista po wcześniejszym zbadaniu palcem odbytnicy wprowadza przez odbyt kolonoskop do prawidłowo oczyszczonego jelita grubego i przesuwając go aż do kątnicy, a najlepiej aż do dystalnego odcinka jelita krętego.

Dobre oczyszczenie jelita grubego jest warunkiem wysokiej jakości kolonoskopii. Niewystarczające przygotowanie jelita może skutkować przeoczeniem zmian, dłuższym czasem badania, a nierzadko koniecznością jego powtórzenia, co niepotrzebnie zwiększa koszty tej procedury. Preparaty używane do oczyszczania jelita dzielimy na wysokoobjętościowe (glikol polietylenowy – PEG np. Fortrans lub Olopeg) oraz preparaty niskoobjętościowe (doustne roztwory siarczanów (Eziclen), pikosiarczanu sodowego z cytrynianem magnezowym (np. Citrafleet, Prepopak), PEG z kwasem askorbinowym (Movi-Prep) oraz ostatnio rzadziej stosowanych z powodu możliwych działań niepożądanych fosforanów (Fleet Phospho Soda). Według Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ESGE) oczyszczenie jelita grubego roztworem PEG w dawce podzielonej tzn. połowa dawki (2 saszetki rozpuszczone w 2 litrach wody) wieczorem w dniu poprzedzającym badanie oraz druga połowa (kolejne 2 litry roztworu) wcześniej rano w dniu badania jest postępowaniem z wyboru. Jednak z powodu

konieczności wypicia stosunkowo dużej ilości płynu nie zawsze ten środek jest akceptowany, dlatego w celu poprawy tolerancji przygotowania wprowadzono wyżej wymienione preparaty niskoobjętościowe. Ponadto na 3 dni przed kolonoskopią zalecana jest dieta płynna (zupy, galaretki, soki bez miąższu, dużo wody, można pić herbatę i kawę, a unikać spożywania posiłków stałych). W dniu poprzedzającym badanie dozwolone jest śniadanie, bez napojów gazowanych i mleka. Od czasu rozpoczęcia picia środka przeczyszczającego nie można nic jeść, ale można pić herbatę i/lub wodę niegazowaną. Organizm reaguje na przyjmowane środki przeczyszczające licznymi wypróżnieniami, na koniec jasną treścią płynną. Osoby z chorobami przewlekłymi (np. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, padaczka, astma oskrzelowa) powinny w dniu badania przyjąć poranną dawkę leku popijając wodą. Większość leków pacjentów mogą przyjmować bez ograniczeń, jednak niektóre powinny być zalecane inaczej np. leki przeciwcukrzycowe aby nie doszło do groźnego spadku poziomu glukozy w surowicy, leki przeciwkrzepliwie i/lub antyagregacyjne w celu zapobiegania krwawieniom po niektórych zabiegach endoskopowych. Decyzja o przyjmowaniu wyżej wymienionych leków musi być uzależniona od oceny indywidualnego ryzyka pacjenta po przedyskutowaniu sposobu leczenia pomiędzy odpowiednimi specjalistami. Nie ma potrzeby przyjmowania profilaktycznie antybiotyków przed kolonoskopią. Za 5 dni przed badaniem należy odstawić doustne preparaty żelaza, ponieważ utrudniają one optymalne oczyszczenie jelita. Ponadto u osób z przeciętnym ryzykiem nie ma potrzeby wykonywania przed rutynową kolonoskopią bez sedacji innych dodatkowych badań. W trakcie badania do jelita podawane jest powietrze, co u niektórych osób może powodować wzdęcia i/lub bóle brzucha oraz uczucie parcia. Obowiązkowo lekarz musi obejrzeć całe jelito grube. Wprowadzanie kolonoskopu jest niebolesne dla zdecydowanej większości pacjentów. Czasami, zwłaszcza u szczupłych kobiet po zabiegach w jamie brzusznej i miednicy (operacje ginekologiczne), u osób z bardzo krętym przebiegiem okrężnicy tworzącej pętle lub u znerwicowanych, nadwrażliwych pacjentów obojga płci badanie może być nieprzyjemne, a nawet bardzo bolesne. Wówczas zaleca się wykonanie kolonoskopii w głębszej sedacji z udziałem anestezjologa w warunkach szpitalnych. Praktycznie oznacza to kilkuna-

stogodzinną hospitalizację, a w trakcie badania lekarz anestezjolog podaje dożylnie lek przeciwbólowy oraz krótko działający lek usypiający. Kolonoskopia trwa na ogół 15 do 40 minut, a wykonuje się ją na początku w ułożeniu na lewym boku.

W trakcie badania pozycja pacjenta jest na ogół zmieniana – często w ułożenie na plecach. Postęp jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich 50 lat, tj. od pierwszych światłowodowych urządzeń aż do obecnych fiberoskopów wysokiej rozdzielczości istotnie zwiększył możliwości diagnostyczne kolonoskopii. Mimo to w endoskopii przewodu pokarmowego cały czas obserwujemy dalszy rozwój z wprowadzaniem do praktyki klinicznej nowych technik poprawiających wizualizację przewodu pokarmowego jak np.: 1) chromoendoskopia – polega na aplikacji do światła przewodu pokarmowego różnych barwników w celu poprawy wizualizacji błony śluzowej, 2) chromoendoskopia wirtualna – wykorzystuje wybrane długości fal świetlnych i/lub wzbogacona filtrami optycznymi, 3) laserowa endomikroskopia konfokalna – przyżyciowe, tkankowe obrazowanie wysokiej rozdzielczości bez potrzeby pobierania wycinków, 4) autofluorescencja, 5) w niedalekiej przyszłości obrazowanie molekularne.

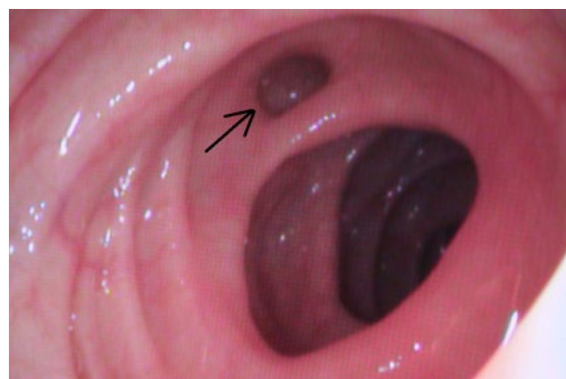
Do najważniejszych wskazań do wykonania kolonoskopii diagnostycznej zaliczamy: krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, utajone krwawienie z przewodu pokarmowego, niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza, zmiana rytmu wypróżnień (biegunka, zaparcia, stolce ołówkowate), nieswoiste zapalenia jelit, niewyjaśniona biegunka przewlekła oraz podejrzenie patologii jelita grubego w innych badaniach np. w usg lub TK jamy brzusznej.

Z kolei najczęstszym zabiegiem terapeutycznym wykonywanym w trakcie kolonoskopii jest polipektomia, która polega na usunięciu polipa jelita grubego za pomocą specjalnej pętli założonej przez fiberoskop od strony światła, czyli przez naturalny otwór przewodu pokarmowego.

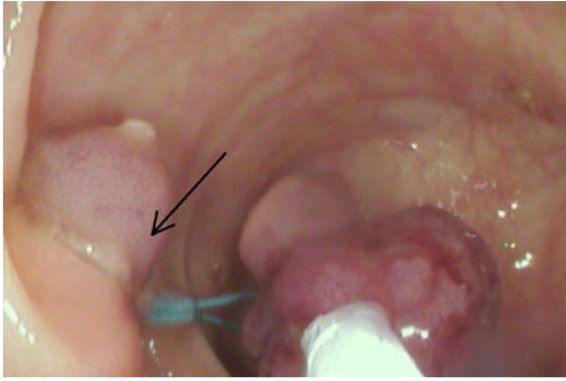
Usuwanie polipów jest niebolesne i na ogół po ich usunięciu można szybko wrócić do normalnej aktywności np. w domu lub do pracy. Do innych zabiegów wykonywanych w trakcie kolonoskopii należą: tamowanie krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, poszerzanie i/lub protezowanie zwężeń dolnego odcinka przewodu pokarmowego, dekompresja i usuwanie ciał obcych jelita grubego. Lekarz wykonujący kolonoskopię musi zawsze zastanowić się, czy zabieg endoskopowy może bezpiecznie dla



Kolonoskopia w prawidłowo wyposażonej sali endoskopowej Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej UCK w Gdańsku



Uchylek jelita grubego



Endoskopowe usunięcie polipa jelita grubego za pomocą pętli. Strzałką zaznaczono miejsce po polipektomii, a u podstawy szypuły polipa widoczna jest założona prewencyjnie pętla endo-loop

chorego zakończyć się sukcesem. Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym, ale powikłania mogą się zdarzyć. Wśród nich wymienić należy: łagodne powikłania ogólne (2%), istotne powikłania naczyniowo-sercowe (0,1-0,2%), perforacja (0,01-0,2%), krwawienie (0,5%), inne (powikłania infekcyjne, zapalenie wyrostka robaczkowego lub uchyłków, uszkodzenie śledziony, zapalenie chemiczne – bardzo rzadko). Najczęstszym objawem perforacji jest silny, nieustępujący po badaniu ból brzucha. Krwawienie jest prawie zawsze związane z polipektomią, na ogół występuje zaraz po zabiegu ale czasami może być odroczone w czasie, a objawy z nim związane (osłabienie, krwiste stolce, anemia) mogą pojawić się nawet po kilku dniach. Powikłania częściej występują po kolonoskopii terapeutycznej, a najrzadziej pojawiają się w trakcie badań profilaktycznych, ponieważ te programy przeprowadzane są przez lekarzy bardziej doświadczonych z wymogiem wysokiej jakości badania. Do najważniejszych przeciwwskazań do wykonania kolonoskopii należą: ciężkie zapalenia jelit, zwłaszcza z toksycznym rozdęciem okrężnicy, podejrzenie perforacji jelita, niedawno przeżyty zawał serca, zator płucny, duży tętniak aorty, II i III trymestr ciąży. Kolonoskopia jest jednym z najczęściej wykonywanych badań endoskopowych, co sprawia, że bardzo ważne jest zapewnienie jej możliwie najlepszej jakości, ponieważ nadal u niektórych pacjentów rak jelita grubego rozpoznawany jest po negatywnym jej wyniku. Gdy rozpoznanie raka jest postawione przed upływem następnego zaleconego terminu badania, na ogół do 5 lat od ostatniej kolonoskopii mówimy o raku pokolonoskopowym lub interwałowym jeżeli dotyczy on badań przesiewowych lub związanych z prowadzonym nadzorem. Większość z interwałowych nowotworów jelita grubego jest spowodowana niedokładnym wykonaniem badania i/lub niedoszczętnym usunięciem polipów, zwłaszcza w proksymalnej części okrężnicy. Predysponuje do tego wykonywanie zbyt małej liczby kolonoskopii, zwłaszcza poza szpitalem przez lekarzy bez specjalizacji w zakresie gastroenterologii. Miernikami wysokiej jakości kolonoskopii są: badanie całkowite z dokładnym obejrzeniem całego jelita grubego, bardzo dobre oczyszczenie jelita grubego, powolne wyprowadzanie aparatu (co najmniej 9 minut) oraz endoskopowe i histologicznie doszczętne usunięcie wszystkich polipów. Bardzo dobrym miernikiem jakości kolono-

skopii jest odsetek wykrywanych gruczolaków (ADR). Endoskopiści z wysoką wykrywalnością polipów (ADR powyżej 25%) mają niewielki odsetek raków interwałowych, czyli rzadko przeoczą zmiany. Przeciwnie lekarze z niskim ADR mają znacznie większy odsetek raków interwałowych. W nowych wytycznych dotyczących wykonywania kolonoskopii przykładą się szczególną uwagę do jakości, w tym bardzo dobrego wyszkolenia lekarzy – endoskopistów oraz standardów wysokiej jakości pracowni endoskopowych. Idealny miernik jakości powinien korelować z obniżaniem zapadalności na RJG, zwiększonym czasem przeżycia u osób, u których rozpoznano RJG oraz niską liczbą powikłań związanych z badaniem. Wartość kolonoskopii została udowodniona w badaniu u ok. 100 tysięcy osób, którzy byli obserwowani przez 22 lata, a opublikowanym przez Nishihara R. i współautorów w jednym z najlepszych czasopism medycznych w 2013 r. – w *The New England Journal of Medicine*. W badaniu tym wykazano zmniejszenie zachorowalności oraz śmiertelność z powodu raka jelita grubego u pacjentów, którzy wcześniej mieli wykonaną kolonoskopię przesiewową. Z kolei Brenner H. i współautorzy wykazali w badaniu opublikowanym w 2014 r. w *Gastroenterology*, że ryzyko raka jest zmniejszone przez co najmniej 10 lat po wykonaniu kolonoskopii jako badanie przesiewowe lub diagnostyczne.

Także w Polsce kolonoskopia stała się narzędziem w walce z rakiem jelita grubego, bowiem od 2000 r. możliwe jest jej wykonywanie jako badanie profilaktyczne w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego, który jest zadaniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Program ten jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej profilaktyki. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że badanie jest całkowicie bezpłatne dla pacjentów oraz lekarzy na nie kierujących. Do badań kwalifikują się osoby, które NIE miały wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat:

- 1) **w wieku 50-65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- 2) **w wieku 40-65 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia z rakiem jelita grubego
- 3) **w wieku 25-65 lat** pochodzące z rodzin z polipowatością rodzinną mnogą (FAP) lub z dziedzicznym rakiem nie związanym z polipowatością (HNPCC), potwierdzonych w Poradni Genetycznej.

Na kolonoskopię profilaktyczną w ramach tego programu można zapisać się w wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia Ośrodkach po wypełnieniu ankiety, która jest jednocześnie skierowaniem na badanie. Jednym z Ośrodków jest Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej przy Klinice Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W trakcie zapisu do tej Pracowni osoby zainteresowane otrzymują wszystkie niezbędne informacje o badaniu, a także środek przeczyszczający w celu właściwego oczyszczenia jelita. Dla statystycznego Polaka, bez dodatkowych czynników ryzyka, ryzyko zachorowania na raka jelita grubego w czasie całego życia wynosi około 5%. Wzrasta dwukrotnie u pacjentów z obciążonym wywiadem rodzinnym i jest wyższe u mężczyzn niż u kobiet. Naj-

częstszym zmianami, które są stwierdzane w trakcie kolonoskopii profilaktycznej są polipy. Po wykazaniu polipa/ów należy je usunąć i wysłać do badania histopatologicznego. Najlepszym i najmniej inwazyjnym sposobem usunięcia polipa jest polipektomia endoskopowa. Niestety powszechna wiedza medyczna odnośnie wykonywania kolejnych badań kolonoskopowych po usunięciu polipów jelita grubego jest niewystarczająca.

Naprzeciwko wychodzą nam opublikowane w 2013 r. wytyczne Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ESGE). Zostały one oparte na dowodach naukowych dostarczonych z badań klinicznych, badań kohortowych, przeglądów systematycznych, serii przypadków a czasami opinii ekspertów. Na ich podstawie przyjęto nowe zasady stratyfikacji ryzyka zaawansowanej neoplazji w jelicie grubym, w tym raka jelita grubego. Nowe rekomendacje przedstawiają zasady nadzoru endoskopowego po usunięciu polipów jelita grubego u osób z przeciętnym ryzykiem raka jelita grubego. W nowych wytycznych, na podstawie zmian stwierdzanych w kolonoskopii wyjściowej wyodrębniono dwie grupy ryzyka rozwoju zaawansowanej neoplazji w przyszłości – grupę małego i dużego ryzyka. Ponadto wydzielono do obu grup ryzyka polipy ząbkowane, a także uproszczono zasady wykonywania drugiej kolonoskopii w ramach prowadzonego nadzoru. Tak wydzielone grupy ryzyka warunkują dalsze postępowanie po kolonoskopii wyjściowej z polipektomią. Do grupy małego ryzyka zakwalifikowano osoby, u których usunięto 1 lub 2 gruczolaki cewkowe, poniżej 10 mm, z dysplazją małego stopnia. U tych osób zaleca się wykonanie następnej kolonoskopii dopiero po 10 latach. Do grupy dużego ryzyka zaliczamy osoby, u których w kolonoskopii wyjściowej usunięto następujące polipy: w liczbie co najmniej 3 i/lub wielkości co najmniej 10 mm i/lub z komponentem kosmkowym i/lub z dysplazją dużego stopnia. U tych pacjentów pierwsza kolonoskopia w ramach prowadzonego nadzoru powinna być wykonana po 3 latach. W przypadku stwierdzenia polipów ząbkowanych wytyczne ESGE kwalifikują polipy poniżej 10 mm, bez dysplazji do grupy małego ryzyka, a polipy powyżej 10 mm lub z dysplazją do grupy wysokiego ryzyka i zgodnie z tym zalecają wykonywanie badań po 3 lub 10 latach. Przy wykonywaniu drugiej kolonoskopii w ramach prowadzonego nadzoru kolonoskopowego po polipektomii zaleca się w przypadku ponownego stwierdzenia gruczolaków wysokiego ryzyka w kolonoskopii pierwszej nadzorującej badanie po 3 latach, a w przypadku gruczolaków kwalifikowanych do grupy niskiego ryzyka dopiero po 5 latach.

Nowe wytyczne mają za zadanie określić optymalnych terminów kolejnych badań kolonoskopowych tak, aby korzyści związane z prowadzonym programem oraz związane z nim obciążenia finansowe były realne do spełnienia. Nadzór kolonoskopowy zaczynamy po przeprowadzeniu wysokiej jakości kolonoskopii wyjściowej z oceną wszystkich segmentów jelita grubego. W przypadku niewystarczającego oczyszczenia jelita, uniemożliwiającego dokładną jego ocenę badanie wymaga powtórzenia lub wykonania kontrolnej kolonoskopii w terminie wcześniejszym niż przewi-

duje to schemat nadzoru. Przedstawione rekomendacje zakładają doszczętne endoskopowe i potwierdzone badaniem histopatologicznym usunięcie wszystkich polipów w kolonoskopii wyjściowej. W sposób szczególny należy podkreślić, że omawiane nowe wytyczne przypisują duże znaczenie do prowadzenia dokładnej dokumentacji oraz przekazania pacjentowi pisemnej informacji o terminie następnego badania jelita grubego przez endoskopistę wykonującego kolonoskopię, po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego.

Podsumowanie

Choroby jelita grubego stanowią istotny problem zdrowotny. Nie tylko należą do chorób występujących często, ale również stanowią ważną przyczynę przyjęć do szpitala, zgonów oraz istotnych wydatków na ochronę zdrowia. Rak jelita grubego jest jedną z najważniejszych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Gruczolaki oraz niektóre polipy ząbkowane są zmianami prekursorowymi dla rozwoju raka jelita grubego. Dlatego w wielu krajach prowadzi się badania zmierzające do wykrycia tego nowotworu we wczesnym stadium, kiedy możliwe jest całkowite wyleczenie. Z kolei u osób po usunięciu polipów ryzyko wystąpienia kolejnych polipów oraz raka jest zwiększone, dlatego niezbędne jest prowadzenie właściwego nadzoru kolonoskopowego.

W oparciu o dane z licznych badań podkreślić należy szczególne znaczenie kolonoskopii wysokiej jakości w diagnostyce i leczeniu chorób jelita grubego. W krajach rozwiniętych, a do takich przecież należy Polska kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym, które powinno być wykonywane coraz częściej zarówno ze wskazań diagnostycznych, terapeutycznych, ale także w ramach narodowych programów badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W doświadczonych rękach i dobrze zorganizowanych Pracowniach Endoskopowych kolonoskopia na ogół jest bezbolesna, a jej wykonanie może uchronić nas od groźnych następstw zaawansowanych chorób jelita grubego, zwłaszcza związanych z nowotworami.

Uważam, że wykonywanie kolonoskopii z powyżej opisanych wskazań medycznych może być niezwykle przydatne, nie tylko dla samego pacjenta, ponieważ może ocalić mu życie, ale także jest korzystne dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ wykrywanie i leczenie zmian o małym zaawansowaniu jest uzasadnione (kosztowo-efektywne) z ekonomicznego punktu widzenia. Ponadto zapoznanie się z zasadami wykonywania kolonoskopii będzie przydatne nie tylko dla endoskopistów, ale także dla samych pacjentów i lekarzy innych specjalności kierujących na to badanie.

W oparciu o dostępne dane popieram poglądy, że korzyści z wykonania kolonoskopii zdecydowanie przewyższają ryzyko i możliwy dyskomfort związany z tą procedurą. Jestem przekonany, że obecnie nadszedł już czas, aby pacjent przestał bać się wykonania kolonoskopii. To może sprawić, że wyniki leczenia chorób jelita grubego ulegną dalszej poprawie.

dr hab. Krystian Adrych,

kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii