Dispenzární programy kolorektálního karcinomu

Dispenzární programy v diagnostice kolorektálního karcinomu jsou obdobou jeho depistáže (screeningu), nejsou však určeny osobám s průměrným rizikem kolorektálního karcinomu, ale osobám s rizikem zvýšeným. Které skupiny obyvatel to jsou si řekneme níže:

Pacienti se střevními polypózami

Patří sem nemocní s jakoukoliv formou střevní polypózy jako je Familiární adenomatózní polypóza, **Gardnerův syndrom** a **Turcotův syndrom**, **MUTYH polypóza**, **Peutz-Jeghersův syndrom** a **hyperplastická polypóza**.

Familiární adenomatózní polypóza

Kolonoskopie se doporučuje zahájit od 10-15 let věku a dále á 1 rok. Při vícečetné neřešitelné adenomatóze je vhodná subtotální, či totální kolektomie. Při zachování konečníku jsou nutné kontrolní endoskopie á 6-12 měsíců, u pouche á 1-3 roky.

Pacienti s HNPCC Lynch I a Lynch II

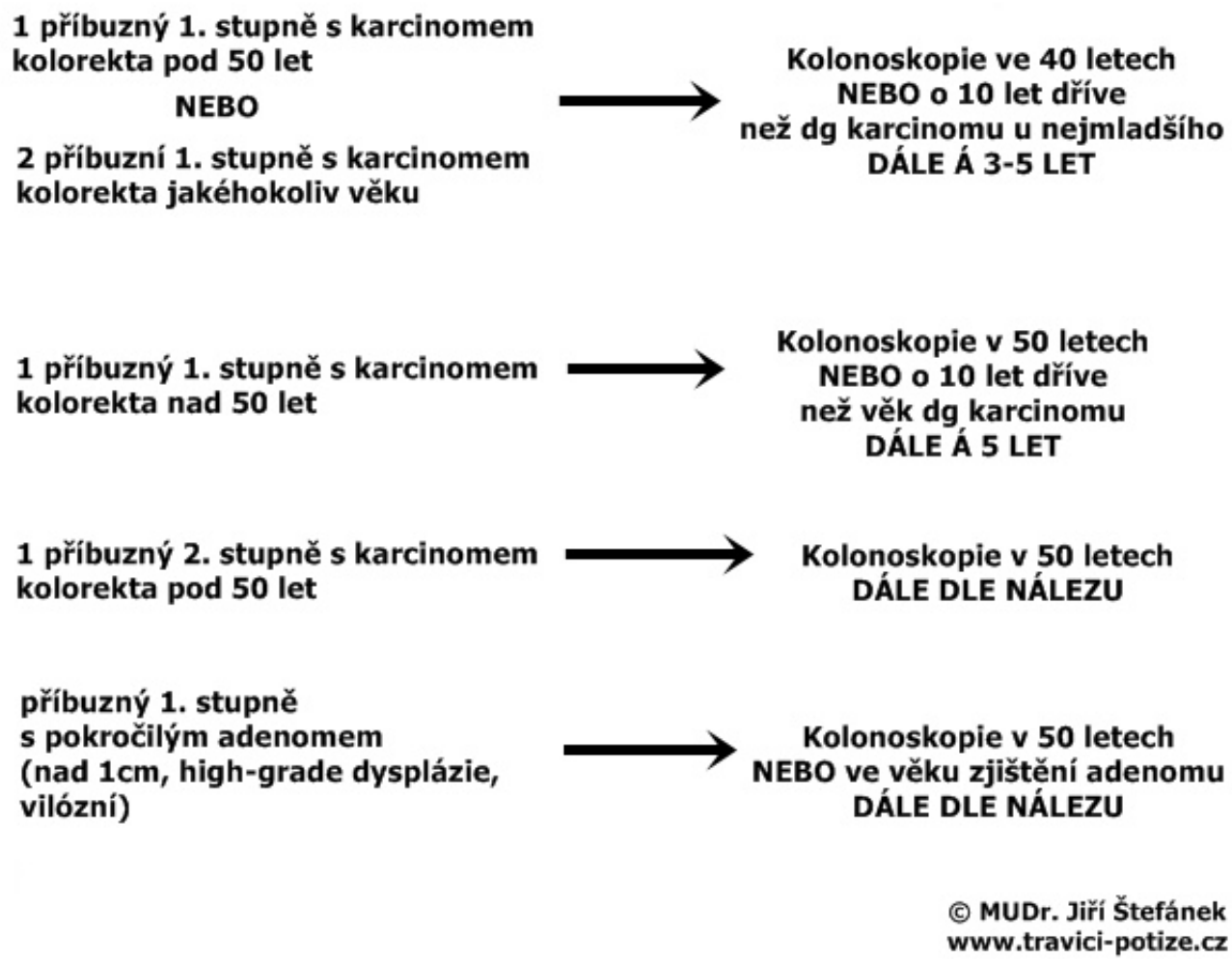
Řadíme sem pacienty s výskytem alespoň tří případů kolorektálního karcinomu u blízkých příbuzných s postižením minimálně dvou po sobě jdoucích generací, kdy alespoň jeden člověk onemocněl před 50. rokem věku.

Doporučuje se zahájit první kolonoskopií ve věku 20-30 let každé 1-2 roky a od 40 let věku každý rok.

Pacienti s kolorektálním karcinomem a pokročilým adenomem v rodinné anamnéze

Významný je výskyt kolorektálního karcinomu u rodiče, sourozence, nebo dítěte, zejména u osob postižených před 50. rokem života.

Současná doporučení:



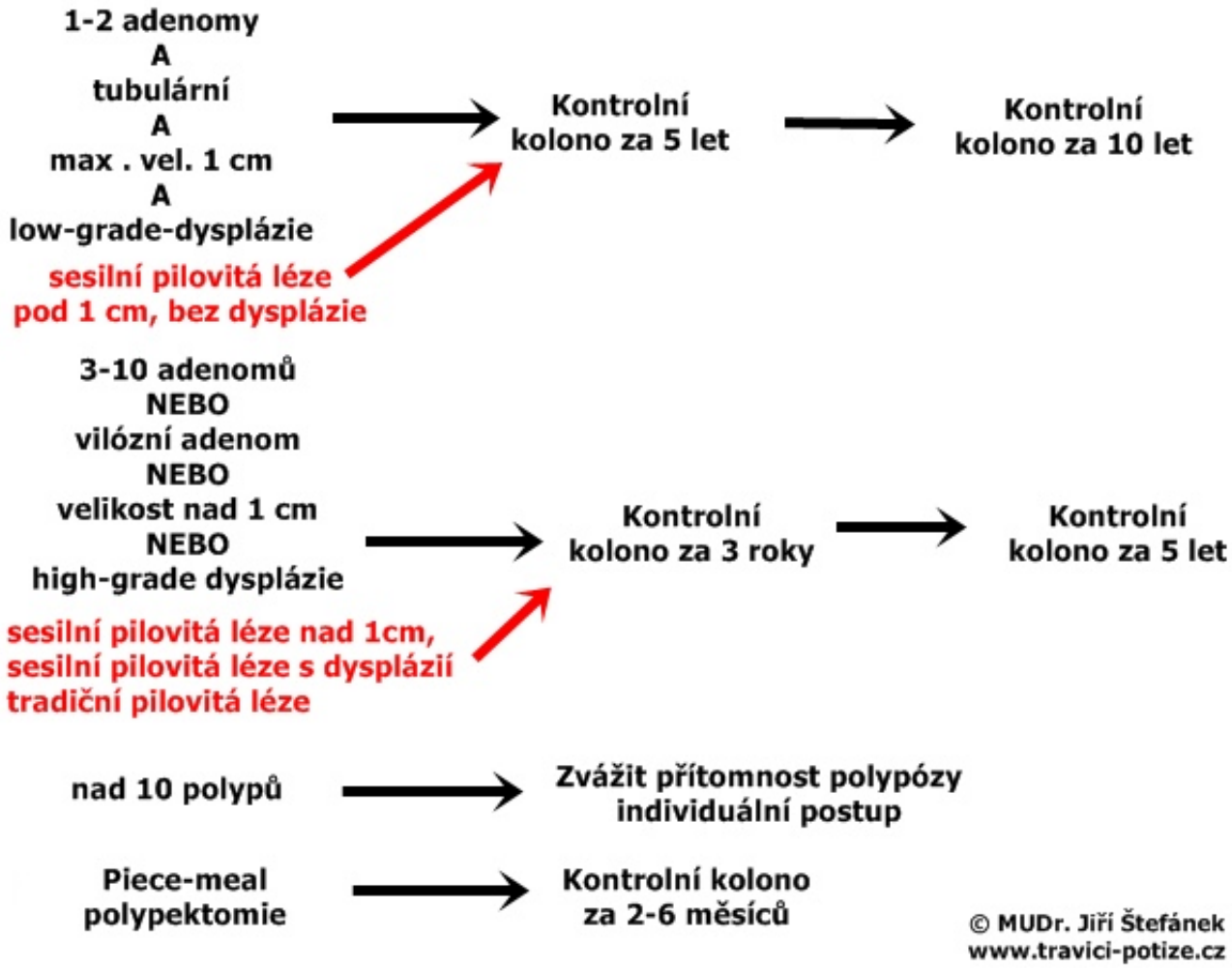
Pacienti s nálezem adenomových polypů

Jedná se o pacienty s pozitivním nálezem při kolonoskopii prováděné při screeningu, nebo z jiného důvodu. Hodnotí se počet, velikost a histologie polypů a podle toho se určuje termín další kolonoskopie.

Low-risk adenomy – 1-2, tubulární, low grade dysplázie, velikost pod 1 cm

High-risk adenomy – vícečetné nebo splňující podmínky pokročilého adenomu (vilózní složka, high-grade dysplázie, velikost nad 1 cm)

AGA Guidelines 2012 zahrnující i nálezy tzv. pilovitých lézí:



Pacienti po resekční operaci kolorektálního karcinomu

Pokud nebyla kompletní kolonoskopie provedena před operací, je nutno ji provést cca 6 měsíců po operaci, v opačném případě stačí za 1 rok. Dále při negativním nálezu za 3 roky a poté ve frekvenci á 5 let. U karcinomu rekta kontrola anastomózy za 6 měsíců po operaci a pak á 6 měsíců po dobu 5 let.

Pacienti s idiopatickými střevními záněty

U ulcerózní kolitidy se doporučuje zahájení dispenzarizace po 8-10 letech trvání symptomů pankolitidy, nebo levostranné kolitidy. U extenzivní kolitidy dále á 2 roky po 20 let a poté á 1 rok. U levostranné kolitidy od 15 let trvání nemoci á 2 roky po 20 let a poté á 1 rok. Při vyšetření je nutno odebírat etážové biopsie k vyloučení dysplázií. Při asociaci nemoci s **primární sklerozující cholangoitidou** provádět kolonoskopie á 1 rok od diagnózy. U Crohnovy choroby není jasné doporučení, vyšší riziko je u jedinců se začátkem choroby před 30. rokem věku.

Při kolonoskopii bez nálezu dysplázie se doporučuje ji opakovat á 2 roky s etážovými biopsiemi, u lehké

dysplázie opakovat za 6 měsíců a u těžké dysplázie potvrzené druhým patologem provést kolektomii.

Pacienti s akromegálií

Doporučuje se kolonoskopie ve 40 letech věku, dále dle nálezu a hladiny IGF-1. Při negativní kolonoskopii a normální hladině IGF-1 kontrolní kolonoskopie za 5-10 let. Při nálezu adenomu nebo zvýšené hladině IGF-1 kontrolní kolonoskopie za 3 roky.