

## Hol tart a vastag- és végbélrák szűrése?

Helyzetkép Dr. Bodoky György professzortól

**A vastag- és végbélrák (colorectalis carcinoma, CRC) a fejlett nyugati országokban és Magyarországon is a második leggyakoribb halált okozó daganattípus. Az onkológus szakma és az egészségpolitika álláspontja egységes abban a tekintetben, hogy a halálozás csökkentése érdekében országos szűrőprogramra van szükség. A betegség népegészségügyi vonatkozásairól és a CRC szűrésének jelenlegi helyzetéről Dr. Bodoky György professzort, a Fővárosi Szent István és Szent László Kórház Onkológiai Centrumának vezető főorvosát, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság tiszteletbeli elnökét kérdeztük.**

**– Hány embert érint hazánkban a vastag- és vastagbélrák, és van-e különbség a megoszlásban a férfiak és nők között?**

Világszerte évente mintegy egymillió új esetet diagnosztizálnak, Magyarországon minden évben tízezer új megbetegedést fedezünk fel. A colorectalis carcinoma egyformán érinti mindkét nemet, és a második leggyakrabban előforduló daganattípus mindkét nemnél. Minden 18 emberből egy veszélyeztetett, tehát mindnyájunknak 1:18-hoz esélyünk van arra, hogy kialakuljon bennünk a betegség.

**– Mekkora a betegség halálozási aránya?**

A vastag- és végbélrák az összes daganatos halálozás 10-15 százalékát teszi ki, a második leggyakoribb daganatos halálok, és az első leggyakoribb halálok a nemdohányzó férfiak és nők körében. Hazánkban ötezer beteget veszítünk el évente a betegség következtében.

**– Jellemzően mely életkorban alakul ki a betegség, és milyen tényezők hajlamosítanak rá?**

A vastag- és végbélrák jellemzően 50-75 év között fordul elő leggyakrabban, az 50 év feletti kor önmagában emelkedett kockázatot jelent. A betegség előfordulásának aránya 40 éves kor alatt 10 százalék. Hajlamosító tényezőnek számít, ha a családi anamnézisben 40 évnél fiatalabb családtag CRC megbetegedése szerepel. Bizonyos örökletes betegségek – FAP, Gardner szindróma, Peutz-Jeghers szindróma, Lynch szindróma –, a korábbi vastagbél-daganat és a gyulladásozó bélbetegségek is emelik a betegség előfordulásának a gyakoriságát.

**– Vannak-e a CRC kialakulását gátló tényezők?**

Az aszpirin és a D-vitamin szedése egyértelműen, jelentős mértékben csökkenti a vastagbélrák kialakulásának kockázatát. Még fontosabb, hogy a már kialakult betegség ke-

zelése során az aszpirin, a NSAID és a D-vitamin javíthatja az eredményességet. Csökkentheti továbbá a rizikót a fiatal kor, az etnikum, és a személyes vagy családi anamnézis hiánya is. Ez utóbbi kapcsán megjegyzem, a CRC megbetegedések 80% százaléka anamnézis nélkül alakul ki. Az alacsony hús, zsír, fehérje és alkohol bevitel, illetve a magas rostanyag, kalcium, szelén és foliát bevitel, valamint a hormonpótlás is csökkenti a CRC rizikóját. Az egészséges életmód – a rendszeres mozgás és a helyes táplálkozás – szintén rizikócsökkentő hatású. A felsorolás végére hagytam, de legfontosabbnak tartom a szűrést. Meggyőződéssel vallom, hogy a kialakulást leginkább gátló tényező a vastagbélrák szűrése.

**– Milyen szűrési módszerek ismertek?**

A szűrés módszerére számos ajánlás létezik világszerte, melyek mindegyike figyelembe veszi az adott ország epidemiológiai, gazdasági, egészségügyi és kulturális helyzetét. Sok országban alkalmazott módszer a székletvér kimutatása, majd pozitív eredmény esetén kolonoszkópia végzése. A székletvér vizsgálat nagyjából 30-50 százalékos szenzitivitású, de azt mondhatjuk, hogy még ez a nem kellően effektív módszer is alkalmas emberéletek megmentésére. A szűrési arzenálban szerepel a szigmoidoszkópia és a báriumos feltöltés, amelyeket különböző okok miatt nem tekintünk valós alternatívának. Joggal állíthatjuk, hogy a kolonoszkópia az arany standard, mivel a vastagbél tükrözéses vizsgálatával 90 százalékos szenzitivitást lehet elérni. Érdemes megemlíteni a székletvér DNS tesztjét: egyelőre nem ismeretek a szűrés effektivitási paraméterei, de a későbbiekben még alternatívát jelenthet. Végül létezik a virtuális kolonoszkópia (CT-vizsgálat), ám alkalmazása kevésbé előnyös, mivel – szemben a kolonoszkópiával – nem teszi lehetővé a beavatkozás azonnali elvégzését. Fontos megjegyezni, hogy a szűrés valamennyi formája csökkenti a halálozást.

**– Melyik módszer tekinthető a leginkább költségghatékonynak?**

A költségghatékonyság nyilvánvalóan a részvételi aránytól függ. Ha túl kevesen vesznek részt a szűrésben, akkor kevésbé hatékony. Bár a józanész és minden szakmai érv a kolonoszkópia mellett szól, a lakosság bevonása egyértelműen könnyebb a székletvér vizsgálat esetében, hiszen az nem jár kellemetlenséggel a beteg számára. Azonban a várható eredmény lesújtóan gyengébb: 30-50 százalék a székletvér szűrés találati aránya, míg a kolonoszkópiás szűrésé 80-90 százalék. Tudni kell, hogy a vastag- és végbéldaganatoknak csak kis hányada vérzik, értelemszerűen a nem vérző daganat nem mutat székletvér pozitivitást. Ez egyben

azt is jelenti, hogy ezzel a módszerrel nincs esélyünk a nem vérző daganatot kimutatni. A másik probléma, hogy a széklétvér teszt számos esetben fals eredményt mutat. Ál-pozitív eredményt kapunk például, ha a beteg véres hús fogyasztott, illetve ha aranyérbetegsége, vagy bármilyen gyulladásos bélbetegsége van. Az ál-pozitív esetek pedig főleges kolonoszkópiát eredményeznek, hiszen minden pozitív beteget kötelező megtükrözni. Még félelmetesebb számunkra az ál-negatív eredmény. Ilyenkor a vizsgált személyben hamis biztonságérzet alakulhat ki, mert azt hiszi, hogy negatív eredménye volt a szűrésének, és emiatt nem veszi komolyan a később fellépő vérzéseket.

#### **– Milyen előnyöket nyújt a kolonoszkópiával végzett vastagbélvizsgálás?**

A kolonoszkópia nem csak szűrővizsgálat, hanem egyben megelőző beavatkozás is. Ezzel az eljárással igen nagy biztonsággal megtaláljuk a bél falán lévő kóros elváltozásokat, és rögtön el is tudjuk távolítani azokat. Ilyenek például a polipok, amelyek nem daganatok, de idővel rosszindulatú daganat fejlődhet ki belőlük. Ennek fényében könnyen belátható, hogy gyakorlatilag ezzel az eszközzel tudjuk biztosítani a legoptimálisabb szűrést, hiszen lehetőséget ad a megelőzésre is. Mellette szól továbbá a magas, 80 százalékos szenzitivitás és a 95 százalékos specificitás. A hamis eredmények aránya az 5 milliméternél kisebb adenomáknál mindössze 15-25 százalék, a 10 milliméternél nagyobb adenomáknál 0-6 százalék. A vastagbéltükrözés 90 százalékkal csökkenti a CRC incidenciát és halálozást.

#### **– Sokan azért tartanak a kolonoszkópiától, mert attól félnek, hogy fájdalmas.**

Én is úgy gondolom, hogy az lenne az optimális, ha mindenhol rövid kábításban végeznék a vizsgálatot. Ennek nincs is akadálya. A kolonoszkópiát ma már rutinszerűen lehet altatásban, pontosabban kábításban végezni. A páciens semmit nem érez a kábításban végzett vizsgálatból, egyetlen vénás injekciót kap, a beavatkozást követően pedig egy óra múlva hazamehet. Azt azonban figyelembe kell venni, hogy ha a szűrővizsgálatok tekintetében gondolunk a kolonoszkópiára, akkor olyan szűrőhelyek kellene, ahol a betegek egy-két órát pihenhetnek a vizsgálat után. Ha tükrözéses vizsgálat történik bódításban, akkor utána biztosítani kell a beteg számára ezt.

#### **– Milyen időközönként ajánlatos elvégezni a kolonoszkópiás szűrést az átlagos kockázatú betegeknél?**

Mindenkinek, aki elmúlt ötven éves, érdemes elmennie tízévente egyszer a vizsgálatra. Ez praktikusán összesen három vizsgálatot jelent, mivel nyolcvan éves kor felett már nem ajánlott a kolonoszkópia végzése. A magas kockázatú betegeknél a kolonoszkópiák közötti időszakban ötévente széklét DNS vizsgálatot is kell végezni.

#### **– Hazánkban létezik az egész országra kiterjesztett, szervezett szűrés?**

Sajnos egyelőre nem, de van elkötelezettség ez iránt a döntéshozók részéről, az egészségügyi kormányzat programjában szerepel a vastagbélrák szűrésének megindítása. El kell ismerni, sokáig az orvos-szakma is megosztott volt abban a tekintetben, hogy melyik szűrési módszer bevezetését tartja megfelelőnek. Az egyik szakmai kör a tükrözéses vizsgálatot, a másik a széklétvér vizsgálatot preferálta. Tehát mi orvosok is hibásak vagyunk abban, hogy késlekedett az országos szűrőprogram bevezetése. 1996 óta több regionális kísérleti szűrőprogram lezajlott hazánkban. A legutóbbi, Csongrád megyében végzett ingyenes szűrésbe 13 ezer lakost vontak be. Az eredmények biztatóak, tehát van okunk reménykedni az egész ország lakosságára kiterjesztett szűrési megszervezésében. Úgy gondolom, ma már ténylegesen kitapintható a politikai akarát, és az ÁNTSZ is intenzíven dolgozik azért, hogy valamilyen szűrési program elindulhasson a közeljövőben. Nyilvánvalóan népegészségügyi szűrési programként a széklétvér szűrés bevezetése várható, de tudomásom szerint az egészségügyi kormányzat lehetőséget fog biztosítani a tükrözéses vizsgálatokra is. A választható szűrőprogram lényege, hogy minden 50 év feletti állampolgár számára, akinek – hasonlóan az emlőrák szűréshez – behívásos módszerrel ajánlják a széklétvér szűrést, finanszírozott módon elérhetővé válik a kolonoszkópia. Ez számomra egy elfogadható kompromisszum.

#### **– Vélhetően kevésbé lenne hatékony az egylépcsős kolonoszkópiás szűrőprogram, hiszen nem számíthatnánk magas részvételi arányra.**

Igen, a döntéshozóknak ezt a körülményt is mérlegelniük kell. Valószínűsíthető, hogy ha a tükrözést ajánlanánk fel szűrővizsgálatként, nem lenne túl nagy az érdeklődés a lakosság részéről. Ugyan az egészségpolitika éppen ennek az ellenkezőjétől tart, vagyis attól, hogy nem lennének elegendők a kapacitások az igények kielégítésére, én ettől kicsit sem félek. Ismerve az emlőrákszűrés 50 százalékos részvételi arányát, úgy gondolom, hogy a magyar lakosság nem produkálna azonnal 80 százalékos részvételt a kolonoszkópos szűrésen.

#### **– Pedig ha ez történe, a halálozási mutatók drasztikusan javulnának.**

Ez így van. A módszer hatékonysága külföldön már bebizonyosodott: az Amerikai Egyesült Államokban a szűrésnek köszönhetően 2000-2010 között 30 százalékkal csökkentették a CRC előfordulását, ami óriási eredmény. Az amerikai egészségpolitika már azt tervezi, hogy 2018-ra még tovább csökkenti a vastagbélrák előfordulását.

#### **– Ön szerint ez reális célkitűzés?**

Igen, mivel a daganat tíz év alatt fejlődik ki, ami azt jelenti, hogy a tízéves daganatfejlődés folyamán minimum 8,5 év áll rendelkezésünkre, hogy korai diagnózist állítsunk fel. Szűréssel a vastagbélrák a legjobban megelőzhető viscerális daganatfajta. A betegek egy csoportjában megelőzhetjük

a rák kialakulását azzal, hogy a még nem rosszindulatú betegséget, a polipot eltávolítjuk. Az adenoma, illetve még az előrehaladott adenoma is eltávolítható az első öt évben. A betegek egy másik csoportjánál pedig a már kialakult rákot olyan stádiumban észleljük, amikor még operálható. A korai stádiumában felfedezett CRC esetén 90 százalékos öt éves túléléssel számolhatunk.

#### – Milyen kimenetelre számíthatnak azok a betegek, akiknek a daganata nem operálható?

Negyedik stádiumban, ha a daganat áttétet ad, a túlélési arány kevesebb, mint öt százalék. A tünetek – székletben megjelenő vézés, székelési szokások megváltozása, hasmenés, vagy székrekedés, valamint görcsös hasi fájdalom – általában csak késői stádiumban jelentkeznek. Nagy szerencse, ha a daganat korán elkezd vérezni, mert így idejében fel tudjuk fedezni. A nem operálható daganatok

esetében már egyre korszerűbb kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre. Ma a negyedik stádiumú áttétes daganatok esetén egyelőre az életet meghosszabbító kezeléseket alkalmazhatunk, de a végleges gyógyulás reménye szerény.

#### – Ez mit jelent százalékos arányban?

Attól függ, hogy milyen stádiumról beszélünk, de azt lehet mondani, hogy ma egy áttétes vastagbél daganatos beteg várható élettartama 30 hónap. Kolonoszkópiára alapozott egylépcsős szűréssel Magyarországon évente négyezer ember életét tudnánk megmenteni, mivel az időben felismert és kezelt daganat majdnem száz százalékban gyógyul. Másképpen fogalmazva a tízezer beteg közül kilencezren meggyógyulnának a jelenlegi ötezer helyett. Nem kérdés tehát, hogy a kolonoszkópia nagyon korszerű, hatékony eljárás, szakmailag indokolt lenne az egész lakosságra való kiterjesztése.

Boromisza Piroska

## NÉVJEGY



**Dr. Bodoky György** onkológus, egyetemi magántanár. 1998-tól a Fővárosi Önkormányzat Szent László Kórház Onkológiai osztályának osztályvezető főorvosa. Tudományos érdeklődési területe a daganatos anyagcsere változása valamint a daganatok klinikai onkológiai kutatása, melynek keretében 121 klinikai onkológiai vizsgálat vizsgálatvezetője volt. Az ESMO (European Society of Medical Oncology) terápiai irányelv munkacsoportjának, a SAKK (Swiss Group for Clinical Cancer Research) és a SEEROG

(South Eastern European Research Oncology Group) tagja, az ARCAD (Academic Research on Cancer for Answers and Directions) meghívott tagja, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság tiszteletbeli elnöke. Hét folyóirat szerkesztőbizottságának munkatársa, a Rákgyógyítás című betegtájékoztató újság és internetes oldal megalkotója és kiadója. A GIST, a NET, és a májrak magyarországi munkacsoportjainak alapítója, melyek keretében jött létre e betegségek elektronikus regiszterének rendszere. Számos szakkönyv és tankönyv szerkesztője és több mint 450 (IF: 819, CI: 6060, h-index: 24) tudományos közlemény szerzője.

(South Eastern European Research Oncology Group) tagja, az ARCAD (Academic Research on Cancer for Answers and Directions) meghívott tagja, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság tiszteletbeli elnöke. Hét folyóirat szerkesztőbizottságának munkatársa, a Rákgyógyítás című betegtájékoztató újság és internetes oldal megalkotója és kiadója. A GIST, a NET, és a májrak magyarországi munkacsoportjainak alapítója, melyek keretében jött létre e betegségek elektronikus regiszterének rendszere. Számos szakkönyv és tankönyv szerkesztője és több mint 450 (IF: 819, CI: 6060, h-index: 24) tudományos közlemény szerzője.

### *Minden 15. ember szenved valamilyen ritka betegségben c. cikk folytatása a 24. oldalról*

A beteg aktív hozzáállása sokat segít az orvosoknak, hiszen minden tünetnek komoly jelentősége lehet, ezért fontos, hogy a betegek minél pontosabban figyeljék meg, és írják le állapotuk változását. Gyakran több szervrendszert is érint egy-egy ritka betegség – mondja Dr. Molnár Mária Judit, így a szakorvosok összehangolt munkájára van szükség a megfelelő kezelések kialakításához.

Dr. Molnár Mária Judit elmondta: a Semmelweis Egyetemet bízták meg azzal, hogy koordinálja és validálja a ritka betegségeket összegyűjtő és bemutató nemzetközi adatbázis, az Orphanet Magyarországra vonatkozó részének feltöltését. Tavaly ősszel indult a munka, három évet kaptak, hogy magyar nyelven is hozzáférhetővé tegyék a ritka betegek és orvosaik számára hasznos tudnivalókat. Az oldalon egyebek mellett a tünetek és jelek alapján lehet keresni a betegségek között, megtalálhatjuk a körképek leírását, a kezelési lehetőségeket vagy akár a szakmai központok felsorolását. A honlap számos ország adatait közli, így azok, akik beszélnek idegen nyelveket, már most is tanulmányozhatják az adatbázist, de számos tartalom elérhető már magyarul is az oldalon.

*Forrás: Semmelweis Egyetem*

*<http://semmelweis.hu/mediasarok/2016/02/24/minden-15-ember-szenved-valamilyen-ritka-betegsegben/>*