

Główne problemy programów populacyjnych w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów raka jelita grubego

Jarosław Reguła

Klinika Gastroenterologii Onkologicznej
Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
Warszawa

Metody badań przesiewowych

- Testy wykrywające raka

- gwajakolowy test na krew utajoną w kale – co rok
- immunochemiczne badania stolca – co 1-3 lata
- DNA w stolcu

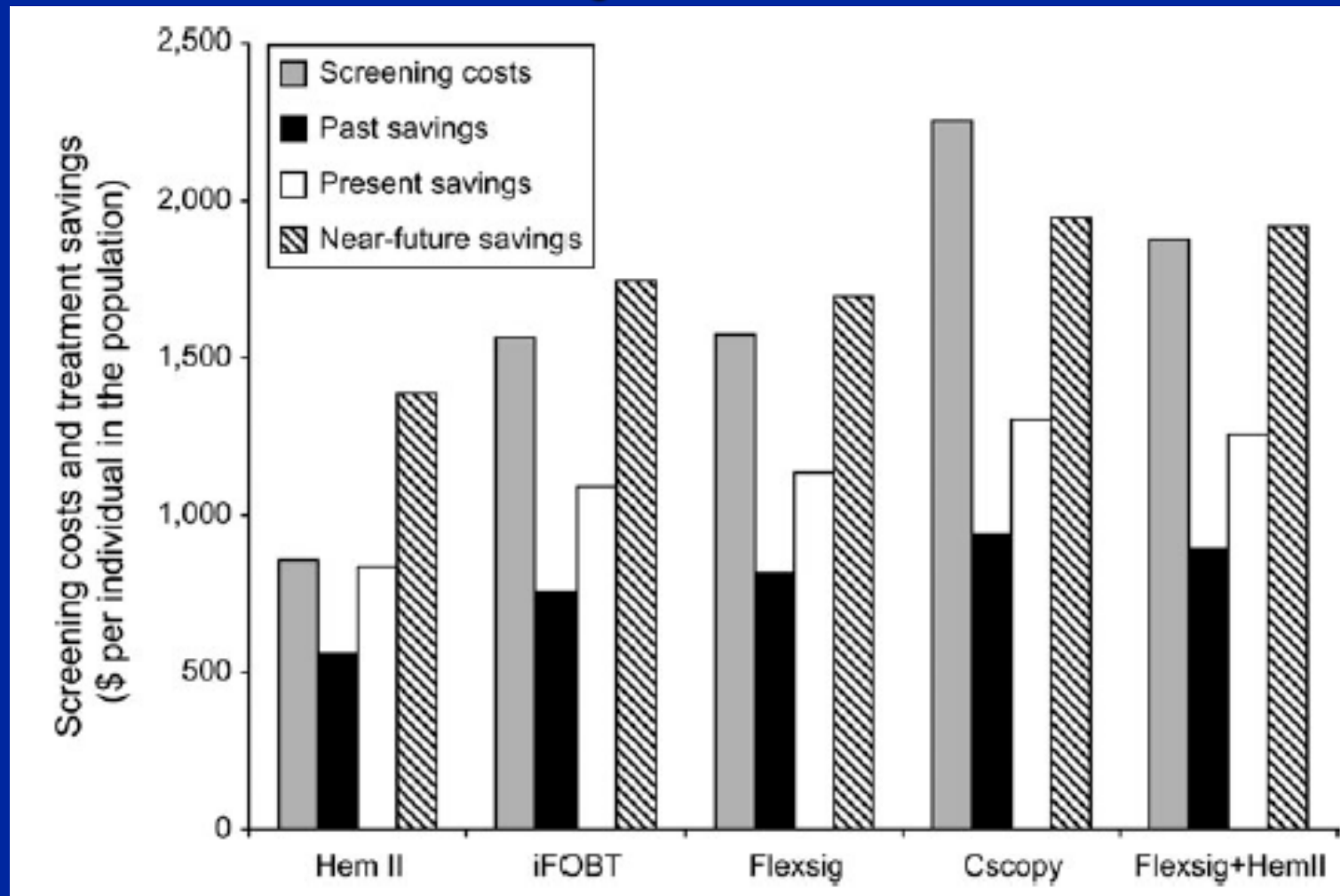
- Testy wykrywające raka i polipy

- sigmoidoskopia (1/3 jelita) – co 5 lat
- kolonoskopia – co 10 lat (raz w życiu)
- wirtualna kolonoskopia (CT kolonografia)

Skrining w raku j grubego

- wszystkie metody – są kosztowo-efektywne
- większość z nich jest – kosztowo-oszczędzające
- najlepsza jest ta metoda, która jest stosowana (dobrze)
(w Polsce funkcjonuje program kolonoskopowy,
który jest optymalny w warunkach polskich)

Skrining raka jelita grubego daje oszczędności !!!!



Lansdorp-Vogelaar I et al. J Natl Cancer Inst 2009

Badanie populacyjne, RCT, 18,114 uczestników

FIT vs sigmoidoskopia vs kolonoskopia

	FIT	Sigmo	Colo
Zgłaszalność	32%	32%	27%
Zgłasz (Verona)	56%	52%	47%
Rak	0,1%	0,6%	0,8%
Zaaw. gruczolak	1,1%	4,6%	6,3%

Segnan N et al. Gastroenterology 2007

Kolonoskopia vs FIT

Hiszpania RCT, 53,302 uczestników

	FIT	Kolo
Zgłaszalność	34%	25%
Zaaw neoplasia		
proksymalna	0,2%	0,8%
dystalna	0,9%	1,5%

Quintero E et al. NEJM 2012

Badania przesiewowe na świecie

- klasyczny test na krew utaj. – Francja, Finlandia, UK
- immunologiczny – ” – Holandia od 2013
- sigmoidoskopia – UK od 2012
- kolonoskopia – Niemcy , Austria, Polska, Włochy, Czechy (odejście od FOBT)
- wszystkie powyższe - USA

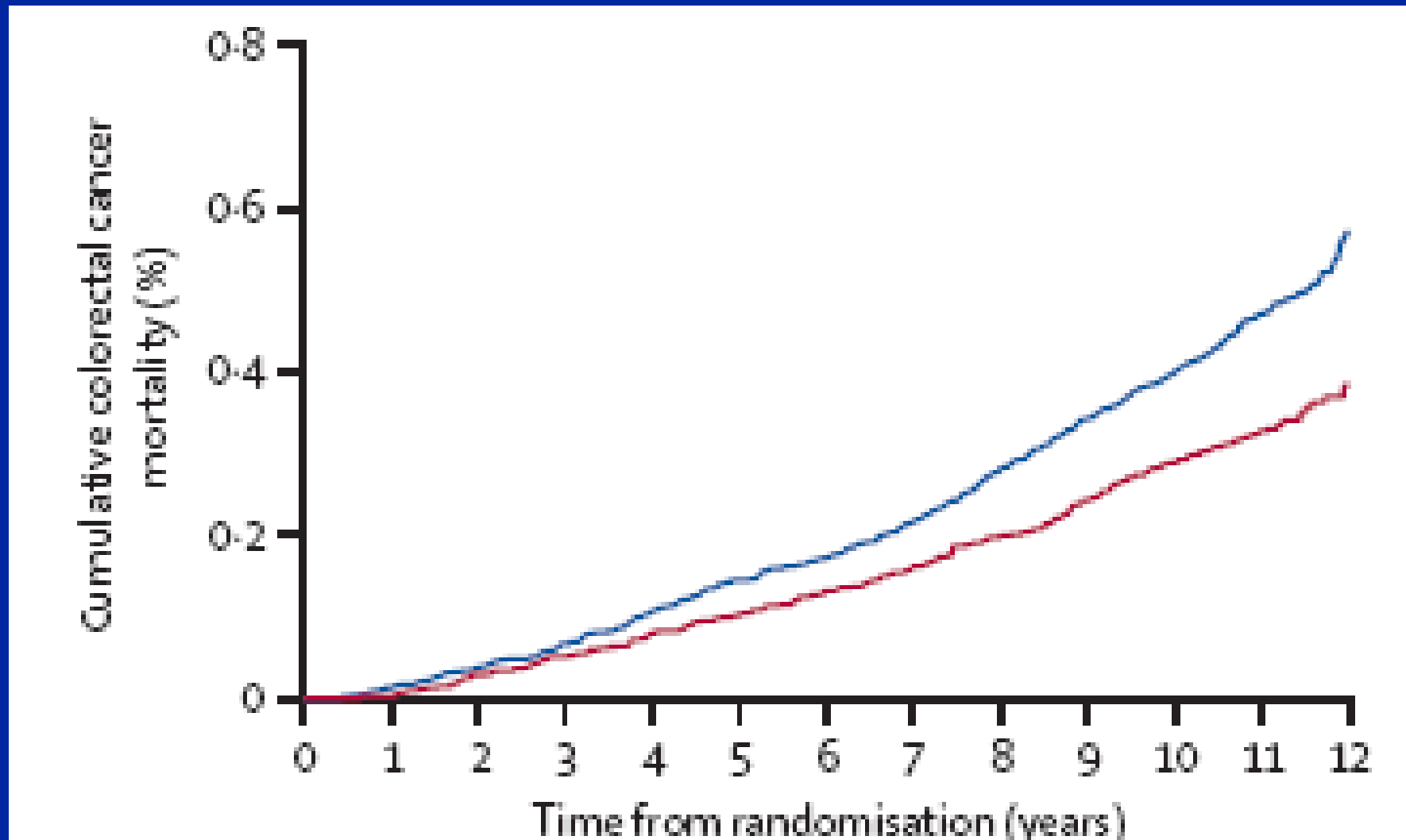
Kolonoskopia jako badanie przesiewowe – dlaczego?

- **prostota:** strategia jednostopniowa
- **prostota:** organizacja b. prosta (raz w życiu)
- **niski koszt:** 100 euro/zabieg
- koszty **całego** programu - najtańsze
- poprzednie badanie z użyciem testu stolca (lata 80-te) - 16% akceptacja

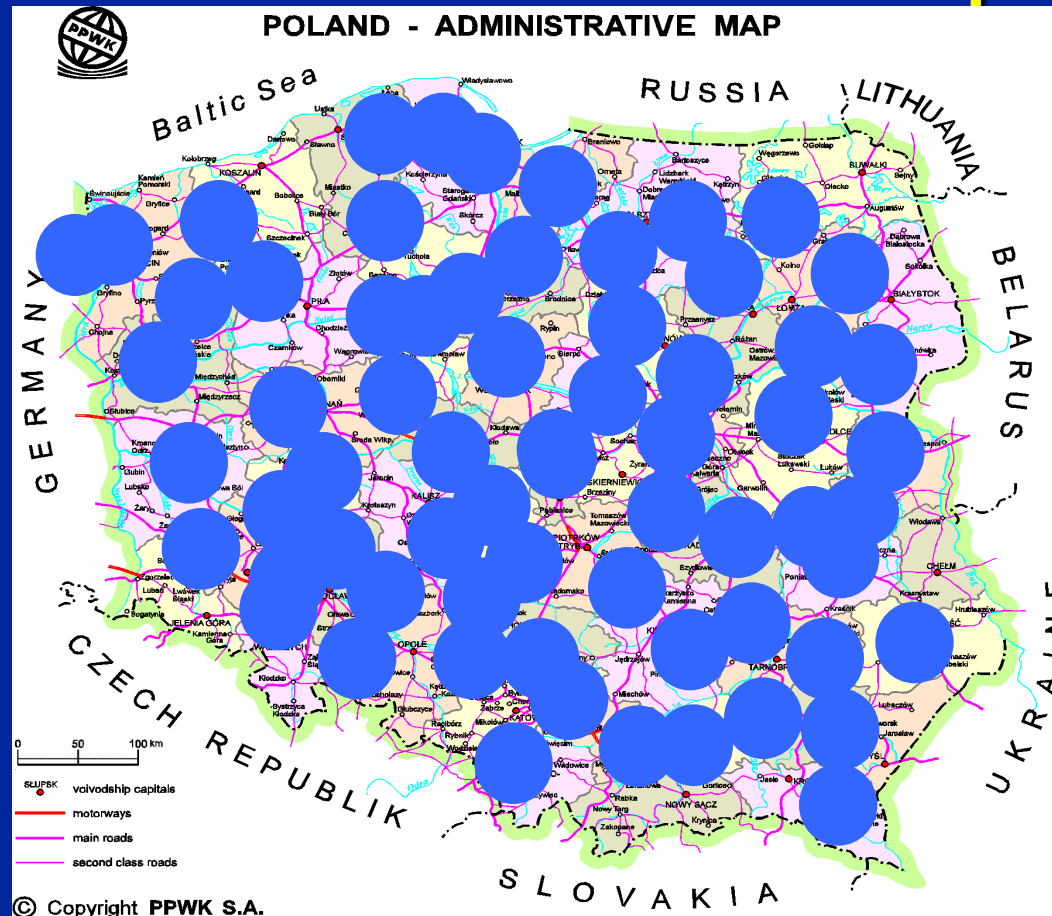
Wady kolonoskopii przesiewowej

- Badanie inwazyjne
- Niższa zgłaszalność
- Wyższy koszt początkowy
- Potrzeba kontroli jakości

Efekt jednej sigmoidoskopii



Program oportunistyczny – ale zorganizowany - ok. 300 000 kolonoskopii od 2000



91 ośrodków
w 2010/2011

Metody programu oportunistycznego

- rekrutacja oportunistyczna - lekarze POZ
- dodatkowe godziny pracy endoskopii
- kolonoskopie wykonywane ambulatoryjnie
- większość (70%) bez sedacji
- wspólna baza danych
 - monitorowana centralnie

Kryteria włączenia

- ludzie zdrowi,
- wiek 50-65 lat (40-65 gdy wywiad rodzinny)
- pisemna zgoda

ORIGINAL ARTICLE

Colonoscopy in Colorectal-Cancer Screening for Detection of Advanced Neoplasia

Jaroslav Regula, M.D., Maciej Rupinski, M.D., Ewa Kraszewska, M.Sc.,
Marcin Polkowski, M.D., Jacek Pachlewski, M.D., Janina Orlowska, M.D.,
Marek P. Nowacki, M.D., and Eugeniusz Butruk, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Recommendations for colorectal-cancer screening are based solely on age and family history of cancer, not sex.

METHODS

We performed a cross-sectional analysis of the data from a large colonoscopy-based screening program that included 50,148 participants who were 40 to 66 years of age.

From the Department of Gastroenterology, Medical Center for Postgraduate Education, and the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology (J.R., M.R., M.P., J.P., J.O., E.B.); and the Departments of Biostatistics (E.K.) and Colorectal Cancer (M.P.N.), Maria Skłodowska-Curie

Wyniki

lata 2000-2009 (189 196 kolonoskopii)

• Rak	-	1,760	(0.93 %)
• Gruczolaki istotne (HGD, >1 cm, kosmkowe)	-	10,690	(5.65 %)
• Raki lub gruczolaki istotne	-	12,450	(6.58 %)

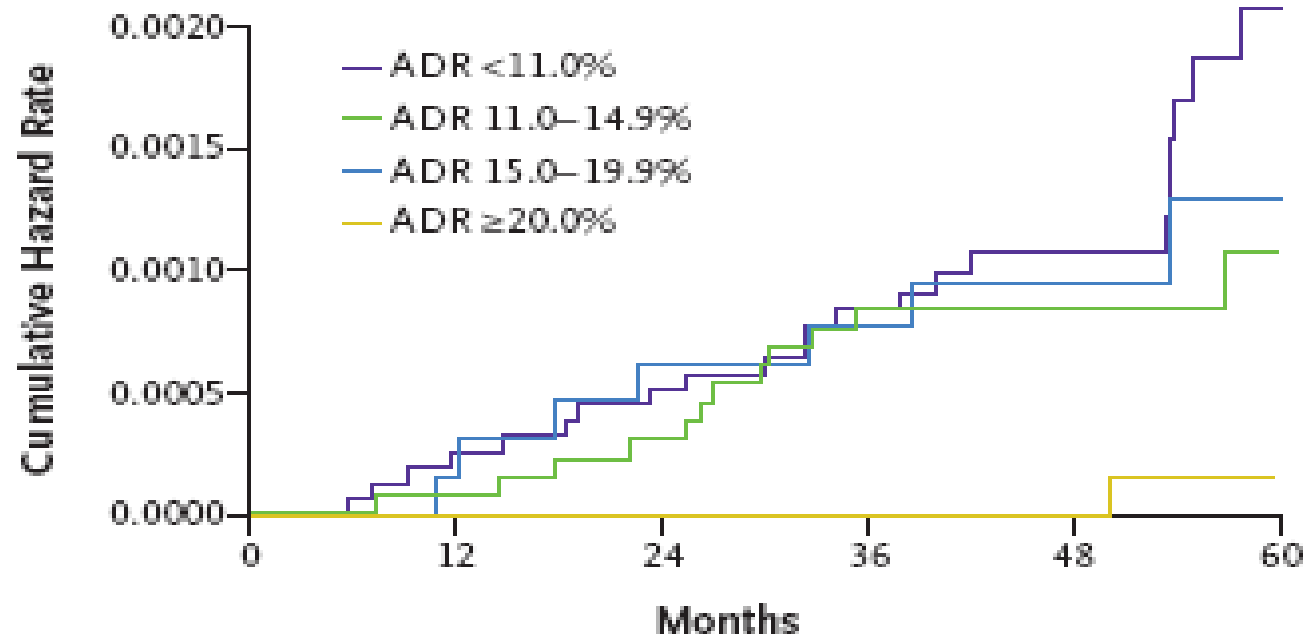
ORIGINAL ARTICLE

Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer

Michal F. Kaminski, M.D., Jaroslaw Regula, M.D., Ewa Kraszewska, M.Sc.,
Marcin Polkowski, M.D., Urszula Wojciechowska, M.D., Joanna Didkowska, M.D.,
Maria Zwierko, M.D., Maciej Rupinski, M.D., Marek P. Nowacki, M.D.,
and Eugeniusz Butruk, M.D.

Ryzyko raka interwałowego

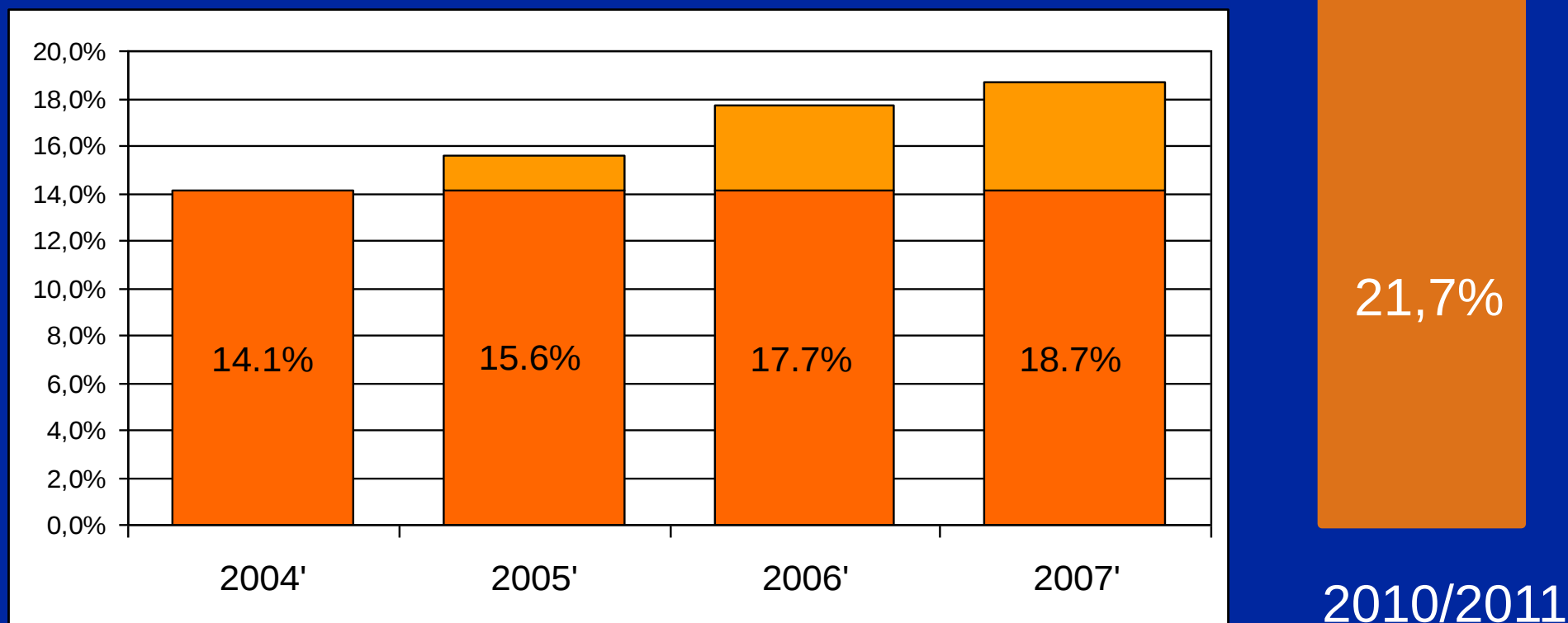
- w zależności od jakości endoskopisty



No. at Risk

ADR <11.0%	15,883	15,805	15,744	15,669	9355	4717
ADR 11.0–14.9%	13,281	13,223	13,182	13,120	7571	4003
ADR 15.0–19.9%	6,607	6,582	6,562	6,539	4022	2529
ADR ≥20.0%	9,255	9,235	9,202	9,166	7155	5548

Średnia jakość endoskopistów z upływem lat



Kaminski MF et al. Gastrointest Endosc 2009;69(5):AB215.

Tylko kolonoskopia (dobrej jakości) jest
w stanie wykryć taką nieprawidłowość



Program populacyjny - od 2012

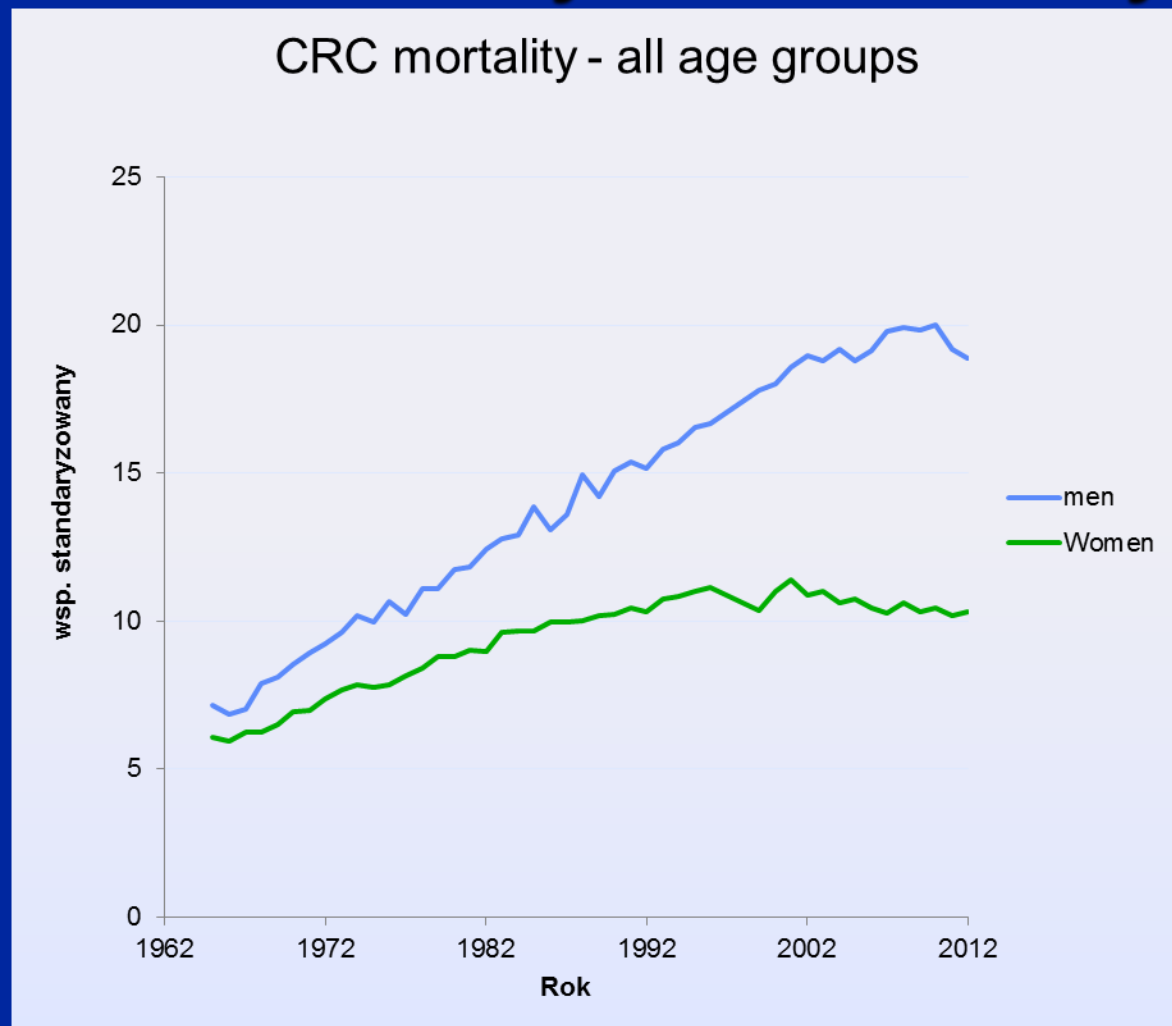
- Wysokiej jakości zaproszenia w 5 ośrodkach
- System zapraszany w pełni rozwinięty 4-5 lat
(planowane 130 ośrodków)
- Data kolonoskopii wyznaczona w zaproszeniu
(metodologia z badania NordICC)
- Jedna w życiu kolonoskopia - wiek 55-64 lata
- Stopniowo zwiększany zakres terytorialny i kohort
urodzeniowych
- Pełne pokrycie populacji od 2021 (zakładając 30%
zgłaszalność)

Wbudowany system ewaluacji

- Grupy: niebieska) - zaproszenie w danym roku
 biała) - zaproszenie opóźnione

[illegible]

Efekt populacyjny w Polsce zaczyna być widoczny...



Dane niepublikowane,
U. Wojciechowska
Centrum Onkologii, W-wa

Aktualna koncepcja

Kolonoskopia raz w życiu jako jedyny test skriningowy
w wieku około 60 lat



Aktualna sytuacja

- Stary program 2000- 2011 – stworzono ośrodki dobrej jakości, wyszkolono endoskopistów
→ aby rozpocząć program populacyjny
- Nowy program od 2012 – wprowadzany stopniowo
- Główne cechy nowego programu:
 - Jedna kolonoskopia w życiu wiek 55-64
 - Wysokiej jakości zaproszenia
 - System ewaluacji w czasie implementacji

Propozycja działania (aplikacji)

- **Tworzenie** nowych ośrodków przesiewowych
(sprzęt kolonoskopowy, personel, szkolenia)
- **Finansowanie funkcjonowania** utworzonych ośrodków
- Włączenie do istniejącego Programu Przesiewowego
 - platforma informatyczna gotowa
 - wysyłka zaproszeń centralna
 - ewaluacja efektów
 - pomoc w szkoleniu