

# Kolonoskopia po 80 roku życia-z perspektywy szpitala wojewódzkiego

## Colonoscopy above 80 years of age- from a perspective of regional hospital

**Katarzyna Wójcik, Jolanta Chodacka-Tukiendorf**

Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, SPSW im Papieża Jana Pawła II w Zamościu

**Krzysztof Marczewski**

Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, SPSW im Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Katedra Fizjoterapii WSZiA w Zamościu

### Streszczenie

**Wstęp.** Skuteczność polipektomii i zasadność kolonoskopii wśród osób objętych badaniami przesiewowymi, została potwierdzona w licznych badaniach. Mniej wiadomo o zasadności takich badań u osób starszych. Omawiana poniżej obserwacja dotyczy kolonoskopii u pacjentów w wieku powyżej 80 lat z objawami chorób przewodu pokarmowego takimi jak: jawne i utajone krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, niedokrwistość, chudnięcie., zaburzenia rytmu wypróżnień i bóle brzucha. **Materiał i metody.** Przeanalizowano 143 kolonoskopii u pacjentów w przedziale wiekowym między 80 a 93 rokiem życia w chwili badania (76 kobiet i 67 mężczyzn). Średni wiek chorego wynosił 83,4+/-2,8 lat. Kolonoskopie wykonano w Zakładzie Endoskopii Szpitala im Papieża Jana Pawła II w Zamościu w latach 2012-2013. **Wyniki.** Nie obserwowano istotnych powikłań. W 25% wynik kolonoskopii miał bezpośrednie konsekwencje terapeutyczne, a tylko w 9% stwierdzono prawidłowy obraz jelita grubego. **Wnioski.** Kolonoskopia wykonywana z powodu występujących objawów u osób powyżej 80 roku życia okazała się badaniem bezpiecznym i mającym znaczenie kliniczne. Wynik ten przemawia za zasadnością prowadzenia badań nad przesunięciem górnej granicy wieku wykonywania badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. (Gerontol Pol 2014, 3, 155-158)

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego i odbytnicy, kolonoskopia przesiewowa, wiek podeszły

### Abstract

**Introduction.** The effectiveness of polypectomy and appropriateness of colonoscopy among people of a screening program, has been confirmed in numerous studies. Less is known about the validity of such studies in the elderly. Discussed under observation concerns colonoscopy in patients aged over 80 years with symptoms of gastrointestinal diseases such as abdominal pain, constipation, diarrhea, overt and latent bleeding from the lower gastrointestinal tract, anemia, weight loss., abnormal bowel habits. **Material and methods.** We analyzed 143 colonoscopy patients aged between 80 and 93 years of age at the time of the study (76 women and 67 men). The mean age of onset was 83,4+/- 2.8 years. Colonoscopies were performed in the Department of Endoscopy, Hospital Pope John Paul II in Zamość in 2012-2013. **Results.** No serious complications were observed. 25% of colonoscopy have a direct therapeutic consequences, but only 9% were found normal image of the colon. **Conclusions.** Colonoscopy performed because of clinical symptoms in people over 80 years of age was safe and clinically relevant. This result supports future research on the shift of the upper age limit of screening for colorectal cancer. (Gerontol Pol 2014, 3, 155-158)

**Key words:** colorectal cancer, screening colonoscopy, elderly

### Wstęp

Nowotwory stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów, a szanse na wyleczenie z choroby nowotwo-

rowej zależą nie tylko do typu nowotworu, ale w większości wypadków także od stadium jego zaawansowania. Dotyczy to również raka jelita grubego, drugiego co do częstości występowania nowotworu złośliwego

u kobiet i trzeciego u mężczyzn. Skuteczność polipektomii i zasadność przesiewowych kolonoskopii została potwierdzona w początkach lat 90 ubiegłego wieku [1]. Dlatego w wielu krajach świata, w tym Polsce, wprowadzono program profilaktycznych badań przesiewowych, stawiając za cel zwiększenie wykrywalności i odsetka wyleczeń a co za tym idzie zmniejszenie umieralności i kosztów leczenia. W latach 2000-2012 kolonoskopia przesiewową objęto w Polsce ponad 318 000 osób w wieku 50-65 lat, w 148 ośrodkach, w tym w naszym, SPSW im Papieża Jana Pawła II w Zamościu[2].

Skuteczność tego programu postawiła pytanie o zasadność zakończenia go na 65 r.ż. w sytuacji kiedy w województwie lubelskim przeciętne dalsze trwanie życia kobiety, która ukończyła 60 rok życia wynosiło ponad 24 lata, a mężczyzny ponad 18 lat [3].

Endoskopia jelita grubego, wykonana fiberoskopem, zwana kolonoskopia jest obarczona stosunkowo niewielkim ryzykiem powikłań (0,4%) takich jak perforacja, krwawienie, powikłania sercowo-płucne czy ostre zapalenie woreczka żółciowego. Natomiast jest badaniem stosunkowo nieprzyjemnym dla pacjenta i wymagająca dość uciążliwego przygotowania. Wobec niewielkiej liczby bezwzględnych przeciwwskazań w postaci perforacji jelita grubego, zapalenia uchyłków, głębokich owrzodzeń oraz martwicy niedokrwiennej wykonanie kolonoskopii w ośrodku posiadającym wystarczające doświadczenie i spełniających kryteria jakości w postaci co najmniej: 90% osiągalności kątnicy, 20% częstości wykrywanych gruczolaków, możliwością polipektomii z oceną histopatologiczną [4], badanie można wykonać w zasadzie bez ograniczeń wiekowych, również u pacjentów geriatrycznych. Jednak wśród seniorów szczególnie starannie trzeba rozważyć wskazania, a jednocześnie uwzględnić stan ogólny pacjenta, choroby współistniejące oraz obciążenia związane z przygotowaniem do badania jak: zaburzenia elektrolitowe, rytmu serca, niewydolność nerek oraz przebyte rozdarcie przełyku, zespół Mallory-Weissa czy zachłystowe zapalenie płuc.

Biorąc pod uwagę wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia oraz czas transformacji nowotworowej z gruczolaka do raka (8-10 lat) należy postawić pytanie, czy uzasadnione jest podniesienie górnej granicy wieku badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego przy rosnącym wraz z wiekiem ryzykiem powikłań takiego badania? Przeprowadzona obserwacja dotycząca kolonoskopii, wykonywanej w związku z objawami klinicznymi, u pacjentów w wieku ponad 80 lat, może być przydatna w tych rozważaniach.

## Material metody

Przeanalizowano 143 kolonoskopii u pacjentów w przedziale wiekowym między 80 a 93 rokiem życia w chwili badania, w tym 76 kobiet i 67 mężczyzn. Średni wiek chorego wynosił 83,4+/-2,8 lat.

Kolonoskopie wykonano w Zakładzie Endoskopii Szpitala im Papieża Jana Pawła II w Zamościu w latach 2012-2013. Wskazaniem do badania były objawy kliniczne w postaci chudnięcia, bólu brzucha, biegunek i zaparcie, zwłaszcza naprzemiennych obecność krwi w stolcu oraz laboratoryjnych przed wszystkim niedokrwistości, przy czym te dwa ostatnie wskazania obejmowały ponad połowę chorych.

## Wyniki

Podczas kolonoskopii nie obserwowano istotnych powikłań, a wyniki badania podzielono na 5 grup pod względem ryzyka zachorowania na raka jelita grubego według kryteriów stosowanych dla ludzi w wieku objętym badaniem przesiewowym:

- 1) zmiany oceniane na podstawie obrazu endoskopowego jako wysoce podejrzane o nowotworzenie – 17%;
- 2) zmiany istotne z punktu widzenia profilaktyki nowotworów-polipy powyżej 1cm – 11%;
- 3) zmiany o niewielkim ryzyku nowotworowym- polipy poniżej 1cm – 25%;
- 4) obraz endoskopowy dolnego odcinka przewodu pokarmowego bez zmian – 9%;
- 5) inne zmiany, nieistotne pod kątem ryzyka nowotworowego, ale posiadające ważne znaczenie diagnostyczne w tym rzekomoblioniaste zapalenie jelita grubego – 7%.

Ponadto w 31% stwierdzono, najczęściej jako zmiany współistniejące, uchyłki esicy, żylaki odbytu, melanozę, zmian zapalnych błony śluzowej jelita i zmiany angiodysplastyczne.

## Dyskusja

Przedstawiona analiza dotyczyła chorych zakwalifikowanych do kolonoskopii na podstawie wyników badań i/lub objawów znalezionych podczas badania podmiotowego lub przedmiotowego dlatego nie można przenieść jej bezpośrednio na populację osób asymptomatycznych.

W dużych badaniach Blumensteina i wsp. rak jelita grubego był wykrywany z podobną częstością (ok. 1%)

w grupie 5375 osób poddawanych przesiewowej kolonoskopii jak i w grupie 1075 osób poddawanych kolonoskopii z uwagi na objawy chorobowe. Natomiast częstość występowania polipów była istotnie wyższa (34% wobec 25%) w grupie bezobjawowej [5].

W jednym z dużych amerykańskich szpitali tylko 30% pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego było zdiagnozowanych podczas przesiewowej kolonoskopii, wykonywanej pomiędzy 50-75 rokiem życia, natomiast ponad 30% leczonych stanowili chorzy poza tym przedziałem wiekowym. W świetle tego badania wydaje się, że obowiązujących w Stanach Zjednoczonych zalecenia, tj. wykonywanie kolonoskopii przesiewowych między 50 a 75 rokiem życia nie są wystarczające [6].

W innym badaniu obejmującym pacjentów w wieku około 50 lat wykonano kolonoskopie jako przesiewowe i/lub z uwagi na obciążenie rodzinne. Inwazyjne gruczolakoraki wykrywano w 0,1%, gruczolaki w 27%, polipy hiperplastyczne w 16%, a agregaty grudek chłonnych w 4% [7].

Trzeba zauważyć, że w badanej zamojskiej grupie pacjentów, dla co 4-tej z osób kolonoskopia miała bezpośrednie konsekwencje terapeutyczne. Co prawda usuwanie polipów powyżej 1cm jest ekstrapolacją postępowania opracowanego na podstawie badania młodszych osób i być może u części z naszych pacjentów do końca ich życia, z tych polipów nie rozwinąłby się żaden nowotwór. Według GUS [8] w roku 2012 przeciętne dalsze trwanie życia dla osób 80-letnich w Polsce wynosi odpowiednio dla kobiet 9 lat i mężczyzn 7,4 roku, tym samym krócej niż 10 lat jakie przyjmuje się za czas potrzebny aby polip mógł się rozwinąć się w raka okrężnicy. Jednak ryzyko transformacji z „zaawansowanego” gruczolaka do raka jelita grubego istotnie zwiększa się z wiekiem i tak np. między 55 a 59 r.ż. wynosi średnio 2,6%, a między 75 a 79 r.ż 5,2 % [9].

Oczywiście obserwacje te nie odpowiadają wprost na pytanie o zasadność badań przesiewowych w tej grupie

wiekowej, ale stanowią pewien argument na ich rzecz. Wydaje się, że istotniejsze od samego wieku jest prawdopodobieństwo przeżycia kolejnych 10 lat. Można się w tym celu posłużyć indeksami wielochorobowości poczynając od klasycznego indeksu Charlson [10], czy tak wartościowym narzędziem diagnostycznym jak całościowa ocena geriatryczna [11,12]. Być może mógłby znaleźć tu zastosowanie prosty podział zaproponowany przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną [13]. Wprowadza on trzy kategorie pacjentów w zależności od stopnia samodzielności. Pierwsza to osoby całkowicie niezależne, dla których badania przesiewowe były by najbardziej zasadne. Drugą kategorią, tj. osoby zależne z powodu zespołu słabości i/lub demencji oraz trzecią tj. osoby z przewidywanym czasem życia krótszym niż rok, należałoby raczej wykluczyć z tego programu.

Ewentualnej modyfikacji zaleceń nie można rozpatrywać w oderwaniu od prawdopodobieństwa zastosowania się do nich osób starszych. Obecnie kobiety i osoby starsze obojga płci rzadziej i tak rzadziej poddają się przesiewowej kolonoskopii [14], także częściej nie stosują się do zalecenia kontrolnego badania, zwłaszcza kiedy jego termin jest bardziej odległy [15].

## Wnioski

1. Kolonoskopia w grupie osób po 80 r.ż. wykonywana ze wskazań klinicznych okazała się badaniem bezpiecznym i użytecznym.
2. Przedstawiona obserwacja przemawia za podjęciem badań określających zasadność podniesienia wieku wykonywania przesiewowej kolonoskopii.

## Konflikt interesów

Brak.

## Piśmiennictwo

1. Zatoński W., Didkowska J., Wojciechowska U. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2012.
2. Program Badań Przesiewowych Wczesne wykrywanie raka jelita grubego. <http://pbp.org.pl>
3. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2013 r. według województw (NTS2) GUS, publikacja dostępna na stronie internetowej [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
4. Narodowy program zwalczania nowotworów: Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w 2014 i 2015 r. w systemie zapraszającym; [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), Warszawa, 03.06.2014r.

5. Blumenstein I., Tacke W., Bock H., Filmann N. i wsp. Prevalence of colorectal cancer and its precursor lesions in symptomatic and asymptomatic patients undergoing total colonoscopy: results of a large prospective, multicenter, controlled endoscopy study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013; 25: 556-561.
6. Przybyła A.G., Crockett J.A., Rex J.C., Culumovic P.J. Current screening guidelines overlook a significant number of patients treated for colorectal cancer. *Am Surg*, 2014; 80: 539-543.
7. Walker A.S., Nelson D.W., Fowler J.J. i wsp. An evaluation of colonoscopy surveillance guidelines: are we actually adhering to the guidelines? *Am J Surg*, 2013; 205: 618-622.
8. GUS [2013]; Trwanie życia w 2012, oprac. L. Nowak, Warszawa 2013, publikacja dostępna na stronie internetowej [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
9. Brenner H., Altenhofen L., Stock C., Hoffmeister M. Natural history of colorectal adenomas: birth cohort analysis among 3.6 million participants of screening colonoscopy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2013; 22:1043-1051.
10. Charlson M.E., Sax F.L., MacKenzie C.R., Fields S.D., Braham R.L., Douglas R.G. Assessing illness severity: does clinical judgment work? *J Chronic Dis*, 1986; 39: 439-452.
11. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics*, 2010; 4: 247-251.
12. Krzemieniecki K. Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii-systematyczny przegląd piśmiennictwa. *Gerontol. Pol*, 2009; 17:1-6.
13. Managing older people with type 2 diabetes, global guideline 2013: [www.idf.org](http://www.idf.org)
14. Gancayco J., Soulos P.R., Khiani V. i wsp. Age-based and sex-based disparities in screening colonoscopy use among medicare beneficiaries. *J Clin Gastroenterol*, 2013; 47: 630-636.
15. Stock C., Holleczeck B., Hoffmeister M., Stolz T., Stegmaier C., Brenner H. Adherence to physician recommendations for surveillance in opportunistic colorectal cancer screening: the necessity of organized surveillance. *PLoS One*, 2013; 8 :e82676.