



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2021

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego

Przedstawiono przy wsparciu:



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

FIGHT
★
COLORECTAL CANCER



Dokument dostępny online na stronie [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)



**Kiedy usłyszysz
słowo „nowotwór”,
możesz poczuć
się zagubiony**



**Niech
NCCN Guidelines
for Patients®
będą Twoim
przewodnikiem**

- ✓ Przewodniki „krok po kroku” po opcjach leczenia raka, które mogą zapewnić najlepsze wyniki
- ✓ Na podstawie wytycznych dotyczących metod leczenia stosowanych przez lekarzy na całym świecie
- ✓ Zaprojektowany, aby pomóc w rozmowie z lekarzami na temat leczenia raka



NCCN Guidelines for Patients® zostały opracowane przez National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)



NCCN

- ✓ Stowarzyszenie wiodących ośrodków onkologicznych w Stanach Zjednoczonych zajmujących się opieką nad pacjentem, badaniami i edukacją

Ośrodki onkologiczne będące częścią NCCN:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ Opracowane przez lekarzy z ośrodków onkologicznych NCCN z wykorzystaniem najnowszych badań i wieloletniego doświadczenia
- ✓ Dla onkologów na całym świecie
- ✓ Zalecenia ekspertów dotyczące badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia raka

Dokument dostępny bezpłatnie online pod adresem
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Przedstaw informacje z NCCN Guidelines w przystępnej formie
- ✓ Dla osób chorych na raka i tych, którzy je wspierają
- ✓ Wyjaśnij, jakie opcje opieki onkologicznej mogą zapewnić najlepsze wyniki

Dokument dostępny bezpłatnie online pod adresem
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Niniejsze NCCN Guidelines for Patients są oparte na NCCN Guidelines® dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, wersja 2.2021 – 13 kwietnia 2021 r.

© 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. NCCN Guidelines for Patients i ilustracje zawarte w niniejszym dokumencie nie mogą być powielane w żadnej formie w żadnym celu bez wyraźnej pisemnej zgody NCCN. Nikt, w tym lekarze i pacjenci, nie może wykorzystywać NCCN Guidelines for Patients w jakimkolwiek celu komercyjnym i nie może oświadczać, przedstawiać ani sugerować, że NCCN Guidelines for Patients, które zostały w jakikolwiek sposób zmodyfikowane, pochodzą z, są oparte na, lub wynikają z NCCN Guidelines for Patients. NCCN Guidelines są stale rozwijane i mogą być weryfikowane tak często, jak dostępne będą nowe istotne dane. NCCN nie udziela żadnych gwarancji dotyczących ich treści, wykorzystania lub zastosowania i zrzeka się jakiegokolwiek odpowiedzialności za ich zastosowanie lub wykorzystanie w jakikolwiek sposób.

NCCN Foundation stara się wspierać miliony pacjentów, u których rozpoznano raka i ich rodziny poprzez finansowanie i dystrybucję NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation jest również zaangażowana w rozwój leczenia raka poprzez finansowanie obiecujących lekarzy w kraju w centrum innowacji w badaniach nad rakiem. Aby uzyskać więcej informacji i pełną bibliotekę zasobów dla pacjentów i opiekunów, odwiedź stronę [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215 690 0300



NCCN Guidelines for Patients są wspierane przez finansowanie NCCN Foundation®

Aby zrobić prezent lub dowiedzieć się więcej, odwiedź stronę NCCNFoundation.org/donate lub wyślij e-mail na adres PatientGuidelines@NCCN.org.



Wspierane również przez Fight Colorectal Cancer

Toczymy walkę, aby wyleczyć raka jelita grubego i służymy jako nieugięci orędownicy nadziei dla wszystkich dotkniętych tą chorobą poprzez świadome wsparcie pacjentów, znaczącą zmianę polityki i przełomowe wysiłki badawcze. Jako organizacja, której celem jest pomaganie społeczności w znajdowaniu zaufanych zasobów, aby umożliwić jej członkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia, z dumą wspieramy to wszechstronne źródło. Fightcolorectalcancer.org

Przy hojnym wsparciu:

Kristina Gregory
Lois i Donald Howland
John Kisiel
Wui-Jin Koh
Elizabeth i Brian Rizor
Marianne i Gary Weyhmuller



Spis treści

- 6 Badania przesiewowe w kierunku nowotworów ratują życie
- 14 Przeciętne ryzyko raka jelita grubego
- 20 Historia zdrowia rodziny
- 26 Polipy jelita grubego a rak
- 33 Nieswoiste zapalenie jelit
- 39 Zasoby
- 40 Słowa do zapamiętania
- 43 Współtwórcy NCCN
- 44 NCCN Cancer Centers
- 46 Indeks

1

Badania przesiewowe w kierunku nowotworów ratują życie

- 7 Co to jest rak jelita grubego?
- 9 Dlaczego warto poddać się badaniu przesiewowemu?
- 10 Kto powinien poddać się badaniom przesiewowym?
- 12 Co poza badaniami przesiewowymi ratuje życie?
- 13 Najważniejsze informacje



Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym nowotworem na świecie. Badania przesiewowe mogą zapobiegać rakowi jelita grubego i pozwalają wykryć go na wczesnym etapie, kiedy wyleczenie jest bardziej prawdopodobne.

Co to jest rak jelita grubego?

Ciało ludzkie składa się z ponad 30 bilionów komórek. Rak to choroba wywodząca się z nieprawidłowych komórek, które wymykają się spod kontroli. Rak jelita grubego odnosi się do raka okrężnicy lub odbytnicy.

Okrężnica i odbytnica to narządy układu pokarmowego

Układ pokarmowy zajmuje się rozkładaniem pokarmów na składniki odżywcze, które organizm

może wykorzystać. W żołądku pokarm jest rozdrabniany na małe kawałki. W jelicie cienkim prawie wszystkie składniki odżywcze z pożywienia są wchłaniane do krwiobiegu.

Układ pokarmowy usuwa również niestrawiony pokarm z organizmu. W jelicie grubym woda i sole są usuwane z niestrawionego pokarmu, gdy przechodzi on przez okrężnicę. Stałe niestrawione resztki pokarmu nazywane są kałem lub stolcem. Odbytnica utrzymuje stolec, dopóki nie opuści on ciała przez otwór zwany odbytem.

Niektóre polipy rozwijają się do raka jelita grubego

Ściana jelita grubego zbudowana jest z warstw tkanki. Najbardziej wewnętrzna warstwa, która styka się z kałem, nazywana jest błoną śluzową. Obszary nieprawidłowego wzrostu komórek, zwane polipami, często występują w błonie śluzowej.

Okrężnica i odbytnica

Okrężnica i odbytnica są częścią jelita grubego. Okrężnica jest najdłuższą częścią – mierzy około 1 ½ metra (5 stóp) długości. Dzieli się na cztery części: okrężnica wstępująca, poprzeczna, zstępująca i esica. Odbytnica znajduje się blisko końca jelita grubego. Ma około 12 centymetrów (5 cali) długości.



Mimo, że większość polipów nie ewoluuje do nowotworu, prawie wszystkie nowotwory jelita grubego rozwijają się z polipów. Istnieją różne rodzaje polipów, a z niektórymi z nich związane jest większe prawdopodobieństwo przekształcenia się do nowotworu. Transformacja polipa do nowotworu zajmuje wiele lat.

Komórki rakowe charakteryzują się niekontrolowanym wzrostem

Kiedy komórki stają się komórkami nowotworowymi, przestają zachowywać się jak komórki prawidłowe. Naruszają one zasady normalnego wzrostu komórek.

- W przeciwieństwie do komórek prawidłowych, komórki nowotworowe nie umierają wtedy, gdy powinny. Tworzą one również wiele nowych komórek nowotworowych, które z czasem zastępują komórki prawidłowe.
- Komórki nowotworowe nie są nieruchome. Mogą wrastać przez ścianę jelita grubego do sąsiednich narządów i tkanek.

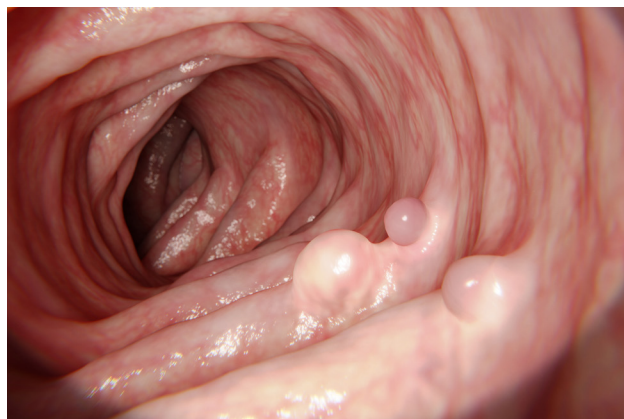
- Komórki nowotworowe mogą rozprzestrzeniać się do innych części ciała. Wewnątrz ściany jelita grubego znajdują się naczynia krwionośne i limfatyczne. Gdy komórki nowotworowe dotrą do tych naczyń, mogą się rozprzestrzeniać.

Klasyfikacja TNM to standardowy sposób grupowania nowotworów według wzrostu i statusu rozprzestrzeniania się. Stadia zaawansowania raka jelita grubego przechodzą od stadium 0 do stadium 4. Im bardziej poważny wzrost i rozprzestrzenianie się nowotworu, tym wyższe stadium.

Rozwijający się rak może powodować objawy. Kiedy pojawiają się objawy, nowotwór jest zwykle zaawansowany i trudniejszy do wyleczenia. Jeśli leczenie nie zadziała, komórki nowotworowe będą rosnąć i sprawiają, że narządy przestaną działać.

Polipy okrężnicy i odbytnicy

Polipy to zmiany, które rosną w ścianie jelita grubego. Mają one wiele kształtów. Wypukłe polipy, które wyglądają jak grzyb, nazywane są polipami uszypułowanymi (po lewej). Polipy siedzące mają okrągłą część górną i szeroką podstawę (po prawej).



Dlaczego warto poddać się badaniu przesiewowemu?

Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego służy wykryciu polipów i nowotworu przed wystąpieniem objawów. Ratuje życie na dwa sposoby:

- **Badania przesiewowe zapobiegają rakowi jelita grubego.** Rakowi można zapobiec poprzez usuwanie polipów, zanim przekształcą się w raka.
- **Badania przesiewowe wykrywają raka na wczesnym etapie, zanim pojawią się objawy.** Kiedy nowotwór zostanie wykryty wcześnie, łatwiej jest przeprowadzić leczenie i wyleczyć go.

Badanie przesiewowe wykonuje się, gdy dana osoba jest zagrożona wystąpieniem rakiem jelita grubego. Istnieje kilka metod badań przesiewowych:

- **Endoskopia** polega na użyciu ręcznego urządzenia, które pozwala lekarzom, takim jak gastroenterologom, zajrzeć do wnętrza okrężnicy i odbytnicy w poszukiwaniu nieprawidłowych narośli.
- **Badania obrazowe** pozwalają uzyskać zdjęcia wnętrza okrężnicy i odbytnicy. Radiolog obejrzy zdjęcia pod kątem nieprawidłowych narośli.
- **Badania laboratoryjne** wykrywają markery nowotworowe w kale, takie jak krew.

Jedyną metodą badań przesiewowych, która pozwala usunąć polipy, jest endoskopia. Endoskopowe procedury przesiewowe w kierunku raka jelita grubego to kolonoskopia i elastyczna sigmoidoskopia.

Usunięte polipy zostaną wysłane do eksperta zwanego patologiem. Ten lekarz będzie szukał komórek nowotworowych w polipach za pomocą mikroskopu. Jeśli komórki nowotworowe zostaną wykryte, stawia się rozpoznanie nowotworu.

Badania przesiewowe a rozpoznanie

Badanie przesiewowe w kierunku raka jest wykonywane, jeśli nie ma żadnych objawów raka jelita grubego. Jeśli występują objawy przedmiotowe lub podmiotowe, celem testów jest znalezienie problemu i postawienie rozpoznania. Zapytaj lekarza o natychmiastowe wykonanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, jeśli masz następujące objawy przedmiotowe lub podmiotowe:

Niedokrwistość z niedoboru żelaza



Krwiste stolce



Zmiany w rytmie wypróżnień



Kto powinien poddać się badaniom przesiewowym?

Ryzyko to prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia. Ryzyko jest częścią życia. Kiedy jemy, podróżujemy i inwestujemy pieniądze, występuje ryzyko. W życiu występuje również ryzyko problemów zdrowotnych, w tym raka.

Niektórzy ludzie są bardziej podatni na raka jelita grubego niż inni

To, co zwiększa ryzyko nazywane jest czynnikiem ryzyka. Na przykład: czynnikiem ryzyka przeziębienia jest bliski kontakt z osobą zakażoną.

Istnieje wiele czynników ryzyka raka jelita grubego. Niektóre z nich można modyfikować, np.:

- Jedzenie wysoko przetworzonej żywności
- Palenie tytoniu
- Brak aktywności fizycznej

Innych czynników ryzyka nie można modyfikować, np.:

- Wiek
- Przebyte choroby

Jeśli występują czynniki ryzyka, nie oznacza to, że zachorowanie na raka jelita grubego jest nieuniknione. Analogicznie, można zachorować na raka jelita grubego, nawet jeśli nie ma się znanych czynników ryzyka.

Niektóre czynniki ryzyka wpływają na moment, w którym należy wykonać badania przesiewowe w kierunku raka

Nie wszystkie czynniki ryzyka mają taki sam wpływ. **Patrz Wskazówka 1**, aby zapoznać się z poziomami ryzyka, które są wykorzystywane do dostosowania badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego do potrzeb każdej osoby.

Dowiedz się, jakie jest Twoje ryzyko zachorowania na raka jelita grubego przed 40. rokiem życia, aby nie rozpocząć procesu badań przesiewowych za późno. Poznaj swoje ryzyko wcześniej, jeśli w Twojej rodzinie występowały przypadki raka jelita grubego.

Wskazówka 1. Poziomy ryzyka raka jelita grubego

Przeciętne ryzyko	Masz co najmniej 45 lat i nie masz innych głównych czynników ryzyka
Podwyższone ryzyko	W Twojej biologicznej rodzinie występowały przypadki raka jelita grubego lub zaawansowanych polipów przedrakowych
	Chorowałeś na raka jelita grubego lub polipy, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka
	Cierpisz na którąkolwiek z wymienionych chorób należących do nieswoistego zapalenia jelit: <ul style="list-style-type: none"> • Wrzodziejące zapalenie okrężnicy • Choroba Leśniowskiego-Crohna
Wysokie ryzyko	Masz jeden z tych dziedzicznych zespołów nowotworowych: <ul style="list-style-type: none"> • Zespół Lyncha • Zespoły polipowatości, takie jak klasyczna i atenuowana rodzinna polipowatość gruczolakowata

Moment, w którym należy rozpocząć badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i powtórzyć je omówiono w kolejnych rozdziałach.

- Rozdział 2 dotyczy badań przesiewowych u osób o przeciętnym ryzyku.
- W rozdziale 3 omówiono badania przesiewowe w przypadku występowania zachorowań na raka jelita grubego lub polipów przedrakowych w rodzinie. Omówiono również pokrótce dziedziczne zespoły nowotworowe.
- W rozdziale 4 wyjaśniono na czym polegają ponowne badania przesiewowe po wykryciu polipów przedrakowych lub raka jelita grubego.
- W rozdziale 5 wyjaśniono proces badań przesiewowych w przypadku nieswoistego zapalenia jelit.



Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego są **BARDZO** ważne! Rak jelita grubego jest jednym z nielicznych nowotworów, które nie tylko dają się łatwo wyleczyć, jeśli zostaną wcześniej wykryte, ale którym można również zapobiegać za pomocą regularnych badań przesiewowych! Chociaż przygotowanie do kolonoskopii lub proces pobierania próbki do domowego testu przesiewowego mogą wydawać się zniechęcające, mogę zapewnić, jako osoba, która przeżyła raka okrężnicy o III stopniu zaawansowania, są one niczym w porównaniu z leczeniem raka jelita grubego metodami, takimi jak radioterapia czy chemioterapia!

– Ben

Co poza badaniami przesiewowymi ratuje życie?

Badania przesiewowe są ważne w zapobieganiu rakowi jelita grubego. Istnieje 7 innych działań, które można podjąć, aby zapobiec rakowi jelita grubego:

1. Przyjmij aspirynę

Codziennie przyjmowanie aspiryny przez co najmniej 5 do 10 lat chroni przed rozwojem raka jelita grubego. Zapytaj lekarza, czy aspiryna jest dla Ciebie odpowiednia. Krwawienie wewnętrzne to ryzyko związane z przyjmowaniem aspiryny.

2. Jedz zdrową żywność

- Jedz dużo pokarmów roślinnych.
- Kontroluj ilość spożywanego czerwonego mięsa i unikaj mięsa przetworzonego.
- Ogranicz spożycie żywności przetworzonej i wysoko przetworzonej.
- Nie polegaj na samych suplementach diety, jeśli chodzi o składniki odżywcze. Przyjmuj składniki odżywcze z naturalnymi produktami spożywczymi.

3. Pij niewielkie ilości alkoholu lub w ogóle z niego zrezygnuj

Picie alkoholu w dużych lub umiarkowanych ilościach może zwiększać ryzyko raka jelita grubego. Bezpieczna ilość alkoholu zależy od biologii danej osoby. Ryzyko raka jelita grubego nie wzrasta w przypadku spożycia na poziomie 1 drinka dziennie u kobiet i 2 drinków dziennie u mężczyzn.

4. Więcej się ruszaj i rzadziej odpoczywaj

Regularna aktywność fizyczna wiąże się z niższym ryzykiem raka jelita grubego.

5. Przyjmij wystarczającą ilość witaminy D

Niski poziom witaminy D może zwiększać ryzyko raka jelita grubego. Zapobiegaj niskim poziomom witaminy D, jedząc pokarmy zawierające tę witaminę. Witamina D znajduje się w łososiu, tuńczyku, makreli i żółtkach jaj. Możesz również spożywać pokarmy wzbogacone witaminą D i przyjmować suplementy.

Skóra może wytwarzać witaminę D, gdy jest wystawiona na działanie słońca. Zaleca się stosowanie kremu z filtrem przeciwsłonecznym podczas przebywania na zewnątrz przez dłuższy czas. Stosowanie kremu z filtrem przeciwsłonecznym może ograniczać ilość witaminy D wytwarzanej przez skórę.

6. Utrzymuj prawidłową masę ciała

Otyłość jest kolejnym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Wskaźnik masy ciała (BMI) jest miarą ilości tkanki tłuszczowej. Jeśli masa ciała jest prawidłowa, BMI wynosi od 18,5 do 24,9. Kontrolowanie masy ciała, diety, kalorii i poziomów aktywności może pomóc Ci w osiągnięciu wyznaczonych celów.

7. Rzuć palenie

Jeśli palisz tytoń, rzuć nałóg! Poproś lekarza o pomoc w rzuceniu palenia. Można skorzystać z porad dotyczących rzucenia palenia. Leki mogą pomóc w powstrzymaniu głodu nikotynowego i objawów odstawienia.

Najważniejsze informacje

- Rak jelita grubego odnosi się do raka okrężnicy lub odbytnicy. Te dwa narządy są częścią układu pokarmowego. Pomagają one usuwać kał z organizmu.
- Polipy to przerost wewnętrznej wyściółki okrężnicy lub odbytnicy. Mimo, że większość polipów nie ewoluje do nowotworu, prawie wszystkie nowotwory jelita grubego rozwijają się z polipów.
- Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego ratują życie. Zapobiegają one nowotworom, pozwalając wykryć i usunąć polipy, zanim przekształcą się one w raka. Wykrywają one również raka na wczesnym etapie, gdy wyleczenie jest bardziej prawdopodobne.
- Ryzyko to prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia. Ryzyko zachorowania na raka jest częścią życia każdego człowieka.
- To, co zwiększa ryzyko nazywane jest czynnikiem ryzyka. Istnieje wiele czynników ryzyka raka jelita grubego.
- Niektóre czynniki ryzyka zwiększają ryzyko raka jelita grubego bardziej niż inne. Czynniki ryzyka, które wpływają na moment, kiedy należy poddać się badaniom przesiewowym w kierunku raka jelita grubego, obejmują wiek i stan zdrowia. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego jest podzielone na kategorie: przeciętnego, podwyższonego i wysokiego ryzyka.
- Oprócz badań przesiewowych, przyjmowanie aspiryny i prowadzenie zdrowego trybu życia może pomóc w zapobieganiu rakowi jelita grubego.

Rak nie będzie czekać i Ty też nie powinienes

Podczas pandemii COVID-19 spadła liczba osób otrzymujących skierowanie na badania przesiewowe w kierunku nowotworów. Pominięte badania przesiewowe mogą prowadzić do późnego rozpoznania i utraty szansy na wyleczenie.

Nie czekaj i nie zaniedbuj rutynowej opieki zdrowotnej. Dbaj o siebie, wykonując rutynowe badania przesiewowe w kierunku raka. Porozmawiaj z lekarzem o tym, kiedy i jak często należy poddawać się badaniom przesiewowym.

Więcej informacji na temat komunikatu NCCN „Rak nie będzie czekać i Ty też nie powinienes” znajduje się na stronie [NCCN.org/resume-screening](https://www.nccn.org/resume-screening).

2

Przeciętne ryzyko raka jelita grubego

- 15 **Badania przesiewowe należy wykonywać począwszy od wieku 45 lat**
- 16 **Istnieją różne opcje badań przesiewowych**
- 18 **Następne badanie przesiewowe może zostać wykonane za 10 lat**
- 19 **Najważniejsze informacje**



Większość osób zagrożonych rakiem jelita grubego jest obarczona przeciętnym ryzykiem. Przeciętne ryzyko opiera się na wieku i braku innych głównych czynników ryzyka.

Badania przesiewowe należy wykonywać począwszy od wieku 45 lat

Przez lata u osób o przeciętnym ryzyku badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego rozpoczynano po 50. roku życia. Ale częstotliwość występowania raka jelita grubego rośnie u osób poniżej 50. roku życia. Obecnie u osób o przeciętnym ryzyku badania przesiewowe rozpoczyna się w wieku 45 lat.

Ryzyko raka jelita grubego różni się w zależności od pochodzenia etnicznego i rasy. W Stanach Zjednoczonych najwyższy wskaźnik zachorowań

na raka jelita grubego występuje wśród osób rasy czarnej. Osoby rasy czarnej powinny rozpocząć badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego przed ukończeniem 45. roku życia lub wcześniej, jeśli rak jelita grubego występuje w rodzinie.

Niektóre osoby poniżej 45. roku życia chorują na raka jelita grubego. Niektórzy mają podwyższone lub wysokie ryzyko raka jelita grubego, ale inni nie mają głównych czynników ryzyka. Porozmawiaj z lekarzem o tym, czy powinieneś rozpocząć badania przesiewowe przed 45. rokiem życia.

Osoby cieszące się dobrym zdrowiem powinny przechodzić badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego do 75. roku życia. Jeśli masz od 76 do 85 lat, decyzję o poddaniu się badaniom przesiewowym możesz podjąć samodzielnie po rozmowie z lekarzem. Zapytaj o plusy i minusy badań przesiewowych w świetle Twojego stanu zdrowia. Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego nie jest konieczne, jeśli masz ponad 85 lat.

**Wiek
od 45 do
75 lat**

Podдай się badaniu przesiewowemu (chyba że cierpisz na poważną, zagrażającą życiu chorobę).

**Wiek
od 76 do
85 lat**

Badania przesiewowe to osobista decyzja. Dowiedz się, jakie są zalety i wady w Twoim przypadku.

**Wiek
86 i więcej
lat**

Badania przesiewowe nie są potrzebne.

Istnieją różne opcje badań przesiewowych

Osoby z przeciętnym ryzykiem raka jelita grubego mają kilka opcji badań przesiewowych. Najlepszym badaniem przesiewowym jest to, któremu się poddasz. Każde badanie przesiewowe jest lepsze niż jego brak. Zapytaj lekarza o zalety i wady każdej opcji badań przesiewowych.

Wizualne badania przesiewowe

Do wizualnych badań przesiewowych wykorzystuje się urządzenia medyczne, które pozwalają lekarzom zajrzeć do wnętrza Twojego ciała. Obejmują one: kolonoskopię, elastyczną sigmoidoskopię i kolonografię tomografii komputerowej (TK). Kolonoskopia jest niezbędna w przypadku nieprawidłowych wyników w elastycznej sigmoidoskopii lub kolonografii TK.

Badanie wizualne wymaga oczyszczenia jelita z kału. Przygotowanie jelita polega na płynnej diecie

i przyjęciu silnych środków przeczyszczających. Przed badaniem przesiewowym należy postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. Jeśli jelita nie będą wystarczająco oczyszczone, może wystąpić konieczność zmiany terminu, powtórzenia badania lub wykonania innego testu.

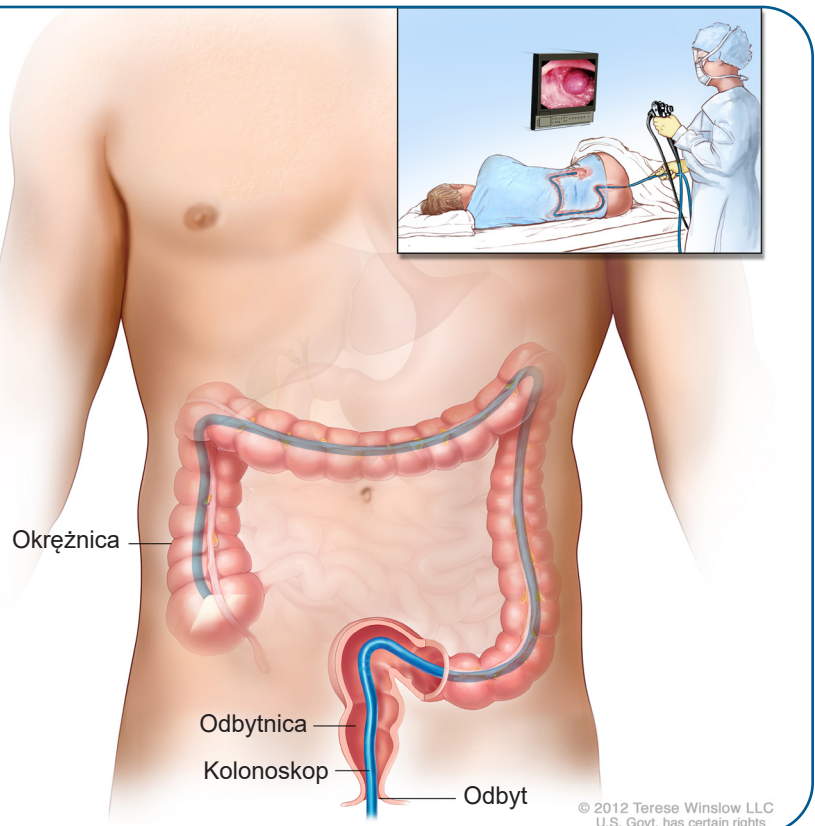
Biopsja to procedura polegająca na pobraniu próbek tkanki do dalszych badań. Polipektomia to rodzaj biopsji, która pozwala usunąć całe polipy (przerost wewnętrznej ściany jelita). Biopsję można wykonać tylko podczas kolonoskopii i elastycznej sigmoidoskopii. Narzędzie tnące jest wprowadzane przez endoskop w celu usunięcia tkanki. Większość polipów można usunąć endoskopem. Rzadko potrzebny jest zabieg chirurgiczny.

Badanie przesiewowe w kale

Badanie przesiewowe w kale jest łatwiejsze do przeprowadzenia niż testy wizualne. W domu należy pobrać próbkę kału do pojemnika. Następnie próbkę wysyła się do laboratorium, gdzie zostanie

Kolonoskopia

Kolonoskopia to procedura, która pozwala lekarzom zajrzeć do wnętrza jelita. Podczas procedury zostaniesz poddany sedacji. Lekarz użyje ręcznego urządzenia zwanego endoskopem. Endoskopy przeznaczone do kolonoskopii nazywane są kolonoskopami. Tylko cienka, rurkowata część urządzenia zostaje poprowadzona przez odbyt, w górę odbytnicy i do okrężnicy. Urządzenie posiada lampkę, kamerę i narzędzie tnące.



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Opcje badań przesiewowych w grupie przeciętnego ryzyka



Zalety



Wady

Wizualne badania przesiewowe

Kolonoskopia

Badanie okrężnicy i odbytnicy cienkim urządzeniem wprowadzanym delikatnie przez odbyt

- Jednoetapowe badanie przesiewowe – nie są potrzebne żadne dodatkowe badania
- Bardzo długie odstępy między badaniami, jeśli wyniki są w normie

- Potrzebne jest przygotowanie jelita
- Wykonywane poza domem
- Stosowana jest sedacja
- Małe ryzyko krwawienia, zakażenia i obrażeń

Elastyczna sigmoidoskopia

Badanie ostatniej części okrężnicy cienkim urządzeniem wprowadzanym delikatnie przez odbyt

- Bardzo długie odstępy między badaniami, jeśli wyniki są w normie
- Sedacja nie jest potrzebna

- Potrzebne jest przygotowanie jelita
- Wykonywane poza domem
- Nie pozwala na ocenę całej okrężnicy
- W przypadku wykrycia polipów konieczna jest kolonoskopia

Kolonografia TK

Zdjęcia rentgenowskie okrężnicy

- Bardzo długie odstępy między badaniami, jeśli wyniki są w normie
- Sedacja nie jest potrzebna

- Potrzebne jest przygotowanie jelita
- Wykonywane poza domem
- Może pominąć polipy płaskie
- W przypadku wykrycia polipów konieczne jest ponowne badanie przesiewowe lub kolonoskopia

Badanie przesiewowe w kale

Test mt-sDNA (multitargeted stool DNA-based test)

Test laboratoryjny, który zmierza do wykrycia genetycznych markerów raka w kale

- Próbkę kału pobiera się samodzielnie w domu
- Nie jest potrzebne żadne przygotowanie
- Brak fizycznego ryzyka

- Kolonoskopia jest konieczna, jeśli wyniki są nieprawidłowe
- Nie tak dokładne jak testy wizualne
- Częste badania przesiewowe, nawet jeśli wyniki są prawidłowe

Próba gwajakowa i test immunochemiczny kału o wysokiej czułości (FIT)

Testy laboratoryjne, które zmierzają do wykrycia niewielkich ilości krwi w kale

wykonane badanie. Testy w kale obejmują: test immunochemiczny kału (FIT), badanie w kierunku krwi utajonej w kale o wysokiej czułości i badanie mt-sDNA (multitargeted stool DNA).

Chociaż łatwiejsze, testy w kale nie wykrywają polipów, które ulegają transformacji do nowotworu, tak dobrze, jak testy wizualne. Ponadto badanie przesiewowe jest procesem dwuetapowym, jeśli wyniki badania kału są nieprawidłowe. Drugi etap polega na wykonaniu kolonoskopii w ciągu od 6 do 10 miesięcy od badania kału. Dalsze badania nie są potrzebne, jeśli wyniki kolonoskopii po FIT lub mt-sDNA są prawidłowe.

Następne badanie przesiewowe może zostać wykonane za 10 lat

Jeśli wyniki badań przesiewowych są prawidłowe, następne badanie przesiewowe można przeprowadzić dowolną metodą. Odstęp pomiędzy badaniami przesiewowymi różni się w zależności

od poprzedniej metody badania przesiewowego. **Patrz wskazówka 2**, aby zapoznać się z odstępami pomiędzy badaniami przesiewowymi w grupie przeciętnego ryzyka.

W przypadku kolonoskopii odstęp do kolejnego badania przesiewowego jest najdłuższy i wynosi 10 lat. Ponowne badanie przesiewowe za pomocą elastycznej sigmoidoskopii można wykonać za 10 lat, jeśli co roku wykonuje się badanie FIT kału.

Odstęp po wizualnym badaniu przesiewowym można dostosować na podstawie jakości poprzedniego badania przesiewowego. Może być konieczna roczna przerwa, jeśli jelito nie zostało wystarczająco oczyszczone lub procedura nie została ukończona.

Jeśli wystąpią polipy przedrakowe lub rak jelita grubego, przeczytaj rozdział 4, aby dowiedzieć się o dalszych działaniach.

Wskazówka 2. Ponowne badanie przesiewowe w grupie przeciętnego ryzyka



Opcje badania przesiewowego



Czas do ponownego badania, jeśli wcześniejsze wyniki były w normie

Kolonoskopia	Ponowne badanie za 10 lat
Elastyczna sigmoidoskopia	Ponowne badanie za 5 do 10 lat
Kolonografia TK	Ponowne badanie za 5 lat
Test mt-sDNA	Ponowne badanie za 3 lat
Próba gwajakowa o wysokiej czułości	Ponowne badanie za rok
Test immunochemiczny kału	Ponowne badanie za rok

Najważniejsze informacje

- Osoby z przeciętnym ryzykiem raka jelita grubego rozpoczynają badania przesiewowe w wieku 45 lat. Nie możesz mieć żadnych innych głównych czynników ryzyka.
- Możesz wybrać, jakiemu rodzajowi badania chcesz się poddać.
- Najlepszym badaniem przesiewowym jest to, któremu się poddasz. Omów zalety i wady każdej metody badań przesiewowych

z lekarzem, aby móc dokonać świadomego wyboru.

- Czas do następnego badania przesiewowego różni się w zależności od wybranej metody badania przesiewowego. Badanie przesiewowe nie jest potrzebne przez kolejne 10 lat, jeśli wyniki kolonoskopii są prawidłowe. Ponowne badanie przesiewowe po badaniach kału musi zostać wykonane po upływie od 1 roku do 3 lat.



Potrzebujemy Twojej opinii!

Naszym celem jest dostarczanie pomocnych i zrozumiałych informacji na temat raka.

Weź udział w naszej ankiecie, aby dać nam znać, co zrobiliśmy dobrze, a co moglibyśmy poprawić:

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

”

Rak jelita grubego zawsze uważany był za „chorobę wieku starczego”. Obecnie w badaniach wykazano, że osoba urodzona w 1990 r. lub później jest od 2 do 4 razy bardziej narażona na zachorowanie na raka jelita grubego w porównaniu do osoby urodzonej w 1950 r. Z tego powodu bardzo ważne jest poddanie się badaniu przesiewowemu po ukończeniu 45 lat.

– Lara, osoba, która przeżyła raka odbytnicy

3

Historia zdrowia rodziny

21 Historia związana z dużym ryzykiem

23 Historia związana z podwyższonym ryzykiem

24 Najważniejsze informacje



Rak jelita grubego nie występuje w większości rodzin. Około 1 na 3 osoby z rakiem jelita grubego ma członka rodziny, który też chorował. Występowanie nowotworu w rodzinie zwiększa ryzyko, ale nie oznacza, że na pewno zachorujesz na raka jelita grubego.

Historia związana z dużym ryzykiem

W niektórych rodzinach wielu krewnych ma raka jelita grubego. Kiedy rak występuje u młodszych lub wielu odległych krewnych, może to być spowodowane dziedzicznym zespołem nowotworowym.

Dziedziczne zespoły nowotworowe są spowodowane nieprawidłowym genem, który jest przekazywany z biologicznego rodzica na dziecko. Są one rzadkie.

Lekarz może podejrzewać, że masz dziedziczny zespół nowotworowy. Jeśli tak, skieruje Cię do eksperta w dziedzinie genetyki. Eksperci ci diagnozują i planują leczenie dziedzicznych zespołów nowotworowych.

Istnieje kilka rodzajów dziedzicznych zespołów nowotworowych, które są związane z narażeniem na wysokie ryzyko raka jelita grubego:

- Zespół Lyncha jest spowodowany dziedzicznym błędem (mutacją) genów naprawy systemu MMR. Czasami zespół Lyncha jest określany mianem dziedzicznego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością (HNPCC), ale choroby te nie są tożsame.
- Zespoły polipowatości to grupa zespołów nowotworowych, które powodują mnogie polipy jelita grubego. Najczęstszym z nich jest rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP).

Poznaj historię swojej rodziny

Wywiad rodzinny jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka raka jelita grubego. Przygotuj się do przekazania swojemu lekarzowi następujących informacji:

- Rodzaj raka, jeśli wystąpił, u krewnych
- Ich wiek w momencie rozpoznania nowotworu
- Ich obecny wiek lub wiek w momencie śmierci
- Dziedziczne schorzenia i wady wrodzone w Twojej rodzinie

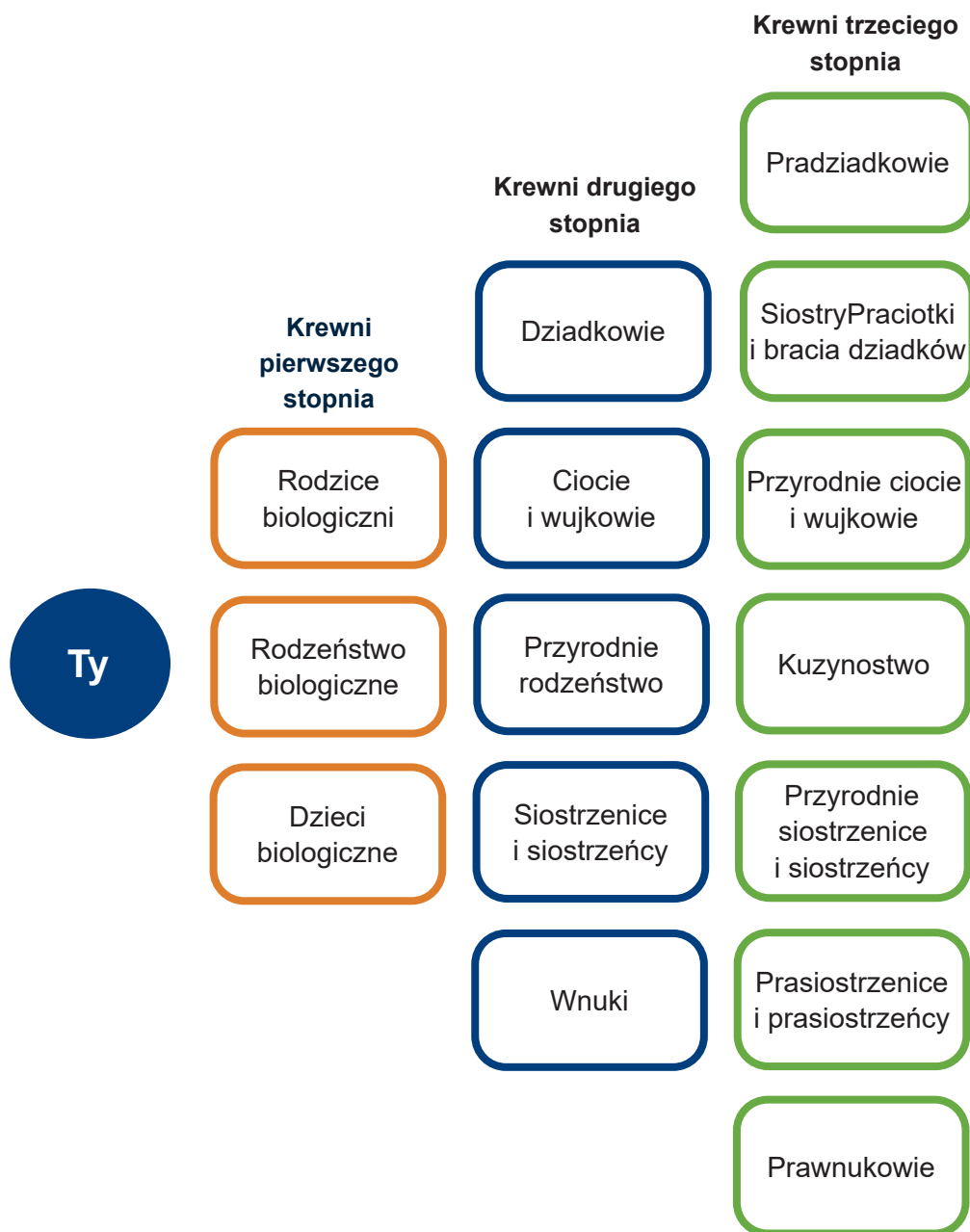
”

Moje badania genetyczne, które pozwoliły zidentyfikować u mnie mutację MSH2 (zespół Lyncha), pomogły mi podjąć decyzje dotyczące przyszłego leczenia i poznać ryzyko zachorowania na inne nowotwory w przyszłości. To pozwoliło mi proaktywnie uczestniczyć we własnej opiece zdrowotnej.

– Wenora, osoba, która trzykrotnie przeżyła raka

Krewni

Krewni to członkowie rodziny, których łączą z Tobą więzy krwi. Historia zdrowotna Twoich krewnych jest ważna w kontekście ryzyka raka jelita grubego. Masz około połowy (50%) wspólnych genów z krewnymi pierwszego stopnia oraz jedną czwartą (25%) wspólnych genów z krewnymi drugiego stopnia. Ty i krewni trzeciego stopnia macie 12,5% genów wspólnych genów.



Historia związana z podwyższonym ryzykiem

W większości rodzin z rakiem jelita grubego w wywiadzie nie ma dziedzicznego zespołu nowotworowego. W tych rodzinach przyczyna raka nie jest jasna. Rak może być spowodowany wspólnymi genami, wspólnymi doświadczeniami lub oboma tymi czynnikami.

Rak jelita grubego w wywiadzie rodzinnym

Jesteś w grupie podwyższonego ryzyka raka jelita grubego, jeśli Twój krewny chorował na raka jelita grubego. Przyczyna genetyczna jest prawdopodobna, jeśli wielu krewnych chorowało na raka jelita grubego. Jest to również bardziej prawdopodobne, jeśli ich nowotwór wystąpił przed 45 rokiem życia.

Gruczolak w wywiadzie rodzinnym

Twoje ryzyko jest zwiększone, jeśli krewny pierwszego stopnia chorował na zaawansowanego gruczolaka. Gruczolak jest częstym rodzajem polipa.

Zaawansowany gruczolak ma jedną lub więcej z tych trzech cech:

- Dysplazja wysokiego stopnia – dysplazja to wzorec nieprawidłowego wzrostu komórek. Dysplazja wysokiego stopnia składa się z komórek, które charakteryzują się dużym prawdopodobieństwem transformacji do nowotworu.
- Duży rozmiar – gruczolak jest duży, jeśli mierzy co najmniej 1 centymetr.
- Histologia kosmkowa lub cewkowo-kosmkowa – gruczolaki cewkowe występują najczęściej, w przypadku gruczolaków kosmkowych i cewkowo-kosmkowych prawdopodobieństwo wystąpienia raka jest wyższe. Tradycyjne gruczolaki ząbkowane (TSA) mają kosmkowy wzorec wzrostu.

Siedzący polip ząbkowany w wywiadzie rodzinnym

Twoje ryzyko jest zwiększone, jeśli krewny pierwszego stopnia chorował na siedzący polip

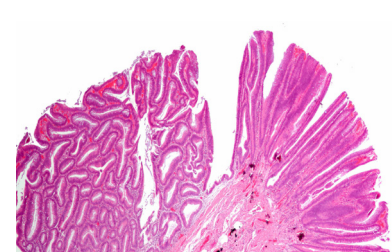
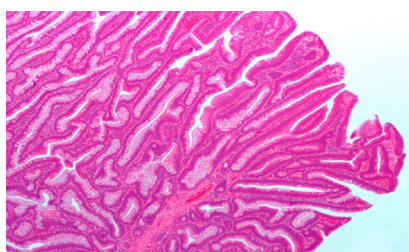
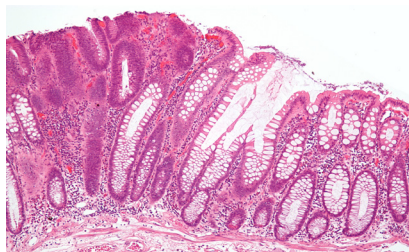
Wzorce wzrostu gruczolaków

Gruczolaki mają 3 wzorce wzrostu. W gruczolakach cewkowych gruczoły mają zaokrąglony kształt (po lewej). Gruczolaki kosmkowe mają długie gruczoły (środek). Gruczolaki cewkowo-kosmkowe stanowią połączenie obu typów gruczołów (po prawej).

Cewkowy: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_2_intermed_mag.jpg

Kosmkowy: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg

Cewkowo-kosmkowy: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubulovillous_adenoma.jpg



ząbkowany (SSP). SSP jest jednym z kilku rodzajów polipów, które mają wzorec komórek pikosztalnych (ząbkowanych). Podobnie jak w przypadku gruczolaków, SSP są związane z podwyższonym ryzykiem zachorowania na raka. Zaawansowany SSP ma jedną lub obie spośród poniższych cech:

- Dysplazja – SSP może mieć kieszonkę (ogniska) dysplazji. Polipy te są nazywane siedzącymi polipami ząbkowanymi z dysplazją (SSP-d).
- Duży rozmiar – SSP jest duży, jeśli mierzy co najmniej 1 centymetr.

Badania przesiewowe w grupie podwyższonego ryzyka

W porównaniu do badań przesiewowych w grupie przeciętnego ryzyka, badania przesiewowe oparte na wywiadzie rodzinnym często rozpoczynają się wcześniej i są wykonywane z większą częstotliwością. **Patrz wskazówka 3**, aby zapoznać się z badaniami przesiewowymi opartymi na wywiadzie rodzinnym.

Harmonogram badań przesiewowych może zostać dostosowany do potrzeb pacjenta. Jeśli nie było żadnych obaw dotyczących co najmniej 2 wcześniejszych badań przesiewowych, czas pomiędzy badaniami może zostać wydłużony. Inne czynniki, które mogą wpływać na badania przesiewowe, obejmują wiek oraz liczbę i wiek członków rodziny dotkniętych chorobą.

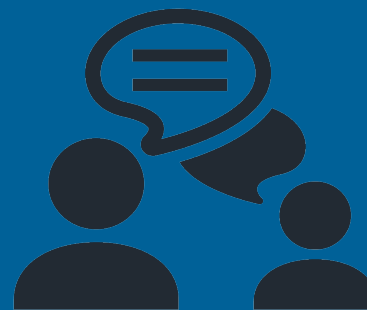
Jeśli wystąpią polipy przedrakowe lub rak jelita grubego, przeczytaj rozdział 4, aby dowiedzieć się o dalszych działaniach.

Możesz pomóc swojej rodzinie, przekazując jej wyniki swoich badań przesiewowych. Lekarz może przekazać Ci wyniki badań lub list, którym możesz podzielić się z rodziną. Kiedy Twoja rodzina wie o Twoim stanie zdrowia, może samodzielnie podejmować świadome decyzje.

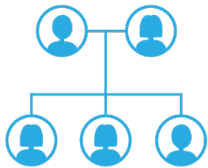
Najważniejsze informacje

- Zespół Lyncha i zespoły polipowatości to bardzo rzadkie schorzenia występujące rodzinnie. Są to stany związane z wysokim ryzykiem raka jelita grubego.
- Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego najczęściej rozpoczyna się przed 40. rokiem życia, jeśli w rodzinie występuje rak jelita grubego lub polipy przedrakowe, ale nie ma dziedzicznych zespołów nowotworowych. Badania przesiewowe może zostać powtórzone już po 5 latach, nawet jeśli polipy nie zostaną wykryte.
- Ponieważ wywiad rodzinny wpływa na termin badania przesiewowego w kierunku raka, poinformuj rodzinę o wynikach swoich badań przesiewowych. Twoi krewni będą wtedy mogli samodzielnie podejmować świadome decyzje.

Pokaż, że Ci zależy i podziel się wynikami badań z rodziną.



Wskazówka 3. Badania przesiewowe na podstawie wywiadu rodzinnego



Twoja historia rodzinna



Rozpocznij badanie przesiewowe od kolonoskopii we wcześniejszym z dwóch punktów czasowych



Czas do ponownego badania, jeśli wcześniejsze wyniki były w normie

Co najmniej jeden z Twoich krewnych pierwszego stopnia miał raka jelita grubego

Wiek 40 lat lub

10 lat przed pierwszym rozpoznaniem u Twojego krewnego

Ponowne badanie co 5 lat

Co najmniej jeden z Twoich krewnych drugiego lub trzeciego stopnia miał raka jelita grubego

Wiek 45 lat lub

Przed 45. rokiem życia, jeśli krewny zachorował w młodym wieku

Ponowne badanie co 10 lat

Co najmniej jeden z Twoich krewnych pierwszego stopnia miał zaawansowanego gruczolaka lub zaawansowany siedzący polip ząbkowany

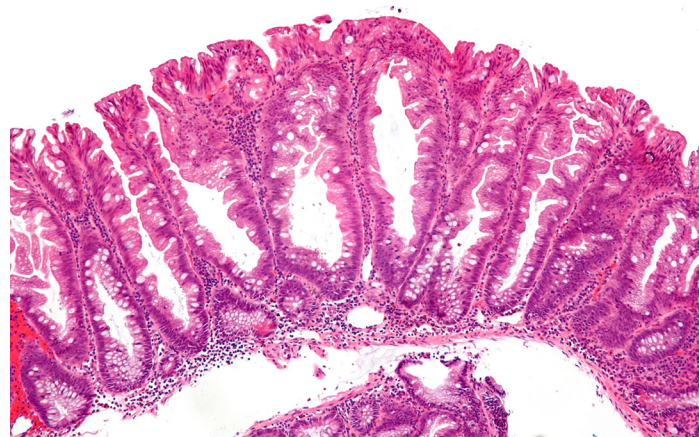
Wiek 40 lat lub

W tym samym wieku co wiek krewnego w momencie rozpoznania

Ponowne badanie co 5 do 10 lat

Polipy ząbkowane

Polipy ząbkowane mają wzorzec komórek piłokształtnych. Istnieją 3 główne rodzaje polipów ząbkowanych. Polipy hiperplastyczne są ząbkowane, a większość z nich nie stwarza ryzyka raka. Siedzące polipy ząbkowane mogą przekształcić się do nowotworu (na ilustracji). Tradycyjne gruczolaki ząbkowane są rzadkie i mogą rozwinąć się do nowotworu.



Ząbkowany: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg

4

Polipy jelita grubego a rak

- 27 Polipy zwiększające ryzyko
- 29 Czas do ponownego badania
- 31 Rak jelita grubego
- 32 Najważniejsze informacje



Polip jelita grubego to przerost wewnętrznej wyściółki jelita grubego. Usunięte polipy są wysyłane do badania przez patologa. Dalsze etapy leczenia zależą od tego, co lekarz zobaczył podczas kolonoskopii i od wyników badania histopatologicznego.

Polipy zwiększające ryzyko

Większość polipów nie rozwija się do nowotworu, ale ryzyko zachorowania na raka jest zwiększone, jeśli występował co najmniej jeden z tych trzech polipów:

Gruczolak

Gruczolak jest również nazywany polipem gruczolakowatym, polipem tradycyjnym i polipem konwencjonalnym. Jest to najczęściej występujący rodzaj polipa jelita grubego. Jest to przerost komórek podobnych do gruczolów, które wytwarzają śluz.

Niektóre gruczolaki są bardziej podatne na transformację nowotworową niż inne. Nazywa się je gruczolakami „zaawansowanymi”. Zaawansowany gruczolak ma jedną lub więcej z tych trzech cech:

- Dysplazja wysokiego stopnia – dysplazja wysokiego stopnia składa się z komórek, które charakteryzują się dużym prawdopodobieństwem transformacji do nowotworu.
- Duży rozmiar – gruczolak jest duży, jeśli mierzy co najmniej 1 centymetr.
- Histologia kosmkowa lub cewkowo-kosmkowa – gruczolaki mają 3 rodzaje wzorców wzrostu i w zależności od tego należą do typu cewkowego, kosmkowego i cewkowo-kosmkowego. Wzorec cewkowy występuje najczęściej, w przypadku gruczolaków kosmkowych i cewkowo-kosmkowych prawdopodobieństwo wystąpienia raka jest wyższe.

Siedzący polip ząbkowany

Siedzący polip ząbkowany (SSP) jest wyniesiony ponad ścianę jelita grubego i ma wzorec komórek piłokształtnych. Zaawansowane SSP są związane z podwyższonym ryzykiem przekształcenia się do nowotworu. Zaawansowany SSP ma jedną lub obie spośród poniższych cech:

- Dysplazja – SSP może mieć kieszonkę (ogniska) dysplazji. Polipy te są nazywane siedzącymi polipami ząbkowanymi z dysplazją (SSP-d).
- Duży rozmiar – SSP jest duży, jeśli mierzy co najmniej 1 centymetr.

Tradycyjny gruczolak ząbkowany

Tradycyjne gruczolaki ząbkowane (TSA) są rzadkie. Mają kosmkowy wzorec wzrostu i wzorec komórek piłokształtnych. Mogą charakteryzować się dysplazją. Jeśli miałeś TSA, prawdopodobnie wystąpi u Ciebie także inny polip o wysokim ryzyku przekształcenia się do nowotworu.

”

Wszyscy jesteśmy bardzo zajęci życiem osobistym i zawodowym. Jednak badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego jest szybkie i łatwe, a jeśli zostanie wykonane w odpowiednim czasie, może ocalić życie

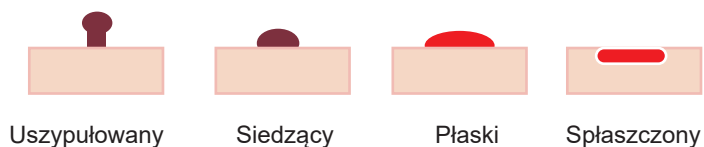
– Evan, osoba, która przeżyła raka odbytnicy

Polipy wykryte podczas kolonoskopii

Niektóre cechy polipów przedrakowych sugerują zwiększone ryzyko raka jelita grubego. Niektóre cechy, takie jak wielkość i kształt polipów, można zobaczyć podczas kolonoskopii. Inne cechy są widoczne pod mikroskopem.

Kształt

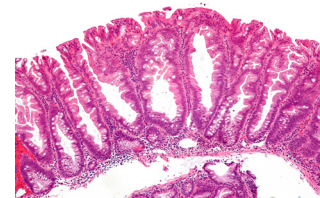
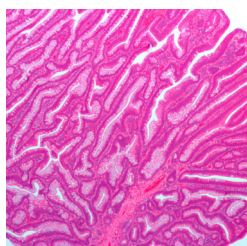
Polipy, które nie mają szypuły, są trudniejsze do usunięcia i są związane z większym prawdopodobieństwem przekształcenia się w raka.



Typ

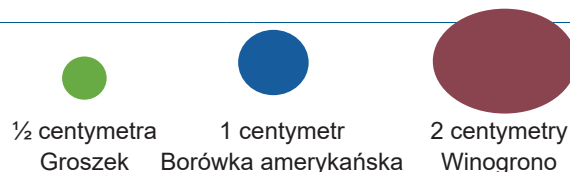
Nie wszystkie polipy są związane z ryzykiem zachorowania na raka. Polipy, które mogą przekształcić się do raka to: gruczolaki (po lewej) i polipy ząbkowane (po prawej).

Źródła fotografii: Gruczolak kosmkowy: commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg (po lewej). Polip ząbkowany: commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg (po prawej).



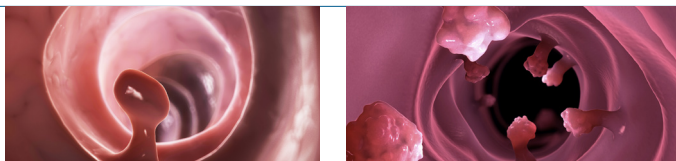
Rozmiar

Istnieje wysokie ryzyko zachorowania na raka, jeśli polipy mierzą co najmniej 1 centymetr.



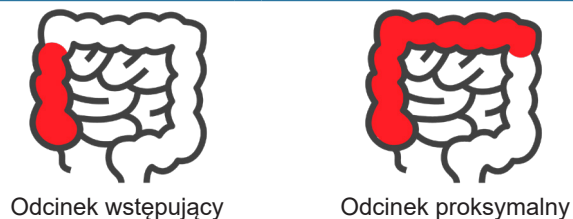
Liczba

Istnieje wysokie ryzyko zachorowania na raka, jeśli występują co najmniej 3 polipy.



Lokalizacja

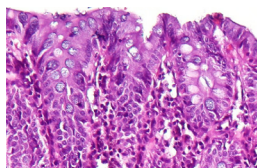
Polipy w okrężnicy wstępującej są związane z większym prawdopodobieństwem przekształcenia się w raka (po lewej). Małe polipy hiperplastyczne w proksymalnym odcinku jelita grubego wymagają dalszych badań przesiewowych (po prawej).



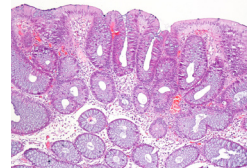
Dysplazja

Dysplazja to wzorec nieprawidłowego wzrostu. Dysplazja wysokiego stopnia ma bardziej nienaturalny wygląd niż dysplazja niskiego stopnia.

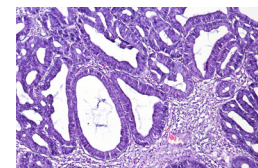
Źródła fotografii: Prawidłowa okrężnica: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_intermed_mag.jpg (po lewej). Dysplazja niskiego stopnia: commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_-_colon_intermed_mag.jpg (w środku). Dysplazja wysokiego stopnia: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_adenoma_with_high-grade_dysplasia_intermed_mag.jpg (po prawej).



Zdrowa okrężnica



Dysplazja niskiego stopnia



Dysplazja wysokiego stopnia

Wskazówka 4. Ponowne badanie przesiewowe po usunięciu małych polipów przedrakowych

Liczba i rodzaj usuniętych polipów	— Czas do ponownego badania przesiewowego za pomocą kolonoskopii	— Jeśli wyniki ponownego badania przesiewowego są w normie, czas do następnego badania wydłuża się
1 lub 2 gruczolaki	7 do 10 lat	10 lat
1 lub 2 siedzące polipy ząbkowane	5 lat	10 lat
Tradycyjny gruczolak ząbkowany	3 lata	5 lat
1 lub 2 zaawansowane gruczolaki (dysplazja wysokiego stopnia, histologia kosmkowa, cewkowa lub cewkowo-kosmkowa)	3 lata	5 lat
1 do 2 siedzących polipów ząbkowanych z dysplazją	3 lata	5 lat
3 do 10 gruczolaków lub siedzących polipów ząbkowanych	3 lata	5 lat
11 lub więcej gruczolaków lub siedzących polipów ząbkowanych	1 do 3 lat	Duża liczba polipów wskazuje na to, że możesz mieć zespół polipowatości. Jeśli testy genetyczne wykażą, że go nie masz lub nie zostaną wykonane, poddaj się ponownemu badaniu przesiewowemu.

Czas do ponownego badania

Gdy jeden lub dwa małe gruczolaki zostaną znalezione i usunięte, czas do ponownego badania przesiewowego jest podobny do stosowanego w grupie przeciętnego ryzyka. Gdyby wyrósł inny polip, zajęłoby wiele lat, zanim rozwinąłby się z niego nowotwór. Ryzyko nawrotu polipa jest większe w przypadku polipów ząbkowanych, więc odstęp pomiędzy badaniami jest krótszy.

Patrz wskazówka 4, aby uzyskać informacje o odstępach między badaniami przesiewowymi po znalezieniu i usunięciu małych polipów.

Problem rodzi duża liczba polipów. Istnienie od 3 do 10 polipów zwiększa ryzyko raka, nawet jeśli polipy nie są zaawansowane. Występowanie więcej niż 11 polipów może być spowodowane dziedzicznym zespołem nowotworowym. Lekarz powinien skierować Cię na badania genetyczne.

Wskazówka 5. Badanie przesiewowe po usunięciu dużych polipów przedrakowych

Rodzaj usuniętego polipa	— Czas do ponownego badania przesiewowego za pomocą kolonoskopii	— Jeśli wyniki ponownego badania przesiewowego są w normie, czas do następnego badania wydłuża się
Polip uszypułowany	3 lat	
Siedzący, płaski lub spłaszczony polip bez dodatkowych niepokojących cech	1 do 3 lat	3 lat
Siedzący, płaski lub spłaszczony polip: <ul style="list-style-type: none"> • Charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem nawrotu • Został usunięty w kawałkach 	6 miesięcy 1 rok	3 lata
Siedzący, płaski lub spłaszczony polip: <ul style="list-style-type: none"> • Ma czynniki ryzyka raka inwazyjnego • Nie został całkowicie usunięty 	Możesz zostać skierowany do specjalisty badań endoskopowych zajmującego się dużymi polipami lub do chirurga	

Duże polipy mogą być trudne do usunięcia i mogą mieć inne cechy, które zwiększają ryzyko raka jelita grubego. W takich przypadkach badania przesiewowe będą wykonywane częściej lub zostaniesz skierowany do lekarzy, którzy są ekspertami w usuwaniu dużych polipów. Patrz **wskazówka 5**, aby uzyskać informacje o odstępach między badaniami przesiewowymi po znalezieniu i usunięciu dużych polipów.

Zazwyczaj polipy hiperplastyczne nie rozwijają się do nowotworu. Lekarze badają, czy duże hiperplastyczne polipy ewoluują do raka. Polipy hiperplastyczne są ząbkowane i mogą być traktowane jak siedzące polipy ząbkowane, jeśli są duże.

W przypadku nawrotu, gastroenterolog może usunąć polip lub skierować Cię do innego lekarza, który specjalizuje się w polipach jelita grubego.

Rak jelita grubego

Okolo 1 na 24 osoby w Stanach Zjednoczonych zachoruje na raka jelita grubego. Jeśli miałeś raka jelita grubego, masz zwiększone ryzyko wystąpienia nowego (drugiego) raka jelita grubego. Ryzyko to nie odnosi się do nawrotu pierwszego nowotworu, który jest nazywany nawrotem. Ryzyko to dotyczy nowego polipa, który z czasem stanie się rakiem.

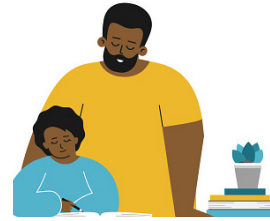
Aby uzyskać informacje na temat nadzoru pod kątem nowotworów, patrz *NCCN Guidelines for Patients: Rak okrężnicy lub rak odbytnicy* na stronie [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).

W tych wytycznych omówiono również badanie biomarkerów niestabilności mikrosatelitarnej (MSI) u wszystkich osób z rakiem jelita grubego. Jeśli komórki rakowe mają MSI, powinieneś również zostać przebadany pod kątem zespołu Lyncha. Rozpoznanie zespołu Lyncha zwiększa ryzyko raka jelita grubego.



Naukowcy zebrali wiele informacji o raku. W rezultacie dzisiejsze terapie działają lepiej niż leczenie stosowane w przeszłości. Ponadto dla wielu osób z rakiem dostępnych jest więcej niż jedna opcja terapeutyczna.

Kto jest najbardziej narażony?



W Stanach Zjednoczonych osoby rasy czarnej częściej chorują na raka jelita grubego, są zdiagnozowane w młodym wieku i umierają na raka niż jakakolwiek inna grupa rasowa lub etniczna.

Ponadto osoby rasy czarnej mają wiele problemów z dostępem do badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.

Możesz podjąć działania w celu poddania się badaniom przesiewowym i zmniejszenia ryzyka raka jelita grubego:

- ✓ Wcześnie podejmij rozmowę. Przed 45. rokiem życia porozmawiaj z lekarzem o ryzyku zachorowania na raka jelita grubego.
- ✓ Dowiedz się, czy rak jelita grubego występował w Twojej rodzinie, ponieważ może to sprawić, że badania przesiewowego będą potrzebne wcześniej.
- ✓ Dowiedz się o wielu akceptowanych opcjach badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.
- ✓ Rozpocznij badanie przesiewowe na czas i przestrzegaj harmonogramu kolejnych badań przesiewowych.
- ✓ Jedz pokarmy, które chronią przed rakiem jelita grubego i unikaj niezdrowej żywności.

Najważniejsze informacje

- Jeśli wystąpiły u Ciebie pewne polipy, masz zwiększone ryzyko raka jelita grubego. Należą do nich gruczolaki i siedzące polipy ząbkowane.
- Po usunięciu tych polipów termin następnego badania przesiewowego będzie zależał od kilku czynników, takich jak liczba polipów. Termin będzie również zależał od tego, czy polipy z nieprawidłowo wyglądającymi komórkami, nie zostały całkowicie usunięte lub czy mają cechy wysokiego ryzyka.
- Jeśli przeszedłeś raka jelita grubego, masz zwiększone ryzyko wystąpienia nowego polipa przedrakowego. Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi nadzoru zawartymi w wytycznych dotyczących leczenia.



Kolonoskopia pozwoliła lekarzom rozwiązać moją tajemniczą dolegliwość. Słowa: „masz raka” zmieniają życie. Ale wczesne wykrycie raka jelita grubego w II stadium uratowało mi życie.

– Heather

5

Nieswoiste zapalenie jelit

-
- 34 Przewlekły stan zapalny a nowotwór

 - 35 Moment rozpoczęcia badań przesiewowych w kierunku nowotworów

 - 35 Czas do ponownego badania

 - 37 Najważniejsze informacje



Nieswoiste zapalenie jelit powoduje długotrwały stan zapalny i uszkodzenia w obrębie przewodu pokarmowego. Dwa rodzaje tej choroby, które często prowadzą do raka jelita grubego, to choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie okrężnicy.

Przewlekły stan zapalny a nowotwór

Stan zapalny to reakcja obronna organizmu. Występuje, gdy czynnik fizyczny pobudza układ odpornościowy organizmu. Układ ten wysyła komórki odpornościowe, aby zaatakowały czynnik fizyczny. Atak może powodować takie objawy, jak obrzęk i ból.

Normalny stan zapalny pomaga leczyć organizm. Przewlekły stan zapalny może powodować uszkodzenia. Przewlekły stan zapalny może prowadzić do nieprawidłowego wzrostu komórek zwanego dysplazją. Dysplazja może z czasem przekształcić się w raka.

Nieswoiste zapalenie jelit (IBD) to nieprawidłowa odpowiedź układu odpornościowego na pewne komórki w ścianie jelita. Zapalenie okrężnicy Crohna to rodzaj choroby Leśniowskiego-Crohna, która atakuje okrężnicę. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego występuje tylko w okrężnicy i odbytnicy.

Występowanie zapalenia okrężnicy Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zwiększa ryzyko raka jelita grubego. Twoje ryzyko jest jeszcze większe, jeśli masz następujące czynniki wysokiego ryzyka:

- Czynne lub ciężkie, długotrwałe zapalenie okrężnicy.
- Zapalenie dużej części okrężnicy.
- Dysplazja ściany jelita grubego. Dysplazja wysokiego stopnia składa się z komórek, które charakteryzują się dużym prawdopodobieństwem transformacji do nowotworu.
- Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, które powoduje stan zapalny i zwężenie dróg żółciowych.
- Krewni, którzy mieli raka jelita grubego, zwłaszcza jeśli nowotwór wystąpił przed 50. rokiem życia.

Jeśli masz zapalenie, które występuje tylko w obrębie odbytnicy, można wykonać badanie przesiewowe właściwe dla osób z przeciętnym ryzykiem. Przeczytaj rozdział 2, aby uzyskać informacje dotyczące badań przesiewowych.

”

Ważne jest, aby znać objawy raka jelita grubego i znać swój organizm. Nie czekaj i nie myśl, że rak Ci się nie przydarzy.

– Lara, osoba, która przeżyła raka odbytnicy

Moment rozpoczęcia badań przesiewowych w kierunku nowotworów

Choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego często pojawiają się przed 30. rokiem życia. W późniejszym życiu następuje drugi okres maksymalnej aktywności obu chorób.

Rozpocznij badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w najwcześniejszym punkcie czasowym, który dotyczy Ciebie:

- 8 lat po wystąpieniu objawów IBD
- Wcześniej niż 8 lat, jeśli w Twojej rodzinie występuje rak jelita grubego
- W tym roku, jeśli masz pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Dysplazja jest trudna do zauważenia, ponieważ często występuje w płaskiej i prawidłowo wyglądającej części ściany okrężnicy. Idealnym rozwiązaniem jest wykonanie badań przesiewowych, gdy IBD jest nieaktywne, przy użyciu najlepszych metod obserwacji ściany jelita grubego.

Procedurą przesiewową zawsze powinna być kolonoskopia. Lekarz delikatnie wprowadzi cienkie urządzenie przez odbył do okrężnicy, gdy zostaniesz poddany sedacji. Trzy opcje w przypadku IBD to:

- Endoskopia z wykorzystaniem białego światła o wysokiej rozdzielczości (HD-WLE) wytwarza ponad milion kolorowych punktów (pikseli) na obrazach okrężnicy. Obrazy stają się wyraźniejsze wraz ze wzrostem liczby pikseli.
- Chromoendoskopia natryskowa z użyciem endoskopii o wysokiej rozdzielczości powoduje przebarwienie wewnętrznej ściany okrężnicy.
- Chromoendoskopia wirtualna (VCE) wykorzystująca obrazowanie wąskopasmowe nie wykorzystuje barwników i w zamian filtruje światło białe. Ta metoda jest również nazywana optyczną VCE.

Podczas badania przesiewowego pobrane zostaną co najmniej 32 próbki tkanek (podczas biopsji) z czterech części okrężnicy. Lekarz zdecyduje, którą tkankę pobrać, a miejsca pobrania próbek będą oddalone o 10 centymetrów. Więcej próbek zostanie pobranych z wszelkich zwężonych obszarów (przewężenia), guzów na ścianie okrężnicy lub innych nieprawidłowych miejsc.

Dodatkowo podczas chromoendoskopii lekarz wykona biopsję celowaną nieprawidłowo wyglądającej tkanki, którą można zobaczyć dzięki barwnikowi lub specjalnemu oświetleniu.

Czas do ponownego badania

Jeśli podczas ostatniego badania przesiewowego wykryto zwężenie, należy zgłosić się do eksperta w dziedzinie IBD. Zwężenia okrężnicy mogą być przyczyną raka. Kolejnym etapem opieki może być kolektomia. Kolektomia to operacja polegająca na usunięciu całości lub części okrężnicy. Jeśli operacja nie zostanie wykonana, konieczne będzie ponowne badanie przesiewowe po upływie roku.

Jeśli nie wykryto polipów ani dysplazji, poddaj się ponownemu badaniu przesiewowemu w ciągu roku, jeśli masz wysokie ryzyko zachorowania na raka. Cechy wysokiego ryzyka obejmują czynne zapalenie, wywiad rodzinny i pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych. Wykonaj ponowne badanie w ciągu 2 do 3 lat, jeśli masz niskie ryzyko raka.

Polipy są często usuwane podczas badań przesiewowych w kierunku raka. Niektóre polipy mogą wymagać usunięcia za pomocą endoskopowej resekcji błony śluzowej (EMR) lub endoskopowej dysekcji podśluzówkowej (ESD). Podczas EMR polip jest unoszony ze ściany okrężnicy i usuwany za pomocą drucianej pętli zwanej pętlą chirurgiczną. W przypadku ESD do usunięcia polipów używa się narzędzia podobnego do noża.

Jeśli polip nie został całkowicie usunięty, możesz zostać skierowany do ośrodka specjalizującego się w leczeniu IBD. W ośrodku polip może zostać usunięty endoskopowo. W przeciwnym razie możesz zostać skierowany do chirurga w celu omówienia kolektomii.

Jeśli wszystkie polipy zostaną całkowicie usunięte, zostaniesz ponownie przebadany w kierunku raka jelita grubego. Polipy, które zostały usunięte w kawałkach lub miały dysplazję wysokiego stopnia, wiążą się z bardzo wysokim ryzykiem raka. W takich przypadkach należy poddać się ponownemu badaniu przesiewowemu w ciągu 3 do 6 miesięcy. Jeśli masz czynniki wysokiego ryzyka raka jelita grubego, poddaj się ponownemu badaniu przesiewowemu za rok. Możesz poczekać od 2 do 3 lat, jeśli nie masz czynników wysokiego ryzyka.

Niewidocznej dysplazji nie można zobaczyć za pomocą endoskopu. Można ją znaleźć w losowych próbkach pobranych podczas endoskopii w świetle białym. Patolog, który jest ekspertem od układu pokarmowego, może pomóc postawić rozpoznanie. Jeśli dysplazja zostanie potwierdzona, powinieneś zgłosić się do eksperta w dziedzinie IBD. Kolejnym etapem opieki może być chromoendoskopia, jeśli nie została wykonana wcześniej, zabieg chirurgiczny lub częstsze badania przesiewowe.

Patrz wskazówka 6, aby zapoznać się z odstępami między kolejnymi badaniami przesiewowymi w przypadku IBD.

Wskazówka 6. Badanie przesiewowe na podstawie nieswoistego zapalenia jelit (IBD)



Wyniki badań przesiewowych wcześniejszej kolonoskopii



Czas do ponownego badania

Nie wykryto polipów ani dysplazji

- Ponowne badanie w ciągu roku, jeśli masz niewielkie zwężenie, które nie zostało usunięte chirurgicznie
- Ponowne badanie w ciągu roku, jeśli masz czynniki wysokiego ryzyka
- Ponowne badanie w ciągu 2 do 3 lat, jeśli nie masz czynników wysokiego ryzyka

Wykryto „niewidoczną” dysplazję – niewidoczną za pomocą endoskopu

- Powinieneś skonsultować się z ekspertem w IBD
- Możesz zostać teraz ponownie zbadany za pomocą chromoendoskopii, jeśli nie zrobiono tego wcześniej
- Możesz zostać skierowany do chirurga

Znaleziono jeden lub więcej polipów

- Ponowne badanie w ciągu 3 do 6 miesięcy, jeśli polip został usunięty w kawałkach
- Ponowne badanie w ciągu 3 do 6 miesięcy, jeśli polip miał dysplazję wysokiego stopnia
- Ponowne badanie w ciągu roku, jeśli masz czynniki wysokiego ryzyka
- Ponowne badanie w ciągu 2 do 3 lat, jeśli nie masz czynników wysokiego ryzyka

Najważniejsze informacje

- Osoby z zapaleniem jelita grubego Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego mają zwiększone ryzyko raka jelita grubego.
- Standardowy czas rozpoczęcia badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego to 8 lat po wystąpieniu objawów IBD. Badanie przesiewowe wykonuje się wcześniej, jeśli pacjent ma dodatni wywiad rodzinny lub pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych.
- Dysplazja może być trudna do zauważenia za pomocą typowej kolonoskopii, dlatego stosuje się nowsze metody diagnostyczne.
- Skontaktuj się z ekspertem IBD, jeśli masz zwężenie lub niewidoczną dysplazję lub jeśli polip nie został usunięty w całości. Czas do następnego badania przesiewowego wynosi od 3 miesięcy do 3 lat w zależności od ryzyka zachorowania na raka.



Zasoby

Rak jelita grubego

Fight Colorectal Cancer

FightColorectalCancer.org

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Rak jelita grubego

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf

Rak odbytnicy

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/rectal-patient.pdf

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego

Fight Colorectal Cancer

fightcolorectalcancer.org/resources/colorectal-cancer-screening

MyPathologyReport

mypathologyreport.ca

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq

Zespół raka dziedzicznego

MedlinePlus

Rodzinna polipowatość gruczolakowata

medlineplus.gov/genetics/condition/familial-adenomatous-polyposis

Zespół Lyncha

medlineplus.gov/genetics/condition/lynch-syndrome

Nieswoiste zapalenie jelit

Cleveland Clinic

my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview

Przeżywalność

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Opieka przetrwania zapewniająca zdrowy tryb życia

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf

Opieka przetrwania w przypadku późnych i długoterminowych skutków związanych z rakiem

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf

Słowa do zapamiętania

gruczolak

Przerost komórek podobnych do gruczolów, które wytwarzają śluz. Nazywany również polipem gruczolakowatym, polipem tradycyjnym i polipem konwencjonalnym.

odbyt

Otwór, przez który kał jest odprowadzany z organizmu.

biopsja

Procedura pobierania próbek tkanki lub płynów w celu zbadania pod kątem choroby.

krewni

Osoby związane więzami krwi.

wskaźnik masy ciała (BMI)

Miara zawartości tkanki tłuszczowej oparta na wzroście i masie ciała.

kolektomia

Operacja usunięcia części okrężnicy.

okrężnica

Pusty narząd, w którym przyjęty pokarm zmienia się z cieczy w postać stałą.

kolonoskop

Urządzenie wprowadzane przez odbyt do wnętrza okrężnicy.

kolonoskopia

Procedura badania wnętrza okrężnicy za pomocą urządzenia wprowadzonego przez odbyt.

Kolonografia tomografii komputerowej (TK)

Zdjęcia RTG okrężnicy.

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Choroba, która powoduje długotrwały obrzęk okrężnicy.

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Choroba, która powoduje długotrwały obrzęk przewodu pokarmowego.

polip spłaszczony

Nieprawidłowe narośle znajdujący się poniżej sąsiedniej tkanki.

układ pokarmowy

Grupa organów, które zamieniają pożywienie na małe fragmenty, które następnie organizm może wykorzystać jako źródło energii.

chromoendoskopia natryskowa

Procedura badania wnętrza okrężnicy za pomocą barwnika i urządzenia, które generuje bardzo wyraźne obrazy.

dysplazja

Wzorec nieprawidłowego wzrostu komórek.

endoskop

Urządzenie wprowadzane przez naturalny otwór do wnętrza ciała.

endoskopowa resekcja błony śluzowej (EMR)

Zabieg polegający na usuwaniu narośli przez ich uniesienie, a następnie odcięcie ich za pomocą drucianej pętli, którą wprowadza się przez naturalny otwór.

endoskopowa dysekcja podśluzówkowa (ESD)

Zabieg polegający na usunięciu narośli specjalnym nożem, który wprowadza się przez naturalny otwór.

przełyk

Rurkowaty organ pomiędzy gardłem a żołądkiem.

FAP

rodzinna polipowatość gruczolakowata

test immunochemiczny kału (FIT)

Test laboratoryjny, które zmierza do wykrycia niewielkich ilości krwi w kale.

polip płaski

Nieprawidłowa narośl, który nie wystaje lub nieznacznie wystaje ponad sąsiednią tkankę.

elastyczna sigmoidoskopia

Procedura badania wnętrza ostatniego odcinka okrężnicy za pomocą urządzenia wprowadzonego przez odbył.

endoskopia z wykorzystaniem białego światła o wysokiej rozdzielczości (HD-WLE)

Procedura badania wnętrza okrężnicy za pomocą urządzenia wprowadzonego przez odbył, które generuje bardzo wyraźne obrazy.

badanie w kierunku krwi utajonej w kale o wysokiej czułości

Test laboratoryjny, które mierzy do wykrycia niewielkich ilości krwi w kale.

HNPCC

dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością

polip hiperplastyczny

Przerost komórek, które mają wzorzec komórek płożkształtnych.

obrazowanie

Badanie, podczas którego generowane są obrazy wnętrza ciała.

nieswoiste zapalenie jelit

Grupa schorzeń powodujących długotrwały obrzęk przewodu pokarmowego.

jelito

Organ, przez który przechodzi pokarm po opuszczeniu żołądka. Dzieli się na 2 części zwane jelitem cienkim i jelitem grubym.

niedokrwistość z niedoboru żelaza

Choroba, w przypadku której liczba zdrowych czerwonych krwinek jest mała z powodu niskiego poziomu żelaza.

środek przeczyszczający

Leki używane do oczyszczania jelit.

chłonka

Przezroczysty płyn zawierający białe krwinki.

naczynie limfatyczne

Mała, rurkowata struktura, przez którą przepływa płyn zwany chłonką.

Zespół Lyncha

Rodzinną chorobą, która zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na raka.

niestabilność mikrosatelitarna (MSI)

Błędy w małych, powtarzających się częściach DNA podczas procesu kopiowania z powodu nieprawidłowego systemu naprawy.

gen naprawy systemu MMR

Instrukcje wewnątrz komórek dla białka, które koryguje błędy w DNA pojawiające się podczas tworzenia kopii DNA.

mt-sDNA

multitargeted stool DNA

śluzówka

Najbardziej wewnętrzna warstwa ściany okrężnicy.

Test mt-sDNA (multitargeted stool DNA)

Test laboratoryjny, który mierzy do wykrycia genetycznych markerów raka jelita grubego w kale.

patolog

Lekarz, który jest ekspertem w badaniu komórek i tkanek w celu wykrywania chorób.

polip uszypułowany

Nieprawidłowa narośl w kształcie grzyba.

polip

Przerost wewnętrznej ściany przewodu pokarmowego.

polipektomia

Procedura usuwania przerośniętych komórek.

zespoły polipowatości

Grupa chorób rodzinnych, które powodują wiele polipów jelita grubego.

pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Choroba, która powoduje stan zapalny i zwężenie dróg żółciowych.

odbytnica

Pusty narząd, w którym znajduje się kał dopóki nie opuści organizmu.

nawrót

Wznowa raka po okresie wolnym od choroby.

czynnik ryzyka

To, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia.

SD-WLE

endoskopia z wykorzystaniem białego światła o standardowej rozdzielczości

polip siedzący

Przerost komórek o zaokrąglonym wierzchołku i szerokiej podstawie.

siedzący polip ząbkowany (SSP)

Przerost komórek o uniesionym i zaokrąglonym wierzchołku oraz o piłokształtnym wzorcu komórek. Nazywany również bezszypułkowym gruczolakiem ząbkowanym.

siedzący polip ząbkowany z dysplazją (SSP-d)

Przerost komórek o piłokształtnym wzorcu wzrostu i uniesionym, zaokrąglonym wierzchołku.

stolec

Niewykorzystane resztki pokarmu wydalane z organizmu. Zwany także kałem.

zwężenie

Nieprawidłowe zwężenie pustego narządu.

tradycyjny gruczolak ząbkowany (TSA)

Przerost komórek, które mają wzorzec komórek piłokształtnych.

wrzodziejące zapalenie okrężnicy

Choroba, która powoduje długotrwały obrzęk okrężnicy lub odbytnicy.

wirtualna chromoendoskopia (VCE)

Procedura badania wnętrza okrężnicy za pomocą filtrującego światła urządzenia wprowadzonego przez odbyt. Nazywana również optyczną VCE.



Podziel się.

Wypełnij naszą [ankietę](#)

I pomóż uczynić

NCCN Guidelines for Patients

lepszymi dla wszystkich!

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

Współtwórcy NCCN

Niniejszy przewodnik dla pacjenta opiera się na NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, wersja 2.2021. Został zaadaptowany, zrecenzowany i opublikowany przy pomocy następujących osób:

Dorothy A. Shead, MS
starszydyrektor,
dział informacji dla pacjentów

Laura J. Hanisch, PsyD
kierownik programu informacji dla pacjentów

Susan Kidney
starszy specjalista ds. projektowania graficznego

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego 2.2021 zostały opracowane przez następujących członków panelu NCCN:

Dawn Provenzale, MD, MS/prezes
Duke Cancer Institute

* Reid M. Ness, MD, MPH/wiceprezes
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Benjamin Abbadessa, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Christopher T. Chen, MD
Stanford Cancer Institute

Gregory Cooper, MD
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute

Dayna S. Early, MD
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

* Mark Friedman, MD
Moffitt Cancer Center

Francis M. Giardiello, MD, MBA
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins

Kathryn Glaser, MA, PhD
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Suryakanth Gurudu, MD
Mayo Clinic Cancer Center

Amy L. Halverson, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Rachel Issaka, MD, MAS
Fred Hutchinson Cancer Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Rishi Jain, MD, MS
Fox Chase Cancer Center

Priyanka Kanth, MD, MS
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Trilokesh Kidambi, MD
City of Hope National Medical Center

Audrey J. Lazenby, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Xavier Llor, MD, PhD
Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital

Lillias Maguire, MD
University of Michigan Rogel Cancer Center

Arnold J. Markowitz, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Folasade P. May, MD, PhD, MPhil
UCLA Jonsson Comprehensive
Cancer Center

Robert J. Mayer, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center

Shivan Mehta, MD, MBA, MS
Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania

Caitlin Murphy, PhD
UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center

Swati Patel, MD, MS
University of Colorado Cancer Center

* Shajan Peter, MD
O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB

* Laura Porter, MD
Rzecznik praw pacjenta

Peter P. Stanich, MD
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Jonathan Terdiman, MD
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Jennifer M. Weiss, MD, MS
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

NCCN Staff

Mallory Campbell, PhD

* Weryfikacja tego przewodnika dla pacjentów. Oświadczenia, patrz [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

NCCN Cancer Centers

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
+1 800 789 7366 • pennmedicine.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 402 559 5600 • unmc.edu/cancercenter

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
+1 800 641 2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
+1 866 223 8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
+1 216 844 8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
+1 800 826 4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center | Massachusetts
General Hospital Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 617 732 5500
youhaveus.org
+1 617 726 5130
massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, Karolina Północna
+1 888 275 3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
+1 888 369 2427 • foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 800 824 2073
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Waszyngton
+1 206 606 7222 • seattlecca.org
+1 206 667 5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
+1 410 955 8964
www.hopkinskimmelfcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
+1 866 587 4322 • cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 480 301 8000 • Arizona
+1 904 953 0853 • Florida
+1 507 538 3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
Nowy Jork, Nowy Jork
+1 800 525 2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1 888 663 3488 • moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1 800 293 5066 • cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
+1 800 822 0933 • uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, Nowy Jork
+1 877 275 7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish
Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
+1 800 600 3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 866 278 5833 • stjude.org
+1 901 4485500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1 877 668 7535 • cancer.stanford.edu

UC Davis
Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916 734 5959 • +1 800 770 9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858 822 6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
+1 310 825 5268 • cancer.ucla.edu

UCSF Helen Diller Family Comprehensive
Cancer Center
San Francisco, California
+1 800 689 8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Kolorado
+1 720 48 0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1 800 865 1125 • rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Teksas
+1 844 269 5922 • mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608 265 1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Teksas
+1 214 648 3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877 936 8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855 4 SMILOW • yalecancercenter.org

Indeks

- gruczolak 23, 25, 27–29
- biopsja 16
- chromoendoskopia 35–36
- kolektomia 35–36
- układ pokarmowy 7
- dysplazja 23–24, 27–29, 34–36
- endoskopowa resekcja błony śluzowej (EMR) 35
- endoskopowa dysekcja podśluzówkowa (ESD) 35
- endoskopia 9, 35–36
- wywiad rodzinny 10–11, 21–25
- test immunochemiczny kału (FIT) 17–18
- elastyczna sigmoidoskopia 9, 16-19
- badanie w kierunku krwi utajonej w kale o wysokiej czułości 18
- dziedziczny zespół nowotworowy 10, 21, 23, 29
- polip hiperplastyczny 25, 28, 30
- nieswoiste zapalenie jelit (IBD) 10, 34–37
- zmiana Patrz polip.
- niestabilność mikrosatelitarna (MSI) 31
- gen naprawy systemu MMR 21
- testy mt-sDNA (multitargeted stool DNA) 17–19
- polip 7–8, 10, 27–31, 35–36
- polipektomia 16
- pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych 34–35
- ryzyko 10-11
- siedzący polip ząbkowany (SSP) 23, 25, 27–29
- objaw 8–9, 12, 21, 34–35
- tradycyjny gruczolak ząbkowany 23, 25, 27, 29





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego

2021

NCCN Foundation serdecznie dziękuje naszemu rzecznikowi, Fight Colorectal Cancer, oraz następującym korporacjom wspierającym za pomoc w udostępnieniu niniejszych NCCN Guidelines for Patients: Amgen Inc., Bristol Myers Squibb, Exact Sciences i Olympus Corporation of the Americas. Dodatkowo, niniejsze NCCN Guidelines for Patients są wspierane przez grant edukacyjny przyznany przez Daiichi Sankyo. NCCN niezależnie dostosowuje, aktualizuje i udostępnia NCCN Guidelines for Patients. Nasi partnerzy korporacyjni nie uczestniczą w opracowywaniu NCCN Guidelines for Patients i nie ponoszą odpowiedzialności za zawarte w nich treści i zalecenia. Tłumaczenie NCCN Guidelines for Patients na język polski możliwe było dzięki wsparciu Exact Sciences.

Wsparcie NCCN Guidelines for Patients

WPLAĆ TERAZ

Odwiedź stronę [NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215 690 0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) – dla pacjentów | [NCCN.org](https://www.nccn.org) – dla lekarzy