

Rak jelita grubego

– zalecane wytyczne dotyczące postępowania z chorymi

W czwartym numerze czasopisma *Colorectal Disease* (2002 r.) ukazał się ważny artykuł, pt. *Referral guidelines for colorectal cancer*, którego autorem jest M.R. Thompson. Artykuł ten, wspólnie z dr. med. W. Tarnowskim przetłumaczyłem na język polski. Najważniejsze stwierdzenia i zalecenia z tego artykułu, moim zdaniem, powinny być wykorzystane w Polsce. Chciałbym zaznaczyć, że poniższy tekst nie jest dokładnym tłumaczeniem wersji angielskiej. Tekst polski jest komentarzem do tekstu angielskiego. Zainteresowanych odsyłam do oryginalnego artykułu M.R. Thompsona – *Colorectal Disease*, t. 4, nr 4, July 2002, str. 287 (prof. Krzysztof Bielecki).

Podstawowe problemy w zakresie rozszerzania zalecanych wytycznych dotyczących raka jelita grubego

Objaw „wierzchołka góry lodowej”

Wielu chorych skarżących się od dłuższego czasu na różne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego albo sami się leczą, albo lekceważą te dolegliwości, czekając aż ustąpią. Tylko niewielka grupa chorych z wczesnymi objawami i dolegliwościami zgłasza się do swoich lekarzy rodzinnych, którzy kierują tych pacjen-

tów do szpitali w celu wykonania niezbędnych badań. Ci mądrzy, rozsądni pacjenci stanowią jednak zaledwie *wierzchołek góry lodowej* wszystkich chorych z takimi podstawowymi, alarmującymi objawami raka jelita grubego, jak:

- 1) zmiana rytmu wypróżnień, tzn. naprzemienna biegunka i zaparcia, liczne skąpe wypróżnienia połączone z uczuciem niepełnego wypróżnienia;
- 2) krwawienie z odbytu (krew zmieszana ze stolcem lub na jego powierzchni);
- 3) bóle brzucha;
- 4) niedokrwistość;
- 5) tzw. ołówkowate stolce.

Niewiele wiadomo o tym, jak pacjenci są wybierani do badań w szpitalu. Wydaje się, że wielu z nich jest kwalifikowanych na zasadzie strategii *lecz, obserwuj i czekaj*. Jeśli stan pacjentów ulega poprawie lub jeśli nie obserwuje się postępu objawów, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że będą szukać porady u swego lekarza lub, że zostaną skierowani do diagnostyki szpitalnej.

Wczesne rozpoznanie i przeżycie chorych z rakiem jelita grubego

Założenie, że wczesne rozpoznanie raka jelita grubego zwiększa przeżycie chorych jest podstawą zalecenia, aby wszyscy pacjenci z nieprawidłowymi objawami z dolnego odcinka przewodu pokarmowego byli poddani pilnej diagnostyce szpitalnej. Stanowi to ważny aspekt jakości opieki zdrowotnej nad

chorymi z nowotworem. Opóźnienie ustalenia właściwego rozpoznania powoduje także ważną i znaczącą szkodę psychiczną – zwłaszcza u chorych z zaawansowaną, w momencie rozpoznania, chorobą nowotworową. Co lekarz ma odpowiedzieć na pytanie chorego, czy zaistniałe 2–3-miesięczne opóźnienie w rozpoznaniu raka ma niekorzystny wpływ na jego losy i formy leczenia?

Wszystkie badania diagnostyczne mogą powodować fizyczne i psychosocjalne szkody, szczególnie wśród większości badanych z niskim ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego. Szkody te mogą przewyższać korzyści wynikające z wczesnego rozpoznania objawowego raka u kilku chorych.

Znaczenie strategii „lecz, obserwuj i czekaj” w postępowaniu z pacjentami z objawami z dolnego odcinka przewodu pokarmowego

Te trzy podstawowe cechy strategii *lecz, obserwuj i czekaj* stanowią istotę celowości i bezpieczeństwa postępowania z chorymi z objawami raka jelita grubego. Strategia ta powinna być stosowana przez lekarzy rodzinnych, do których najczęściej zgłaszają się pacjenci z objawami chorobowymi oraz integralną częścią procesu diagnostycznego i myślenia lekarzy opieki podstawowej. Zalecane wytyczne muszą określać bezpieczne długości okresów strategii *obserwuj i czekaj* w przypadkach chorych o różnym stopniu ryzyka rozwoju raka.

Jest wysoce prawdopodobne, że te strategie spowodują więcej dobrego niż złego poprzez umożliwienie wielu pacjentom uniknięcia badań w szpitalu. Oszczędzone zostanie wiele środków finansowych, które

można przeznaczyć dla rzeczywiście poważnych przypadków, które wymagają natychmiastowej diagnostyki i leczenia.

Ocena ryzyka raka

W opiece podstawowej odbywa się to na zasadzie zebrania wywiadów, zwykłego badania fizykalnego i oceny poziomu hemoglobiny. Jest prawdopodobnym, że najczęściej występujące modele powszechnych objawów raka odbytnicy będą miały najwyższe wartości prognostyczne i diagnostyczne.

Modele powszechnych objawów u pacjentów ze stwierdzonym rakiem

W wielu opracowaniach zauważa się różnice w sposobie prezentacji i modelach objawów/znaków raka obwodowego (odbytnicy i esicy) i bliższego (od okrężnicy zstępującej do kątnicy) odcinka jelita grubego.

Rak esicy i rak odbytnicy:

- ▶ 50–60 proc. pacjentów prezentuje zarówno krwawienie z odbytnicy, jak też zmiany rytmu wypróżnień,
- ▶ 50–60 proc. prezentujących krwawienie z odbytnicy nie ma objawów chorobowych ze strony odbytu i kanału odbytu,
- ▶ 40–60 proc. pacjentów z rakiem odbytnicy ma wyczuwalny palcem guz w odbytnicy,
- ▶ 20 proc. chorych z rakiem esicy ma wyczuwalny guz w lewym dole biodrowym,
- ▶ mniej niż 5 proc. pacjentów z rakiem odbytnicy i esicy prezentuje objawy typowe dla choroby hemoroidalnej,
- ▶ u ponad 90 proc. pacjentów z rakiem odbytnicy i esicy zmiana rytmu wypróżnień polega na wzroście liczby wypróżnień i/lub luźniejszych stolcach (częste małe wypróżnienia). Pacjenci z rakiem jelita

grubego zwykle nie mają twardego stolca i zmniejszenia częstotliwości wypróżnień.

Raki zlokalizowane w kątnicy, wstępnicy, poprzecznicy i zstępnicy:

- ▶ 30–70 proc. pacjentów ma niedokrwistość z niedoboru żelaza, co u 54 proc. pacjentów może manifestować się poziomem hemoglobiny poniżej 10 g/l,
- ▶ 40–55 proc. ma wyczuwalny guz w jamie brzusznej,
- ▶ 10–30 proc. pacjentów stanowi przypadki nagłe z objawami niedrożności jelit,
- ▶ mniej niż 5 proc. pacjentów ma jeden z trzech podstawowych objawów raka okrężnicy nie reprezentując ani jednego z ważnych czynników diagnostycznych.

Wartości prognostyczne i diagnostyczne kombinacji dolegliwości i objawów w raku jelita grubego

Krwawienie z odbytnicy oraz zmiany w rytmie wypróżnień

Pacjenci, u których występuje zarówno krwawienie z odbytnicy, jak i zmiana rytmu wypróżnień mają 3–5-krotnie większe ryzyko raka w porównaniu z pacjentami, u których występuje jeden z tych objawów.

Krwawienie z odbytnicy bez objawów ze strony odbytu

Spośród pacjentów, u których występuje krwawienie odbytnicze, ci, którzy nie mają żadnych objawów odbytowych są 3–4 razy bardziej narażeni na ryzyko raka niż pacjenci, u których występują objawy ze strony odbytu i kanału odbytu. Takie podwyższone ryzyko pojawia się u pacjentów bez względu na to czy

krwawienie odbytnicze jest powiązane ze zmianą rytmu wypróżnień, czy też nie.

Wartość diagnostyczna innych cech charakterystycznych krwawienia odbytniczego

Ciemnoczerwona krew w stolcu ma nieco wyższą wartość prognostyczną (9–13 proc.) w porównaniu z jasnoczerwonym krwawieniem odbytniczym (4–8 proc.). To, w jaki sposób pacjent zauważa krwawienie odbytnicze, jak również krwawienie nowo pojawiające się nie mają żadnej, albo mają niewielką wartość diagnostyczną, pomimo że obecność krwi zmieszanej ze stolcem posiadała wartość diagnostyczną wg autorów trzech prac [1, 2, 3], a nie miała żadnej wartości w jednej pracy [4].

Ból brzucha

Występowanie bólu brzucha u pacjentów z krwawieniem odbytniczym i zmiana rytmu wypróżnień zmniejszała prawdopodobieństwo raka w dwóch opracowaniach [1, 4], podczas gdy w trzeciej pracy wykazano, że stanowiło wartość diagnostyczną dla poważnej choroby [2]. Także badanie kliniczne (*hospital study*) wykazało, że gdy ból brzucha był związany z kombinacją z krwawieniem odbytniczym lub ze zmianą rytmu wypróżnień, znacznie obniżało się prawdopodobieństwo wystąpienia raka. Również gdy ból brzucha występował jako pojedynczy objaw bez żadnych innych symptomów (nietyпова postać raka) ryzyko występowania raka znacząco malało [5].

Wartość prognostyczna i diagnostyczna charakteru zmian w rytmie wypróżnień w raku jelita grubego

U pacjentów z krwawieniem odbytniczym, towarzysząca zmiana w rytmie wypróżnień polegają-

ca na oddawaniu częstych stolców o rzadszej konsystencji oznaczała większe prawdopodobieństwo raka. W jednym z opracowań zmiana w rytmie wypróżnień na stolce o rzadszej konsystencji i/lub zwiększonej częstotliwości wypróżnień wskazywała na wystąpienie raka w stosunku 1:7 w porównaniu z 1:36 u pacjentów z mniej powszechną zmianą polegającą na oddawaniu stolców o twardszej konsystencji i/lub zmniejszonej częstotliwości wypróżnień. W badaniu szpitalnym (*hospital study*) zmiana w rytmie wypróżnień na stolce o rzadszej konsystencji i/lub zwiększonej częstotliwości wypróżnień również wykazała znacząco wyższą pozytywną wartość prognostyczną dla raka [6].

Wartość prognostyczna niedokrwistości z niedoboru żelaza (IDA) dla raka jelita grubego

Wartość prognostyczna IDA dla diagnostyki raka w opiece podstawowej nie jest znana. Jednakże wszystkie poziomy IDA na-

wet bez dolegliwości i objawów, szczególnie u osób starszych, należy poważnie traktować. 50 proc. pacjentów z rakiem, mających anemię, nie ma żadnych innych objawów chorobowych, a u większości pacjentów z rakiem jelita grubego poziom hemoglobiny wynosi poniżej 10 g proc. w chwili rozpoznania raka. IDA powyżej 10 g proc., co jest zjawiskiem względnie powszechnym u osób starszych i prawdopodobnie u tych pacjentów, zgłaszających się do lekarzy w opiece podstawowej, wydaje się mieć niższą wartość prognostyczną dla raka.

Wpływ wieku na wartość diagnostyczną objawów i wzorów objawów

Jeden i pół procent wszystkich raków jelita grubego występuje w wieku poniżej 40 lat, a 85 proc. powyżej 60. Oznacza to, że dla jakiegokolwiek objawu lub zespołu objawów wiek będzie miał znaczący wpływ na jego wartość prognostyczną i diagnostyczną. Chorobowość (*preva-*

Kryteria	Wiek (zakres referencyjności)	Stopniowanie
krwawienie z odbytnicy, oddawanie luźnych i częstych stolców przez 6 tyg.	niezależnie od wieku	B
oddawanie luźnych, częstych stolców bez krwawienia z odbytnicy utrzymujące się przez 6 tyg.	chorzy powyżej 60. roku życia	C
przewlekłe krwawienie z odbytnicy bez objawów ze strony odbytnicy	chorzy powyżej 60. roku życia	C
obecność wyczuwalnego guza w prawej połowie brzucha	niezależnie od wieku	D
wyczuwalny guz w odbytnicy (nie w miednicy)	niezależnie od wieku	D
niejasna przyczyna niedokrwistości z niedoboru żelaza: 1) hemoglobina poniżej 11 g proc. u mężczyzny, 2) hemoglobina poniżej 10 g proc. u kobiety	– niezależnie od wieku, – wiek pomenopauzalny	C
Objawy ze strony odbytu: pieczenie, swędzenie, dyskomfort, wypadanie, obecność guzków, ból. Stopniowanie rekomendacji:	A – mocne dowody, B – umiarkowanie mocne dowody, C – umiarkowanie słabe dowody, D – słabe dowody.	

Tab. 1. Kryteria wysokiego ryzyka raka jelita grubego

Kryteria	Zakres wieku chorych
krwawienie z odbytnicy z objawami ze strony odbytu	niezależnie od wieku
krwawienie z odbytnicy z oczywistą, zewnętrzną przyczyną krwawienia, stwierdzoną podczas badania kroczka, np. szczelina odbytu, krwiak okołoodbytu, zakrzepowo zmienione i wypadające guzki krwawnicowe, wypadanie odbytnicy	niezależnie od wieku
przejsiowe zmiany rytmu wypróżnień, szczególnie oddawanie twardego, zbitego stolca ze zmniejszoną częstotliwością	niezależnie od wieku
bóle brzucha jako pojedynczy objaw bez innych czynników podwyższonego ryzyka, jak profil wieku, dolegliwości, objawów, bez wyczuwalnego oporu lub guza w jamie brzusznej, bez objawów niedrożności jelit i bez objawów niedokrwistości z niedoboru żelaza	niezależnie od wieku

Tab. 2. Kryteria niskiego ryzyka raka jelita grubego

lence) w przypadku raka u pacjentów z krwawieniem odbytniczym okazała się wahać od 1:900 u pacjentów poniżej 50 lat z krwawieniem odbytniczym, objawami ze strony odbytu i nie wykazujących żadnej zmiany w rytmie wypróżnień, do 1:2 u pacjentów powyżej 80 lat z krwawieniem odbytniczym połączonym ze zmianą rytmu wypróżnień, bez bólu brzucha i żadnych objawów ze strony odbytu.

Wartość diagnostyczna innych czynników:

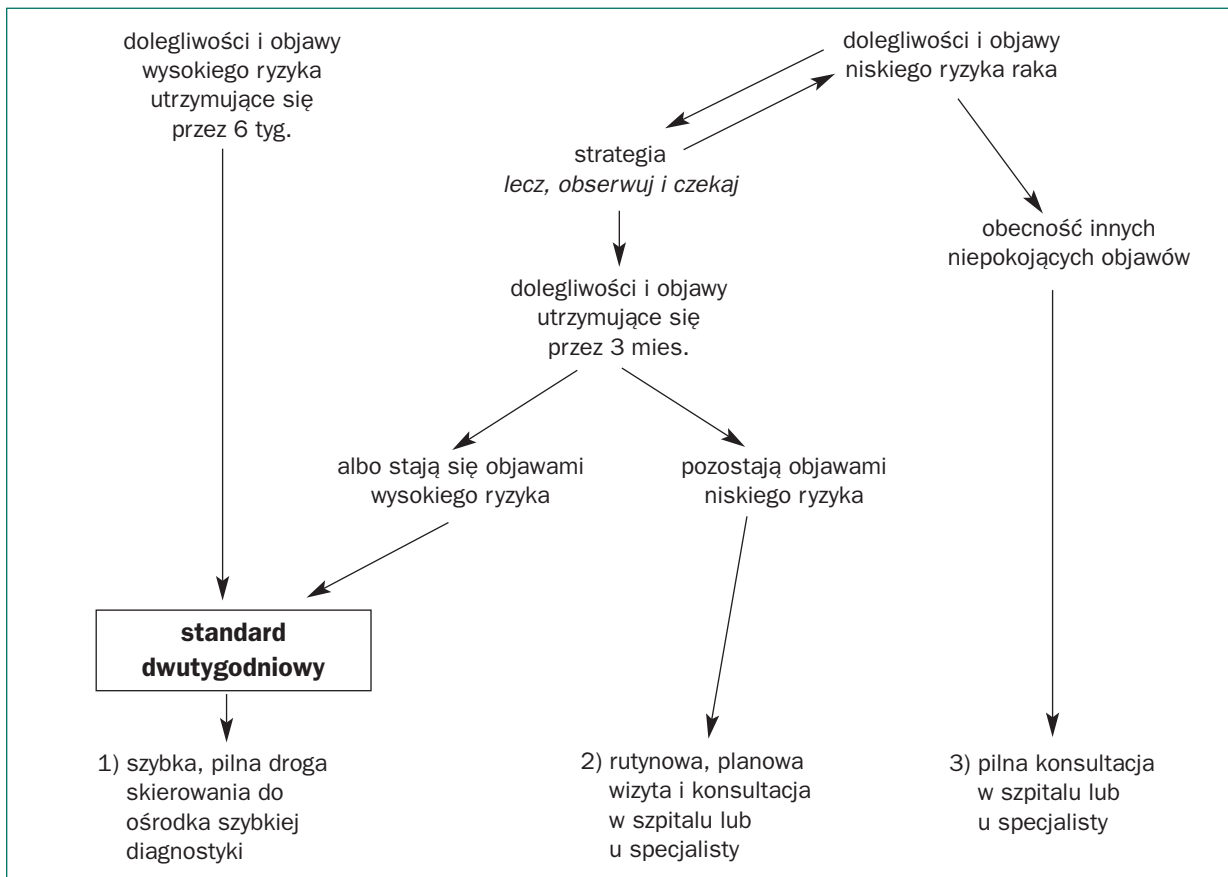
jest prawdopodobnym, że pacjenci ze zmianami łagodnymi, takimi jak guzki krwawnicze i zespół jelita nadwrażliwego, będą mieli nawracające dolegliwości przez długi czas, a ci z ostrymi zakażeniami będą mieli przejściowe objawy. Dlatego też jest prawdopodobnym, że te nowe i trwałe objawy będą miały

wyższą wartość prognostyczną i diagnostyczną niż objawy przejściowe i nawracające;

- test Haemocult ma małą wartość diagnostyczną u pacjentów objawowych przebywających w szpitalu i nie ma żadnej dowiedzionej wartości w opiece podstawowej. Ma małą wartość w przypadku pacjentów z niedokrwistością [7];
- jak dotąd nie ma żadnych dowodów, że pozytywne wywiady rodzinne w przypadku pacjentów objawowych zwiększają ryzyko raka jelita grubego [2].

Zalecenia

Zaleca się, że profile wiek/objaw/oznaka choroby, wymienione w tab. 1., wtedy kiedy są nowe i utrzymujące się powinny zostać użyte do identyfikacji pacjentów w celu szybkiego skierowania do szpitala na podstawie DWUTYGODNIOWEGO STANDARDU – TWO WEEK STANDARD. Oceniono, że te kryteria wyższego ry-



Ryc. Trzy drogi skierowań chorych do diagnostyki zależnie od pilności i wysokości ryzyka raka jelita grubego

1) szybka, pilna droga skierowania do ośrodka szybkiej diagnostyki

2) rutynowa, planowa wizyta i konsultacja w szpitalu lub u specjalisty

3) pilna konsultacja w szpitalu lub u specjalisty

zyka powinny identyfikować 85–90 proc. wszystkich pacjentów z rakiem jelita grubego i odbytnicy zgłaszających się do przychodni. Jest równie ważnym podkreślenie znaczenia identyfikowania pacjentów o niskim ryzyku raka, którzy mogą być bezpiecznie leczeni przy zastosowaniu dłuższych strategii *leczenia, obserwacji i czekania* w opiece podstawowej lub mogą być skierowani planowo, rutynowo do szpitala (tab. 2.).

Prowadzenie pacjentów o kryteriach niskiego ryzyka

Około 10–15 proc. pacjentów z rakiem jelita grubego i odbytnicy będzie miało objawy niskiego ryzyka i większość tych pacjentów będzie miała kontynuowaną planową diagnostykę w klinikach. Tak więc uważne strategie prowadzenia *leczenia, obserwacji i czekania* będą potrzebne w celu uniknięcia nadmiernych opóźnień czasowych przed skierowaniem tych pacjentów do kliniki, utrzymując całkowitą liczbę skierowań na poziomie minimum. Jednakże wszystkich pacjentów z objawami utrzymującymi się dłużej niż 3 mies. należy uznać za przypadki nadające się do diagnostyki i leczenia klinicznego. Jeśli pacjenci z objawami niskiego ryzyka są nazbyt niespokojni, albo znajdują się w grupie wiekowo młodszej z utrzymującymi się objawami podwyższonego ryzyka, szybka wizyta we właściwej klinice jest wskazana jako trzecia droga lub przyspieszenie skierowania jak pokazano na ryc.

Podsumowanie

Długie opóźnienia w leczeniu znaczącej liczby pacjentów z rakiem jelita grubego nie uległy zmianie przez minionych 50 lat, pomimo działań odwołujących się do świadomości ogółu i zale-

canych wytycznych dla lekarzy opieki podstawowej. Istnieje nadzieja, że identyfikacja profili wiek/objaw/oznaka choroby, określająca pacjentów o podwyższonym lub niskim stopniu ryzyka raka z różnymi przyspieszeniami skierowań i lepszym leczeniem niedokrwiistości (IDA) znacznie podniosą efektywność i skuteczność diagnostyki raka jelita grubego. Powinno to w znaczącym stopniu polepszyć jakość opieki nad wieloma pacjentami z rakiem, i może zwiększyć szanse przeżycia tych, którzy obecnie doświadczają długich opóźnień przed skierowaniem na leczenie. Celem zalecanych wytycznych jest także polepszenie jakości opieki nad wieloma pacjentami bez raka, poprzez bezpieczne unikanie niepotrzebnych przykrych przeżyć związanych ze skierowaniem do szpitala i leczeniem, szczególnie w przypadku tych pacjentów z objawami przejściowymi, przerywanymi i/lub niskiego ryzyka. Jednakże należy podkreślić, że wielu pacjentów z utrzymującymi się objawami, nawet jeśli są one niskiego ryzyka, będzie w efekcie końcowym potrzebowało badania szpitalnego, ponieważ będą stanowili oni do 15 proc. wszystkich pacjentów z rakiem okrężnicy zgłaszających się do przychodni. Oznacza to, że nawet przy wysoce wydajnym prowadzeniu wszystkich pacjentów z objawami z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, duża liczba pacjentów będzie nadal wymagała specjalistycznych badań. Szybka diagnoza wszystkich pacjentów z rakiem jelita grubego, nie tylko tych z podwyższonym ryzykiem, nie może być osiągnięta bez istotnego wzrostu środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Podstawowym celem zalecanych wytycznych nie jest określenie czy pacjent powinien być skierowany do szpitala, czy nie, ale informa-

cja/porada dotycząca szybkości skierowania tak, aby pacjenci z podwyższonym ryzykiem byli kierowani niezwłocznie, a większość pacjentów o niskim ryzyku, mając zapewnione dłuższe okresy *czekania pod obserwacją* w opiece podstawowej, bezpiecznie unikała skierowań szpitalnych.

Piśmiennictwo

1. Fijten GH, et al. *Predictive value of signs and symptoms for colorectal cancer in patients with rectal bleeding in general practice*. Fam Proct 1995; 12: 279-86 (C study; Level 3).
2. Metcalf JV, Smith J, Jones R, Record CO. *Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy*. Br J General Proct 1996; 46: 161-4 (C study; Level 3).
3. Mant A, et al. *Rectal bleeding. Do other symptoms aid in diagnosis?* Dis Colon Rectum 1989; 32: 191-6 (C study; Level 3).
4. Ellis BG, Jones M, Thompson MR. *Rectal bleeding in General Practice: Who needs referral?* Colorectal Dis 1999; 1 (suppl. 1): 23-4 (C study; Level 4).
5. Thompson MR, et al. *The effective management of colorectal cancer*. In: *UK recent advances in Clinical Practice Series 2002*; eds. Cunningham D., Topham C., Miles A.
6. Chave H, et al. *Characteristics of change in bowel habit in patients with colorectal cancer*. Colorectal Dis 2000; 2 (suppl. 1), 1-02 (C study; Level 4).
7. Kronborg O, et al. *Randomized study of screening for colorectal cancer with faecal occult blood test*. Lancet 1996; 348: 1467-71.

prof. dr hab. med. Krzysztof Bielecki
kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej
i Gastroenterologicznej CMKP
w Warszawie

dr med. Wiesław Tarnowski
Klinika Chirurgii Ogólnej
i Gastroenterologicznej CMKP
w Warszawie