

Úvod

Kolorektální karcinom (CRC), který zahrnuje nádory tlustého střeva a konečníku, představuje v současnosti třetí nejčastější malignitu a zároveň druhou nejčastější příčinu úmrtí na onkologická onemocnění na celosvětové úrovni, přičemž v roce 2022 bylo zaznamenáno více než 900 000 úmrtí (1). V České republice (ČR) je kolorektální karcinom s roční incidencí 7 170 případů v roce 2023 třetím nejčastějším zhoubným nádorem, po karcinomu prostaty (9 212 případů v roce 2023) a karcinomu prsu žen (8 156 případů). V mortalitě zaujímá kolorektální karcinom v ČR druhé místo (3 181 úmrtí v roce 2023) za karcinomem plic (4 917 úmrtí) (2).

Převážná většina kolorektálních karcinomů vzniká postupnou maligní transformací adenomových polypů, přičemž nejčastějším histologickým typem je adenokarcinom, který představuje zhruba 85 % všech případů (3). Proces nádorové transformace z adenomu do karcinomu je dlouholetý, a proto je kolorektální karcinom dobře preventabilní. Prognóza pacientů s kolorektálním karcinomem je úzce spjata s pokročilostí onemocnění v době diagnózy; pětileté relativní přežití v České republice dosahuje u stadií I, II a III hodnot 92 %, 83 %, respektive 67 %, zatímco při metastatickém postižení ve stadiu IV prudce klesá na pouhých 17 % (2).

V zemích, kde systém zdravotní péče vychází z konceptu primární péče jako vstupního bodu, sehrávají praktičtí lékaři klíčovou úlohu ve screeningu kolorektálního karcinomu a ve včasném zachycení pacientů s podezřením na tento karcinom. Pacienti se obvykle obracejí nejprve právě na svého praktického lékaře, který rozhoduje o potřebě dalšího vyšetření a případném odeslání ke specializovanému vyšetření. Časná detekce onemocnění je však komplikována tím, že příznaky provázející kolorektální karcinom, jako například změna rytmu stolice, bolesti břicha či únava, jsou často nespecifické, běžně se vyskytují také u nenádorových gastrointestinálních onemocnění a jejich pozitivní prediktivní hodnota je proto relativně nízká (4).

Epidemiologie a rizikové faktory kolorektálního karcinomu

V průběhu posledních třiceti let došlo celosvětově k významnému nárůstu věkové

standardizované incidence kolorektálního karcinomu, přestože tento trend vykazuje značnou geografickou heterogenitu (5). K nejvyššímu nárůstu incidence dochází v méně rozvinutých zemích východní Evropy, Asie a Jižní Ameriky, zatímco v ekonomicky vyspělých zemích se výskyt kolorektálního karcinomu stabilizuje, případně dokonce klesá (3). Vedle faktorů, jako je stárnutí populace, se zvýšená incidence kolorektálního karcinomu připisuje především změnám životního stylu populace, zejména vyšší prevalenci obezity, kouření, omezené fyzické aktivity a nezdravým stravovacím návykům (konzumace průmyslově zpracovaných potravin, červeného masa, nízký příjem vlákniny a vápníku) (6). Dle recentní metaanalýzy vysoká konzumace alkoholu ≥ 3 drinky denně (1 drink = 0,33 l piva, 1,5 dcl vína nebo 0,05 l destilátu) je přímo spojena s vyšším rizikem kolorektálního karcinomu, zejména distálního tračníku a rekta (7). Z hlediska primární péče může efektivní behaviorální intervence, zaměřená na podporu zdravé výživy či zvýšení fyzické aktivity, přispět ke snížení incidence, a tím i celkové zátěže kolorektálního karcinomu (8).

Oproti narůstající incidenci je v celosvětovém měřítku patrný pokles věkové standardizované mortality kolorektálního karcinomu (opět s výraznou regionální variabilitou) (5). Tento příznivý trend je připisován zejména zavedení organizovaných screeningových programů, rozšíření diagnostických postupů umožňujících časnou diagnostiku kolorektálního karcinomu (například urychlená odesílání specialistům či rychlý přístup k endoskopické diagnostice) a rovněž zlepšení terapeutických možností (3). Kolorektální karcinom se globálně častěji vyskytuje u mužů, přičemž poměr incidence mezi muži a ženami činí 1,47 (4). Riziko kolorektálního karcinomu narůstá s věkem – přibližně devět z deseti případů kolorektálního karcinomu je diagnostikováno u pacientů ve věkové skupině nad 50 let (1). Nicméně nejnovější studie ze zemí s vysokou socioekonomickou úrovní (např. USA, Kanada, Austrálie, Spojené království) upozorňují na významný nárůst incidence kolorektálního karcinomu u jedinců mladších 50 let (9, 10). Je proto důležité při klinickém hodnocení

symptomatických mladších pacientů v primární péči zohlednit i tuto měnící se epidemiologickou situaci.

Některé specifické populační skupiny mají inherentně vyšší riziko rozvoje kolorektálního karcinomu; jedná se zejména o osoby s geneticky podmíněnými predispozicemi, jako je Lynchův syndrom nebo familiární adenomatosní polypóza (11). Významným rizikovým faktorem je rovněž osobní anamnéza kolorektálních adenomů, nebo pozitivní rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu (12). K dalším chorobám, jež zvyšují riziko vzniku kolorektálního karcinomu, patří idiopatické střevní záněty (IBD), ulcerózní kolitida a Crohnova choroba, přičemž riziko narůstá při déle trvajícím onemocnění, těžkém průběhu nebo při jeho nedostatečné léčbě (13). Incidence kolorektálního karcinomu u pacientů s idiopatickými střevními záněty se v průběhu let snižuje, což je pravděpodobně způsobeno zlepšením farmakoterapie (zejména biologické léčby) a pravidelným endoskopickým sledováním. Navzdory klesajícímu trendu je však relativní riziko vzniku kolorektálního karcinomu u pacientů s IBD stále vyšší oproti běžné populaci. Dle recentní skandinávské populační studie byla incidence kolorektálního karcinomu u pacientů s ulcerózní kolitidou významně vyšší než v kontrolní populaci (HR 1,66; 95 % CI 1,57–1,76) (14). Také mortalita na kolorektální karcinom byla u pacientů s ulcerózní kolitidou zvýšená (HR 1,59; 95 % CI 1,46–1,72). Pacienti s ulcerózní kolitidou měli častěji méně pokročilé stadium karcinomu než osoby bez IBD ($p < 0,001$), avšak i po korekci na stadium nádoru bylo riziko úmrtí na CRC u pacientů s ulcerózní kolitidou stále zvýšené (HR 1,54; 95 % CI 1,33–1,78). Tyto údaje potvrzují přetrvávající, ale postupně klesající zvýšené riziko kolorektálního karcinomu a s ním související mortality u pacientů s ulcerózní kolitidou ve srovnání se všeobecnou populací.

Mezi rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu u pacientů s idiopatickými střevními záněty patří délka trvání nemoci (≥ 10 let) a rozsah zánětlivého postižení. U Crohnovy nemoci se za rozsáhlé postižení považuje stav, kdy je zánětem zasažena více než polovina plochy tlustého střeva, zatímco u ulcerózní kolitidy je to přítomnost zánětu