

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Hrvatskoj - per aspera ad astra

(National Colorectal Cancer Screening Programme in Croatia - per aspera ad astra)

Nataša Antoljak

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

U Hrvatskoj kao i u svijetu posljednjih desetljeća bilježi se porast incidencije i mortaliteta od ove bolesti. Uzrok je jednim dijelom bolja dijagnostika i registriranje, ali postoje i drugi brojni mogući uzroci čije otkrivanje je gotovo nemoguće (prehrana, aditivi, hormoni, lijekovi, navike, itd.) .

Incidencija:

u 1990. god.-1.648 ili 34,5/100.000

u 2006. god.-2.771 ili 62,5/100.000 (1), (1.595 muškaraca i 1.176 žena); porast 68,1%

Mortalitet:

u 1990.god.-1.049 ili 21,9/100.000

u 2006.god.-1.800 ili 40,6/100.000 (1.028 muškaraca i 772 žene); porast 71,6%

Kad se karcinom otkrije u ranoj fazi prognoza je povoljna i 5-godišnje preživljavanje postigne do 97% bolesnika. (2) Otkrivanje bolesti u kasnijoj fazi povećava rizik postojanja metastaza pripadajućih limfnih čvorova sa 2-3% na 8-12% ukoliko je tumor prodro u mišićni sloj. (3) Postoje znanstveno utemeljeni i višestruko praktično potvrđeni dokazi da probir za kolorektalni karcinom pridonosi ranijem i pravovremenijem otkrivanju, te posljedično većim preživljavanjem i boljom kvalitetom života bolesnika, što je vrlo značajno. Stoga postoji ujedinen stav da je probir obvezatan, no razilaženje je u načinu provođenja. Najčešće se provode probiri u kojima je prva pretraga test na okultno (prikriveno) krvarenje (engl. fecal occult blood testing - FOBT), ili sigmoidoskopija, a u nekima kolonoskopija. Naravno da vrsta prve pretrage utječe na odaziv, jer je razumljivo da će tzv. zdrave osobe teško prihvatiti kolonoskopiju kao prvu pretragu. Na ovo utječe i normalna psihološka reakcija da će se osoba lakše odazvati kolonoskopiji ukoliko joj je FOBT bio pozitivan. U probirima se koriste dvije vrste testova: guajakov i imuno test. Prvi otkriva hem u hemoglobinu, a drugi imunokemijski reagira s globinom iz hemoglobina. Imunokemijski test ima nešto bolju kliničku osjetljivost od guajakovog (81.8 : 64.3%), ali je guajakov osjetljiviji u otkrivanju uznapredovanih (anaplastičnih) adenoma (41.3 : 29.5%). (4) Uzrok je najvjerojatnije što se guajakov test temelji na reakciji peroksidaze pa ima visoku analitičku osjetljivost, tj. otkriva vrlo male količine krvi. Neobično je važno podsjetiti da će klinički veća osjetljivost testa pri otkrivanju karcinoma biti upravo u populacijama gdje je dosadašnja dijagnostika kao i stav samih bolesnika bio takav da su kasno otkriveni. Naime, češće krvare veći karcinomi, pa će ih se više naći prilikom probira. Također je važno podsjetiti da ispitanici moraju poštivati dijetetske preporuke kao i ne uzimati neke lijekove koji bi mogli izazvati krvarenje iz sluznice debelog crijeva u slučaju testiranja guajakovim testom.

Velike europske studije pokazale su da uvođenje samo FOBT u probir dovodi do smanjenja smrtnosti od kolorektalnog karcinoma od 15-18% (5). O cijena/učinak (engl. cost-effective) analizi da i ne govorimo – prosjek uštede je od 9.950 do 13.200 eura po godini spašenog života. Prema predviđanjima na iskustvu drugih studija, ovisno koji FOBT test se koristi, od 2-15% osoba u probiru će trebati kolonoskopiju.

Kolonoskopija kao metoda ima osjetljivost iznad 95%, pod uvjetom da je izvodi iskusan kolonoskopičar. (6) Prema EU standardima minimum je 200 učinjenih kolonoskopija kad kolonoskopičar «postaje iskusan». Prema podacima oko 0-6% je učestalost promašaja otkrivanja polipa većih od 1 cm. Ovo uvelike ovisi i o kvaliteti pripreme dakle da je crijevo dobro očišćeno.

Moramo biti svjesni da osim samog otkrivanja karcinoma i polipa, provođenjem ovog programa usputno se otkrivaju i drugi uzroci kolorektalnog krvarenja kao npr. hemoroidi, ranije nepoznata upalna bolest crijeva, divertikli i dr. FOBT pozitivan u ovih ispitanika ne možemo smatrati lažno pozitivnima u dijagnostičkom smislu. Također jedan bolesnik može imati hemoroide, ali istovremeno i karcinom bilo gdje na kolorektumu, pa je kolonoskopija nezaobilazna za konačnu potvrdu.

Već na osnovu ovog kratkog pregleda teoretskih i praktičnih iskustava i spoznaja, jasno je

koliko je složen proces organiziranja i provođenja ovakvog programa probira koji uključuje liječnike nekoliko vrsta specijalizacija i struka. U Hrvatskoj je službeno program započeo krajem prošle godine, a prvo su poslani pozivi osobama rođenim 1933. i 1937. godine. Odaziv je bio očekivano nešto slabiji kao u većini država prilikom početka programa, a cilj je da se postigne odaziv od 60%. Poziv sadrži: pozivno pismo, anketni upitnik, 3 testa za nevidljivo krvarenje Hemognost s uputama, kupovnice (za plaćanje testa), edukativnu brošuru i praznu kuvertu s plaćenim odgovorom.

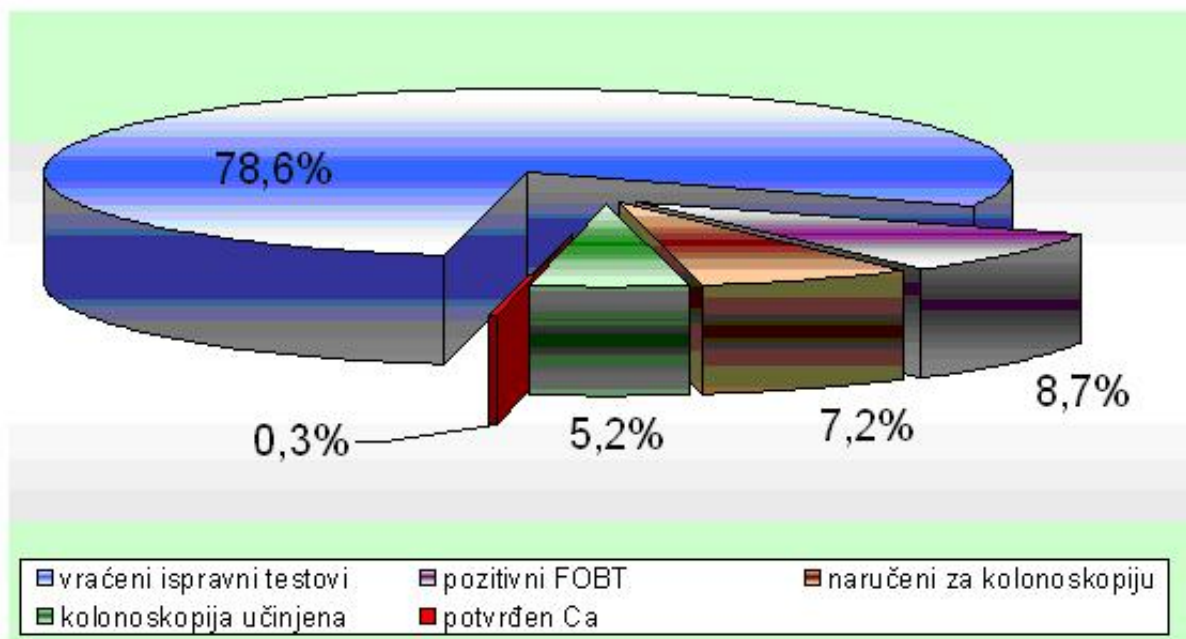
Testiranje se provodi kod kuće 3 dana uzastopce (3 stolice za redom), a na svaki test je potrebno napisati ime i prezime, adresu i datum uzimanja stolice, te poslati uzorke u priloženoj kuverti. Analiza testova se obavlja u županijskim zavodima za javno zdravstvo, a očekuje se oko 2-5% pozitivnih. Uz pretpostavku 50% odaziva na kolonoskopiju nakon pozitivnog testa u slijedeće 2 godine bilo bi ukupno oko 36.000 osoba kandidata za kolonoskopiju. Osobe s pozitivnim testom dobiju poziv za kolonoskopiju s datumom i satom pregleda na kućnu adresu, upute za pripremu i kupovnicu za kolonoskopiju te Purisan granule. O pozitivnom nalazu se obavijesti izabrani liječnik obiteljske medicine. Kod nalaza sumnjivog na karcinom uzimaju se uzorci za patohistološku analizu, a kolonoskopičar izdaje završno mišljenje, te taj nalaz bolesnici dobiju poštom. U tijeku su završne dorade informatičkog programa za «on line» unos podataka, a pristup podacima je strogo autoriziran i maksimalno zaštićen.

Tijekom prvih mjeseci provođenja programa ustanovljeni su problemi u pojedinim županijama kako i u kolonoskopskim jedinicama. Neki su riješeni tijekom rada, a neki će se još trebati rješavati. Ovo je dijelom i očekivano, jer se zna da tek samo provođenje programa ukaže na slabija mjesta koja i inače u tzv. rutini postoje. Tako nekim županijama nedostaju stručnjaci kolonoskopičari (većinom gastroenterolozi, ali i kirurzi te infektolozi), nekima nedostaju kolonoskopi ili kolonoskopi s polipektomom, a nekima nedostaje osoblje u zavodu za javno zdravstvo ili hardver odgovarajuće kvalitete. Dodatno, u popisu baze podataka osoba koje trebaju biti pozvane ima dosta osoba koje nisu pronađene na prijavljenoj adresi (baza MUP-a+ HZZO-umrli). Ovo je vjerojatno posljedica migracija, ratnih zbivanja u prošlom desetljeću, onih koji žive u Bosni i Hercegovini i u Hrvatskoj itd.

Na sastanku ICRCNS (International Colorectal Cancer Screening Network) u Oxfordu među ostalim programima probira iz država EU i svijeta predstavila sam posterom organizaciju i prve preliminarne rezultate programa u Hrvatskoj. Sada ova mreža broji 44 države i ukupno 54 različita programa. Cilj im je pratiti rezultate svih programa, bili oni kratkotrajni, znanstveni, nacionalni ili regionalni. U tijeku je i izrada smjernica za kvalitetu programa.

S ponosom treba istaknuti da imamo jedinstvenu mrežu zavoda za javno zdravstvo u kojima su koordinatori koji su uložili veliki trud da ovaj program bude čim uspješniji. Ovakav način izvedbe programa nesumnjivo će dati bolju kvalitetu nego kad je prepušten liječnicima obiteljske medicine koji ne bi sustavno mogli pratiti i organizirati sve aktivnosti potrebne za provedbu i evaluaciju programa. Svakako je suradnja s njima vrlo značajna i uglavnom je dobra, te je na njima velika odgovornost da bolesnici budu pravovremeno upućeni na daljnje liječenje.

Od 17.668 osoba rođenih 1933. i 1937. god. koje su vratile ispravan test u zavode za javno zdravstvo (tri stolice nanešene na kartice testa i ispunjen upitnik), 1.971 (11.2%) su bili pozitivni. Kolonoskopija je učinjena u 1.101 njih (odaziv 69.3%). Probirom je nađeno do sada 68 bolesnika s potvrđenim karcinomom. Dakle 2.9% FOBT pozitivnih bolesnika ili 0.39% svih koji su vratili ispravan test ima karcinom.



- 1 Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Incidencija raka u Hrvatskoj 2006., Bilten br. 31, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2008., u tisku
- 2 Moreaux J, Catala M. carcinoma of the colon: long-term survival and prognosis after surgical treatment in a series of 798 patients. *World J Surg* 1987; 11: 804-809.
- 3 McLoughlin RM, O'Morain CA. Colorectal cancer screening. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 6747-50.
- 4 Allison JE, Sakoda LC, Levin TR, Tucker JP, Tekawa IS, CuffT, et.al. Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests: update on performance characteristics. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 1462-70.
- 5 Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (Hemocult): an update. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1541-49.
- 6 Robinson MH, Hardcastle JD, Moss SM, Amar SS, Chamberlain JO, Armitage NC, et.al. The risks of screening: data from the Nottingham randomised controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Gut* 1999; 45: 588-592.