NOWOTWORY Journal of Oncology
2013, volume 63, number 3, 273–277
DOI: 10.5603/NJO.2013.0012
© Polskie Towarzystwo Onkologiczne
ISSN 0029–540X
www.nowotwory.viamedica.pl

Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer

Darby S, Ewertz M, McGale P i wsp.
N Engl J Med 2013; 368: 987–998

Zastosowanie radioterapii u chorych na raka piersi jest często związane z niepożądaną ekspozycją mięśnia sercowego na promieniowanie jonizujące. Niejasny jest ostateczny wpływ tego narażenia na ryzyko niedokrwiennej choroby serca.

Metody. W grupie 2168 chorych na raka piersi, poddanych radioterapii w latach 1958–2001 w Szwecji i Danii, przeprowadzono populacyjne badanie kliniczno-kontrolne, w którym oceniano wystąpienie znamiennych zdarzeń wieńcowych (np. zawału mięśnia sercowego, wieńcowej rewaskularyzacji, zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca). Do badania włączono 963 chore ze znamiennymi zdarzeniami wieńcowymi. Grupa kontrolna liczyła 1205 chorych. Oceniano średnią dawkę na całe serce oraz na przednią zstępującą gałąź lewej tętnicy wieńcowej.

Wyniki. Średnia dawka napromieniania na całe serce wyniosła 4,9 Gy (0,03–27,72). Częstość występowania znamiennych zdarzeń wieńcowych wzrastała liniowo, bezprogowo o 7,4%, z podwyższaniem o każdy 1 Gy średniej dawki na serce (95% przedział ufności 2,9 do 14,5; $p < 0,001$). Zwiększone ryzyko zdarzeń wieńcowych odnotowano w ciągu pierwszych 5 lat po radioterapii, utrzymywało się ono do 3. dekady po zakończeniu radioterapii. Proporcjonalny wzrost częstości znamiennych zdarzeń wieńcowych w grupie chorych z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, jak i w grupie chorych bez obciążeń kardiologicznych był zbliżony.

Wnioski. Narażenie mięśnia sercowego na promieniowanie jonizujące w trakcie radioterapii z powodu raka piersi zwiększa ryzyko choroby niedokrwiennej serca. Ryzyko choroby niedokrwiennej serca wzrasta w okresie od kilku do przynajmniej 20 lat po radioterapii, proporcjonalnie do podwyższenia średniej dawki na serce. W grupie kobiet z sercowo-naczyniowymi czynnikami ryzyka bezwzględny wzrost ryzyka związany z radioterapią był wyższy niż u pozostałych chorych poddanych obserwacji.

Dose-adjusted EPOCH-rituximab therapy in primary mediastinal B-cell lymphoma

Dunleavy K, Pittaluga S, Maeda L i wsp.
N Engl J Med 2013; 368: 1408–1416

Pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B stanowi odrębny podtyp rozlanego chłoniaka z dużych komórek B i jest ściśle powiązany z podtypem stwardnienia guzkowego chłoniaka Hodgkina. Występuje zwykle u młodych chorych, przyjmując postać patologicznej masy w śródpiersiu. Nie ustalono standardów leczenia. Niesatysfakcjonujące wyniki samodzielnej immunochemioterapii doprowadziły do rutynowego stosowania konsolidacyjnej radioterapii na obszar śródpiersia, która może się wiązać z poważnymi późnymi działaniami niepożądanymi. Poszukiwano strategii leczenia, która poprawiłaby wskaźniki wyleczalności i umożliwiła rezygnację ze stosowania radioterapii.

Metody. W prospektywnym badaniu II fazy 51 chorych na dotychczas nieleczonego pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B leczono etopozydem, doksorubicyną, cyklofosfamidem, winkrystyną, prednizonem i rytuksymabem w dostosowanych dawkach (DA-EPOCH-R) w połączeniu z filgrastymem bez udziału radioterapii. Celem niezależnej weryfikacji wyników do analizy wykorzystano dane z retrospektywnego badania oceniającego schemat DA-EPOCH-R, przeprowadzonego w innym ośrodku.

Wyniki. Mediana wieku chorych wyniosła 30 lat (19–52). Mediana średnicy guza wyniosła 11 cm; 59% chorych stanowiły kobiety. Podczas mediany obserwacji, która wyniosła 5 lat, udział przeżyć wolnych od zdarzeń wyniósł 93%, a całkowitych — 97%. Podczas trzyletniej mediany obserwacji w grupie 16 chorych włączonych do retrospektywnej analizy w innym ośrodku udział przeżyć wolnych od zdarzeń wyniósł 100% i żaden z chorych nie był napromieniany. Nie obserwowano późnych zachorowań ani kardiotoksyczności. Po obserwacji trwającej od 10 miesięcy do 14 lat u wszystkich oprócz 2 (4%) spośród 51 chorych leczonych wyłącznie DA-EPOCH-R osiągnięto całkowitą remisję; 2 pozostałych chorych otrzymało radioterapię i nie doszło u nich do nawrotu choroby w czasie obserwacji.

Wnioski. Zastosowanie s chematu DA-EPOCH-R pozwala na rezygnację z radioterapii w grupie chorych na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B, bez niekorzystnego wpływu na skuteczność leczenia.

Intermittent versus continuous androgen deprivation in prostate cancer

Hussain M, Tangen C, Berry D i wsp.
N Engl J Med 2013; 368: 1314–1325

U większości chorych na rozsianego hormonowrażliwego raka stercza, otrzymujących leczenie antyandrogenowe dochodzi do rozwoju oporności na kastrację. Przyjęto hipotezę, że zmiana preparatów androgenowych przed wystąpieniem progresji może przedłużyć stan hormonalnej wrażliwości.

Metody. Chorym na rozsianego hormonowrażliwego raka stercza w dobrym stanie sprawności (PS 0–2) ze stężeniem PSA ≥ 5 ng/ml podawano analog LHRH i antyandrogen przez 7 miesięcy. Następnie chorych, u których stężenie PSA obniżyło się do ≤ 4 ng/ml, przydzielano losowo do ciągłej lub przerywanej blokady androgenowej, stratyfikując ich względem uprzedniego stosowania hormonoterapii, ogólnego stanu sprawności oraz zasięgu choroby (ograniczony lub rozległy). Jako pierwotne punkty końcowe oceniano założoną nie mniejszą skuteczność przerywanej blokady androgenowej w porównaniu z ciągłą w odniesieniu do wpływu na czas przeżycia (jednostronny test z górną granicą współczynnika ryzyka na poziomie 1,2) oraz różnice w jakości życia pomiędzy grupami po 3 miesiącach od randomizacji.

Wyniki. Do badania włączono 3040 chorych, spośród których 1535 uwzględniono w analizie: 765 przydzielono losowo do ciągłej blokady androgenowej, a 770 — do przerywanej. Mediana czasu obserwacji wyniosła 9,8 lat. Mediana czasu przeżycia w grupie otrzymującej ciągłą blokadę androgenową wyniosła 5,8 lat, zaś w grupie z blokadą przerywaną — 5,1 lat (współczynnik ryzyka zgonu w grupie otrzymującej blokadę przerywaną 1,1; 90% przedział ufności 0,99 do 1,23). Stosowanie przerywanej blokady androgenowej wiązało się z lepszym zachowaniem funkcji seksualnych oraz sprawności umysłowej ($p < 0{,}001$ i $p = 0{,}003$) po 3 miesiącach, ale nie w dalszej obserwacji. Pomiędzy obiema grupami nie było znamiennych różnic w częstości występowania poważnych działań niepożądanych związanych z leczeniem.

Wnioski. Wyniki analizy są statystycznie niejednoznaczne. W grupie chorych na rozsianego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego przedział ufności dla przeżycia całkowitego przekroczył górną granicę *noninferiority*. Dane te sugerują, że nie można jednoznacznie wykluczyć większego o 20% ryzyka zgonu w grupie otrzymującej przerywaną blokadę w porównaniu z ciągłą. Zbyt mała liczba zdarzeń uniemożliwia jednak wnioskowanie o znamienności. Stosowanie przerywanej blokady androgenowej wiązało się z nieznacznie lepszą jakością życia chorych.

Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23–01): a phase 3 randomised controlled trial

Galimberti V, Cole B, Zurrida S i wsp.
Lancet Oncol 2013; 297–305

Limfadenektomia pachowa była tradycyjnie uznawana za standardowe postępowanie u chorych na raka piersi, u których potwierdzono przerzuty w wartowniczych węzłach chłonnych. W grupie chorych z ograniczonym zajęciem węzła wartowniczego limfadenektomia pachowa może być jednak zbyt rozległym postępowaniem. Badanie IBCSG 23-01 przeprowadzono celem oceny, czy odstąpienie od limfadenektomii pachowej jest nie mniej skuteczne od usunięcia układu chłonnego pachy w grupie chorych z ≥ 1 mikroprzerzutem (≤ 2 mm) w wartowniczych węzłach chłonnych i z guzem piersi o średnicy ≤ 5 cm.

Metody. Do wieloośrodkowego badania III fazy z losowym doborem chorych typu *non-inferiority* włączano chorych z palpacyjnie niepowiększonymi pachowymi węzłami chłonnymi i guzem pierwotnym o średnicy ≤ 5 cm, u których potwierdzono w biopsji obecność ≥ 1 mikroprzerzutu (≤ 2 mm) w wartowniczych węzłach chłonnych bez przekraczania torebki węzła. Chorych przydzielano losowo (w stosunku 1:1) do grupy, w której przeprowadzano limfadenektomiię pachową lub do grupy, w której odstępowano od zabiegu. Przydział losowy stratyfikowano względem ośrodka leczącego oraz stanu menopauzalnego. Przydział metody leczenia nie był zaślepiony. Pierwotnym punktem końcowej oceny był czas wolny od choroby. *Non-inferiority* określono jako współczynnik ryzyka (HR) < 1,25 dla nieprzeprowadzenia limfadenektomii pachowej w porównaniu z limfadenektomią pachową. Dane na temat choroby oraz przeżycia są aktualizowane każdego roku.

Wyniki. Od 1 kwietnia 2001 r. do 28 lutego 2010 r. 465 chorych przydzielono losowo do limfadenektomii pachowej, a 469 chorych — do grupy, w której nie przeprowadzano zabiegu. Po wyłączeniu 3 chorych 464 chorych włączono ostatecznie do grupy z limfadenktomią pachową, a 467 chorych — do grupy bez limfadenektomii. Po medianie czasu obserwacji 5 lat (IQR 3,6–7,3) odnotowano 69 zdarzeń bez nawrotu choroby w grupie poddanej limfadenektomii oraz 55 w grupie bez zabiegu. Zdarzenia związane z rakiem piersi odnotowano u 48 chorych z grupy poddanej limfadenektomii oraz u 47 chorych nie poddanych zabiegowi (10 nawrotów miejscowych w grupie poddanej limfadenektomii pachowej i 8 w grupie bez zabiegu; odpowiednio 3 i 9 raków drugiej piersi; 1 i 9 nawrotów regionalnych; 34 i 25 nawrotów odległych). Odnotowano 21 innych niezwiązanych z rakiem

piersi zdarzeń w grupie poddanej limfadenektomii pachowej oraz 8 w grupie nie poddanej zabiegowi (20 i 6 drugich nowotworów, innych niż rak piersi; 1 i 2 zgony nie spowodowane nowotworem). Udział 5-letnich przeżyć wolnych od choroby wyniósł 87,8% (95% CI 84,4–91,2) w grupie bez limfadenektomii pachowej oraz 84,4% (80,7–88,1) w grupie poddanej limfadenektomii (*log-rank* p = 0,16; HR dla nieprzeprowadzania limfadenektomii pachowej wyniósł 0,78, 95% CI 0,55–1,11, *non-inferiority* p = 0,0042). Odnotowano następujące przewlekłe zdarzenia 3. i 4. stopnia związane z zabiegiem: neuropatia czuciowa 3. stopnia u jednej chorej, obrzęk chłonny ramienia u trzech chorych, w tym u dwóch stopnia 3. oraz u jednej — stopnia 4., neuropatia ruchowa 3. stopnia u trzech chorych, wszystkie w grupie poddanej limfadenektomii, i pojedynczy przypadek neuropatii ruchowej w grupie bez zabiegu. Odnotowano jedno poważne zdarzenie niepożądane — zakażenie rany pooperacyjnej w grupie chorych poddanych limfadenektomii.

Wnioski. W grupie chorych na wczesnego raka piersi z ograniczonym zajęciem wartowniczego węzła chłonnego można, bez niekorzystnego wpływu na czas przeżycia, odstąpić od wykonywania limfadenektomii pachowej, co pozwala uniknąć pooperacyjnych powikłań.

Exemestane versus anastrozole in postmenopausal women with early breast cancer: NCIC CTG MA.27 — a randomized controlled phase III trial

Goss P, Ingle J, Pritchard K i wsp.
J Clin Oncol 2013: 1398–1404

W grupie chorych po menopauzie, cierpiących na hormonozależnego raka piersi, standardem uzupełniającego leczenia jest zastosowanie niesteroidowego inhibitora aromatazy, anastrozolu lub letrozolu przez 5 lat. Egzemestan jest inhibitorem steroidowym, częściowo niewykazującym krzyżowej oporności z niesteroidowymi inhibitorami, o umiarkowanej aktywności androgenowej, który może okazać się skuteczniejszy i mniej toksyczny od anastrozolu (szczególnie w doniesieniu do utraty masy kostnej).

Metody. Zaprojektowano otwarte badanie III fazy z losowym doborem chorych porównujące stosowanie przez 5 lat egzemestanu i anastrozolu (dwustronny test *superiority* dla wykrycia 2,4% poprawy udziału 5-letnich przeżyć wolnych od zdarzeń po zastosowaniu egzemestanu). Wtórnym punktem końcowej oceny były: czas całkowitego przeżycia, czas wolny od nawrotu odległego, częstość występowania pierwotnego raka drugiej piersi oraz bezpieczeństwo leczenia.

Wyniki. Do badania włączono 7576 chorych (mediana wieku 64,1 lat). Po medianie czasu obserwacji, która wyniosła 4,1 lat, udział 4-letnich przeżyć wolnych od zdarzeń wyniósł 91% dla egzemestanu i 91,2% dla anastrozolu (stratyfikowany współczynnik ryzyka 1,02; 95% CI 0,87 do 1,18; p = 0,85). Czas przeżycia całkowitego, wolnego od nawrotu odległego i związanego z chorobą był również zbliżony w obu grupach. 31,6% chorych przerwało leczenie z powodu działań niepożądanych, chorób towarzyszących lub odmowy udziału w badaniu. Osteoporoza/osteopenia, hipertrójglicerydemia, krwawienie z dróg rodnych i hipercholesterolemia występowały rzadziej w grupie leczonej egzemestanem, zaś umiarkowana niewydolność wątroby i sporadyczne napady migotania przedsionków — w grupie otrzymującej anastrozol. Objawy naczynioruchowe oraz mięśniowo-szkieletowe występowały z podobną częstością w obu grupach.

Wnioski. W pierwszym badaniu, porównującym steroidowe i niesteroidowe inhibitory aromatazy stosowane przez 5 lat, nie wykazano różnic w czasie przeżycia chorych po menopauzie, leczonych z powodu raka piersi (test dwustronny). Ryzyko utraty masy kostnej było mniejsze w grupie leczonej egzemestanem (co jest zbieżne z hipotezą MA.27), ale obserwacja ta wymaga dalszego potwierdzenia. W tej grupie chorych egzemestan powinien być rozważany jako alternatywna opcja uzupełniającej hormonoterapii.

Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data

Cuzick J, Sestak I, Bonanni B i wsp.
Lancet 2013: S0140-6736(13)60140-3

Tamoksyfen i raloksyfen zmniejszają ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet z grup podwyższonego ryzyka, ale czas trwania tego efektu nie jest znany. Oceniono wpływ selektywnych modulatorów receptorów estrogenowych *(selective oestrogen receptor modulators — SERMs)* na częstość występowania raka piersi.

Metody. Przeprowadzono metaanalizę danych chorych z 9 badań klinicznych dotyczących profilaktyki raka piersi, w których porównywano 4 różne leki z grupy SERMs (tamoksyfen, raloksyfen, arzoksyfen i lasofoksyfen) z placebo, a w jednym badaniu — z tamoksyfenem. Pierwotnym punktem końcowym była ocena częstości występowania raka piersi (w tym raka *in situ*) w czasie 10-letniej obserwacji. Analizę przeprowadzono zgodnie z intencją leczenia.

Wyniki. Oceniono dane 83 399 kobiet (306 617 osobolat obserwacji). Mediana czasu obserwacji wyniosła 65 miesięcy (IQR 54–93). Ogółem odnotowano zmniejszenie częstości występowania raka piersi o 38% (współczynnik ryzyka [HR] 0,62, 95% CI 0,56–0,69). Aby zapobiec jednemu zdarzeniu związanemu z rakiem piersi, leczenie musiały otrzymywać 42 kobiety. Efekt ten był silniej wyrażony w pierwszych 5 latach obserwacji niż w latach 5–10 (42%, współczynnik ryzyka 0,58, 0,51–0,66; p < 0,0001 *vs* 25%, 0,75, 0,61–0,93; p = 0,007),

ale nie stwierdzono niejednorodności pomiędzy tymi okresami. Zdarzenia zakrzepowo-zatorowe występowały częściej w grupach otrzymujących SERMs (iloraz szans 1,73, 95% CI 1,47–2,05; p < 0,0001). Odnotowano znamienne obniżenie częstości występowania złamań kręgosłupa o 34% (0,66, 0,59–0,73), natomiast wpływ na ryzyko złamania innych kości był niewielki (0,93, 0,87–0,99).

Wnioski. Wszystkie badane leki zmniejszały ryzyko zachorowania na hormonozależnego raka piersi zarówno w trakcie leczenia, jak i przez przynajmniej 5 lat po jego zakończeniu. Podobnie do innych działań profilaktycznych, należy starannie rozważyć korzyści i ryzyko związane z leczeniem, aby wyłonić grupę kobiet, w której ta forma leczenia przyniesie największe korzyści.

Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA study): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study

Swain SM, Kim SB, Cortés J i wsp.
Lancet Oncology 2013; 14: 461–471

W badaniu III fazy CLEOPATRA porównano skuteczność i bezpieczeństwo stosowania pertuzumabu, trastuzumabu i docetakselu z placebo, trastuzumabem i docetakselem u chorych na HER2-dodatniego rozsianego raka piersi. Wyniki pierwszej analizy wskazały na znamienne wydłużenie mediany czasu do progresji choroby w grupie otrzymującej pertuzumab. W analizie czasu całkowitego przeżycia przeprowadzonej w trakcie trwania badania wyniki w grupie otrzymującej pertuzumab były nieznamiennie lepsze. W niniejszej publikacji przedstawiono wyniki dotyczące czasu całkowitego przeżycia uzyskane po dodatkowym roku obserwacji.

Metody. W badaniu z losowym doborem chorych, z podwójnie ślepą próbą, uczestniczyły 204 ośrodki w 25 państwach. Chore na nowo rozpoznanego HER2-dodatniego, rozsianego raka piersi, dotychczas nieleczone systemowo z powodu rozsiewu nowotworu, były losowo przydzielane do leczenia docetakselem z trastuzumabem oraz pertuzumabem (n = 402) lub z placebo zastępującym pertuzumab (n = 406). Chore randomizowano w stosunku 1:1 i stratyfikowano wg miejsca zamieszkania oraz leczenia zastosowanego przed włączeniem do badania. Pierwotnym punktem oceny był czas do progresji choroby (ocena niezależna), który był przedmiotem poprzedniej publikacji. Oceniano również czas całkowitego przeżycia, czas do progresji oceniany przez badaczy oraz udział obiektywnych odpowiedzi i bezpieczeństwo leczenia. Mediana czasu obserwacji wyniosła 30 miesięcy w obu grupach. Miary skuteczności analizowano zgodnie z intencją leczenia. Obecnie badanie zakończono, trwa zbieranie danych dotyczących bezpieczeństwa i przeżycia.

Wyniki. Do chwili zamknięcia bazy danych (14 maja 2012 r.) zmarło 267 chorych, 154 (38%) spośród 406 w grupie otrzymującej placebo i 113 (28%) spośród 402 chorych otrzymujących pertuzumab. Mediana czasu całkowitego przeżycia w grupie otrzymującej placebo wyniosła 37,6 miesiąca (95% przedział ufności 34 miesiące do nieocenialnego czasu). W grupie otrzymującej pertuzumab mediany nie osiągnięto (95% przedział ufności 42,4 miesiąca do nieocenialnego czasu, współczynnik ryzyka 0,66, 95% przedział ufności 0,52–0,84; p = 0,0008). W ocenie badaczy mediana czasu do progresji choroby wyniosła 12,4 miesiąca (95% przedział ufności 10,4–13,5) w grupie otrzymującej placebo oraz 18,7 miesiąca (16,6–21,6) w grupie leczonej pertuzumabem (współczynnik ryzyka 0,69, 95% przedział ufności 0,58–0,81). Poważne działania niepożądane wystąpiły u 115 chorych (29%) spośród 396 otrzymujących placebo, trastuzumab, i docetaksel oraz u 148 (36%) spośród 408 leczonych pertuzumabem, trastuzumabem, i docetakselem. Obejmowały one gorączkę neutropeniczną, neutropenię, biegunkę, zapalenie płuc oraz cellulitis. Częstość występowania, nasilenie i rodzaj działań niepożądanych były podobne do opisanych w pierwszej analizie.

Wnioski. Leczenie trastuzumabem i docetakselem w połączeniu z pertuzumabem wydłuża czas całkowitego przeżycia u chorych na rozsianego HER2-dodatniego raka piersi w porównaniu z leczeniem trastuzumabem i docetakselem z placebo. Ponieważ poprawie wyników leczenia nie towarzyszyło nasilenie działań niepożądanych, dodanie pertuzumabu prowadzi do istotnej poprawy wyników leczenia w porównaniu z obecnym standardem leczenia tej grupy chorych.

Computed tomographic colonography versus colonoscopy for investigation of patients with symptoms suggestive of colorectal cancer (SIGGAR): a multicentre randomised trial

Atkin W, Dadswell E, Wooldrage K i wsp.
Lancet 2013; 6736: 62186–62182

Kolonoskopia stanowi złoty standard diagnostyczny u chorych z objawami sugerującymi raka jelita grubego. Kolonografia przy użyciu tomografii komputerowej (*computed tomographic colonography* — CTC) jest alternatywną, mniej inwazyjną metodą. Z drugiej strony po wykonaniu CTC konieczne są dalsze badania potwierdzające występowanie podejrzanych zmian w jelicie grubym, co stanowi ważny czynnik ograniczający uznanie tej metody jako alternatywy dla kolonoskopii. Porównano udziały wykonywania dodatkowych badań jelita grubego po CTC lub kolonoskopii w celu wykrycia raka jelita grubego lub dużych (≥ 10 mm)

polipów u chorych z objawami choroby w praktyce klinicznej.

Metody. Do wieloośrodkowego badania z randomizacją prowadzonego w 21 szpitalach w Wielkiej Brytanii włączano chorych w wieku ≥ 55 lat z objawami sugerującymi raka jelita grubego, zakwalifikowanych przez lekarza kierującego do kolonoskopii. Chorych przydzielano losowo (2:1) do kolonoskopii lub CTC poprzez przydzielane komputerowo numery randomizacyjne (bloki po 6 osób) i stratyfikowano w zależności od ośrodka i płci. Analizowano udział dodatkowych badań jelita grubego — zgodnie z intencją leczenia. Badanie zarejestrowano jako *International Standard Randomised Controlled Trial* nr 95152621.

Wyniki. 1610 chorych przydzielono losowo do kolonoskopii (n = 1072) lub CTC (n = 538). 30 chorych wycofało zgodę; analizie poddano 1047 chorych przydzielonych do kolonoskopii oraz 533 przydzielonych do CTC. 160 chorych (30,0%) w grupie CTC poddano dodatkowym badaniom jelita grubego w porównaniu z 86 (8,2%) w grupie poddanej kolonoskopii (względne ryzyko 3,65; 95% CI 2,87–4,65; p < 0,0001). Prawie połowa skierowań na badania po kolonoskopii dotyczyła małych (< 10 mm) polipów lub niepewności klinicznej związanej z niską wartością predykcyjną w wykrywaniu dużych polipów lub raków. Udziały wykrywania raka jelita grubego lub dużych polipów w badanych grupach wyniosły 11% dla obu procedur. W grupie poddanej CTC nie wykryto jednego spośród 29 raków jelita grubego, a w kolonoskopii nie pominięto żadnego spośród 55. Poważne działania niepożądane były rzadkie.

Wnioski. Konieczne są wytyczne, które zmniejszyłyby udział skierowań na dodatkowe badania po wykonaniu CTC. Dla większości chorych CTC ma podobną czułość i jest mniej inwazyjna w porównaniu do kolonoskopii.

Opracowali:
Dr n. med. Anna Kowalczyk
Dr n. med. Ewa Szutowicz-Zielińska
Lek. med. Anna Wrona
Dr n. med. Krzysztof Konopa