

Скрининг на колоректальный рак – обзор тестов

Кому будет
интересно:

#онколог

#гастроэнтеролог

#терапевт

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (КРР) ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕТЬЕЙ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ВО ВСЕМ МИРЕ. ПО ДАННЫМ GLOBOCAN, ЗА 2020 Г. БЫЛО ВЫЯВЛЕНО БОЛЕЕ 1,9 МЛН НОВЫХ СЛУЧАЕВ КРР И ЗАРЕГИСТРИРОВАНО 930 000 СМЕРТЕЙ. УВЕЛИЧИЛАСЬ ДОЛЯ ЗАБОЛЕВШИХ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОЖЕ 55 ЛЕТ.



большинстве случаев КРР развивается из аденоматозных полипов толстого кишечника. В среднем процесс малигнизации происходит в течение 5–10 лет. Длительное время заболевание протекает бессимптомно и часто обнаруживается на поздних стадиях.

В настоящее время программы скрининга признаны эффективными методами, позволяющими улучшить прогноз и снизить смертность. Своевременное выявление опухоли увеличивает шансы на успешное лечение. Раннее выявление и удаление полипов толстого кишечника позволяет осуществлять профилактику злокачественного новообразования.

Существует два основных типа скрининговых тестов:

- инвазивные;
- неинвазивные.

Инвазивные тесты

КОЛОНОСКОПИЯ является золотым стандартом скрининга КРР.

Преимущества: возможность исследования толстого кишечника на всем протяжении, одномоментное проведение диагностической биопсии или полипэктомии; высокая чувствительность.

Недостатки: требуется предварительная подготовка кишечника, возникновение у пациентов болевых ощущений во время проведения обследования, иногда требующих седации, риск возможных осложнений, высокая стоимость.

СИГМОСКОПИЯ

Преимущества: более простая подготовка к исследованию, нет необходимости применения седации, возможность одномоментного проведения диагностической биопсии или полипэктомии.

Недостатки: отсутствие возможности обследовать правые отделы толстого кишечника.

КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

Преимущества: минимально инвазивная процедура, не вызывающая неприятных ощущений.

Недостатки: соблюдение диеты перед процедурой, предварительная подготовка кишечника, высокая стоимость, одобрена для применения в качестве диагностического, но не скринингового метода.

Неинвазивные тесты

АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Три варианта анализа.

1) Гваяковая проба (gFOBT – guaiac fecal occult blood test).

Преимущества: безболезненность выполнения; небольшая стоимость, возможность проведения в домашних условиях.

Недостатки: соблюдение диеты перед процедурой, при положительном результате проводится колоноскопия для дальнейшего обследования, высокая частота ложноотрицательных и ложноположительных результатов

2) Бензидиновый тест.

Преимущества: безболезненность выполнения, небольшая стоимость, более высокая чувствительность метода (по сравнению с гваяковой пробой на скрытую кровь).

Недостатки: соблюдение диеты перед процедурой, при положительном результате проводится колоноскопия для дальнейшего обследования, высокая частота ложноотрицательных и ложноположительных результатов.

3) Фекальный иммунохимический тест (FIT – fecal immunochemical test).

Преимущества: безболезненность выполнения, отсутствие необходимости придерживаться диеты, более высокая чувствительность метода (по сравнению с анализом кала на скрытую кровь с помощью гваяковой или бензидиновой проб).

Недостатки: при положительном результате проводится колоноскопия для дальнейшего обследования.

Недостатком всех анализов на определение скрытой крови в кале являются низкие показатели выявления КРР правосторонней локализации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДНК В КАЛЕ (STOOL-BASED DNA, SDNA)

Тест выявляет патологическую ДНК опухолевых клеток в кале.

Преимущества: безболезненность выполнения, отсутствие необходимости соблюдения диеты, более высокая чувствительность (по сравнению с другими неинвазивными тестами) при выявлении крупных аденом толстого кишечника.

Недостатки: заморозка образца кала после сбора материала, при положительном результате потребуется проведение колоноскопии для дальнейшего обследования, высокая стоимость.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ КИШЕЧНИКА (В РОССИИ НЕ ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДОВ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПРИ СКРИНИНГЕ КРР)

Преимущества: в отличие от колоноскопии не является инвазивным методом, не требуется седация пациентов.

Недостатки: тщательная предварительная подготовка кишечника, повышенная лучевая нагрузка, при обнаружении полипов выполняется традиционная колоноскопия.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ (ИИ) КАК ДОПОЛНЕНИЕ К СКРИНИНГУ НА КРР

В 2022 г. было опубликовано исследование, в котором Geisinger Health System и Medial EarlySign использовали алгоритм машинного обучения, чтобы отметить пациентов с высоким риском развития КРР, которые пропустили обычную колоноскопию.

Алгоритм, разработанный EarlySign, идентифицировал людей как пациентов с высоким риском, анализируя их возраст, пол и недавний амбулаторный общий анализ крови. Затем пациентов звала медсестра, которая сообщила им об их риске и предложила назначить колоноскопию для завершения скрининга.

Из пациентов, отмеченных как таковые с высоким риском, у 68% была запланирована колоноскопия, и из них примерно у 70% был значительный результат.

Заключение

За последние десятилетия в ряде стран создаются оптимальные программы скрининга КРР, которые могут отличаться между собой.

В некоторых странах у лиц со средним риском КРР рекомендовано начинать скрининг с 45 лет.

Основные методики скрининга КРР – фекальный иммунохимический тест на скрытую кровь и колоноскопия.

В России рекомендовано проведение фекального иммунохимического теста на скрытую кровь в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в 2 года; в возрасте от 65 до 75 лет включительно – 1 раз в год.

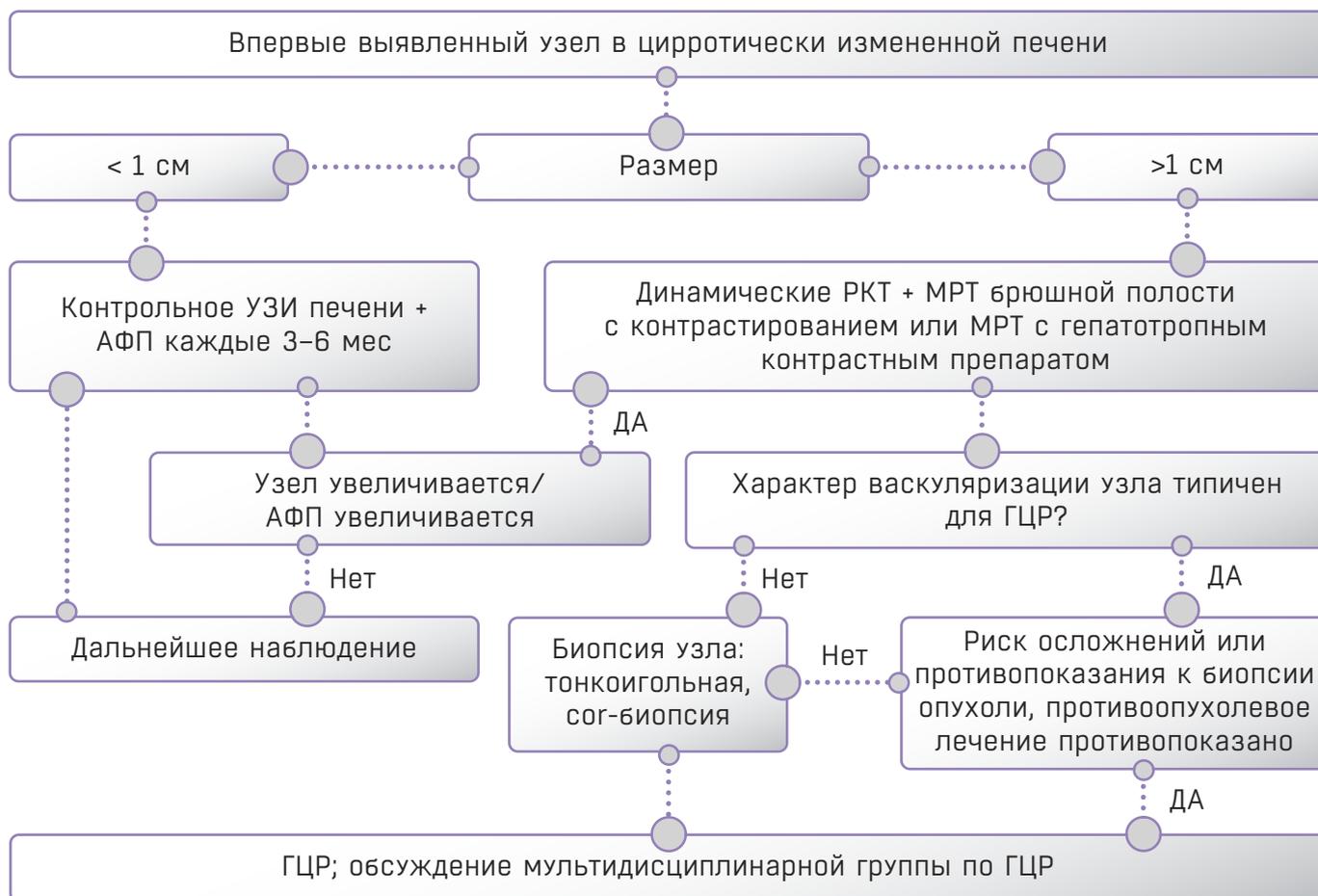
В случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога (в рамках второго этапа диспансеризации) рекомендовано проведение колоноскопии.

Литература

1. Morgan E, Arnold M, Gini A, et al Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. Gut. 2023;72:338-344.
2. Siegel RL, et al. Colorectal cancer statistics, 2023, CA: A Cancer Journal for Clinicians (2023). DOI: 10.3322/caac.21772
3. Underberger D, et al. Collaboration to Improve Colorectal Cancer Screening Using Machine Learning. NEJM Catalyst. 2022. DOI: 10.1056/CAT.21.0170
4. Hüneburg R, et al. Real-time use of artificial intelligence (CADEYE) in colorectal cancer surveillance of patients with Lynch syndrome – A randomized controlled pilot trial (CADLY). United European Gastroenterology Journal. 2022. DOI: 10.1002/ueg2.12354
5. Ali O, Gupta S, Brain K, Lifford KJ, Paranjothy S, Dolwani SJ. Acceptability of alternative technologies compared with faecal immunochemical test and/or colonoscopy in colorectal cancer screening: A systematic review. Med Screen. 2023 Mar;30(1):14-27. DOI: 10.1177/09691413221109999. Epub 2022 Aug 29.
6. Lyalyukova EA, Amanatidis LA, Konovalova GM, Ovsyannikova SYu. Colorectal cancer screening: how the problem is solved in Russia and the world. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2022;205(9): 183–189. (In Russ.). DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-205-9-183-189
7. Полянская Е.А., Федянин М.Ю., Трякин А.А., Тюляндин С.А. Скрининг рака толстой кишки: достижения и перспективы. Онкологическая колопроктология. 2018;8(4):11–29.

ШПАРГАЛКА

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА



АФП – альфа-фетопротеин;
ГЦР – гепатоцеллюлярный рак;

КТ – компьютерная томография;
МРТ – магнитно-резонансная томография.

Источник: Рак печени (гепатоцеллюлярный).
Клинические рекомендации. 2022.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ОБНОВЛЕНО РУКОВОДСТВО ПО ПЕРВОНАЧАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

3 апреля в Журнале клинической онкологии (Journal of Clinical Oncology) было опубликовано обновленное руководство Американского общества клинической онкологии (ASCO) по первоначальному лечению прогрессирующего рака предстательной железы.

С момента публикации предыдущих рекомендаций в 2021 г. появились новые данные клинических исследований и были одобрены новые препараты для лечения рака простаты.

Для пациентов с прогрессирующим раком предстательной железы одобрены препараты доцетаксел, абиратерон, энзалутамид, апалутамид или даролутамид в комбинации с андроген-депривационной терапией (АДТ). В исследованиях продемонстрировано, что триплет-терапия более эффективна по сравнению с дуплет-терапией. Рекомендованные комбинации для

лечения прогрессирующего, рецидивирующего или метастатического рака предстательной железы: доцетаксел плюс абиратерон плюс АДТ; доцетаксел плюс даролутамид плюс АДТ.

Комбинация доцетаксел плюс АДТ рекомендована пациентам с метастазами большого объема (четыре или более метастазов в кости, один или несколько из которых находятся вне позвоночника или таза, и/или наличие любого висцерального заболевания), которые не хотят получать тройную терапию. Пациентам важно сообщать, что дуплет-терапия (доцетаксел плюс АДТ) показала более низкую общую выживаемость по сравнению с триплет-терапией (абиратерон и преднизон плюс доцетаксел плюс АДТ).

Ознакомиться подробнее: Virgo KS et al. Initial Management of Noncastrate Advanced, Recurrent, or Metastatic Prostate Cancer: ASCO Guideline Update, Journal of Clinical Oncology. 2023. DOI: 10.1200/JCO.23.00155