

Tab. 1. Doporučené intervaly koloskopické dispenzarizace pacientů s idiopatickými střevními záněty dle stratifikace rizika (při trvání nemoci ≥ 10 let) (16)

Pacienti	Vysoké riziko	Střední riziko	Nízké riziko
Rizikové faktory	■ středně těžký nebo těžký zánět ■ primární sklerozující cholangitida (PSC) ■ rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu u příbuzného 1. stupně diagnostikovaného před 50. rokem věku ■ stenóza tlustého střeva ■ dysplazie neviditelná endoskopicky nebo vysoce riziková viditelná dysplazie v posledních 5 letech	■ mírný zánět ■ rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu, ale bez příbuzných 1. stupně diagnostikovaných před 50. rokem věku ■ zánětlivé polypy v tlustém střevě	■ dlouhodobá remise onemocnění s mukózním hojením a zároveň: ■ ≥ 2 po sobě jdoucí vyšetření bez dysplazie ■ minimální rozsah kolitidy (ulcerózní proktitida nebo postižení $< 1/3$ tlustého střeva u Crohnovy choroby)
Doporučený interval koloskopie	1 rok	2 až 3 roky	5 let

sahajícího proximálně za lineární flexuru (15). Zásadní vliv má také pozitivní rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu u příbuzného prvního stupně. Byly rovněž pozorovány rozdíly mezi pohlavími – muži mají vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu než ženy. Dalším významným rizikovým faktorem je současná diagnóza primární sklerotizující cholangitidy, přítomnost dysplazie a strukturální změny sliznice tlustého střeva (zánětlivé polypy, stenózy nebo perzistující histologický zánět). Na základě přítomnosti těchto rizikových faktorů se odvíjí endoskopická dispenzarizace (Tab. 1) (16).

Možnosti prevence kolorektálního karcinomu

Významný podíl případů CRC je spojen s modifikovatelnými faktory životního stylu, jako jsou stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření či vysoká konzumace alkoholu (7). Tyto rizikové faktory lze cíleně ovlivňovat edukací a intervenčními programy právě na úrovni primární péče. Dalším klíčovým faktorem úspěšné redukce morbidit a mortalit kolorektálního karcinomu je populační screening, který umožňuje detekci prekancerózních stavů a časných asymptomatických stadií nádorů (17). Zde může primární péče významně podpořit zapojení cílové populace do screeningových programů. Praktičtí lékaři a gynekologové jsou prvními zdravotníky, kteří přicházejí do kontaktu s jedinci s pozitivní rodinnou anamnézou kolorektálního karcinomu. Z tohoto důvodu hrají klíčovou roli v identifikaci jedinců s vyšším rizikem tohoto onemocnění. Včasné rozpoznání osob se zvýšeným nádorovým rizikem na základě pečlivého zhodnocení jejich rodinné anamnézy umožňuje zahájit odpovídající preventivní a diagnostická opatření, především včasnou

indikaci k dalšímu specializovanému vyšetření, jakou je koloskopie.

Efektivita koloskopie na incidenci a mortalitu kolorektálního karcinomu

Účinnost koloskopie na incidenci a mortalitu kolorektálního karcinomu v běžné populaci zkoumala dosud nejrozsáhlejší randomizovaná kontrolovaná studie NordICC (Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer) (18). Byla realizována v letech 2009–2014 ve Švédsku, Norsku, Polsku a Nizozemsku a zahrnovala přes 80 000 asymptomatických jedinců ve věku 55–64 let. Účastníci byli randomizováni do skupiny s nabídkou screeningové koloskopie nebo do kontrolní skupiny bez nabídky screeningu. Po deseti letech sledování byly publikovány klíčové výsledky studie: nabídka screeningové koloskopie vedla ke statisticky významnému snížení incidence kolorektálního karcinomu o 18 %. Mortalita na kolorektální karcinom byla nižší pouze o 10 %, což nebylo statisticky významné. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že jen 42 % osob, kterým byla koloskopie nabídnuta, screening skutečně podstoupilo. Tento nízký podíl účasti měl zásadní dopad na celkovou efektivitu intervence. Výsledky studie NordICC tak podtrhují význam vysoké účasti jedinců v populačním screeningu kolorektálního karcinomu.

Kromě této studie probíhá v současnosti několik rozsáhlých randomizovaných studií zaměřených na hodnocení efektivit koloskopie v rámci screeningu kolorektálního karcinomu. Jednou z nejvýznamnějších je americká studie CONFIRM (Colonoscopy Versus Fecal Immunochemical Test in Reducing Mortality From Colorectal Cancer), do níž

bylo zařazeno přibližně 50 000 účastníků (19). Cílem studie je porovnat vliv každoročního imunochemického fekálního testu (fecal immunochemical test, FIT) a jednorázové koloskopie na mortalitu kolorektálního karcinomu. Nábor účastníků byl již ukončen a výsledky se očekávají kolem let 2026–2027. Tato studie má potenciál odpovědět na klíčovou otázku, zda koloskopie poskytuje dodatečný přínos v porovnání s opakovaným FIT screeningem. Další významnou studií je švédská SCREESCO (Screening of Swedish Colons), která zahrnuje více než 60 000 účastníků (20). Jedná se o tříramennou randomizovanou studii porovnávající jednorázovou koloskopii, bienální FIT a kontrolní skupinu bez screeningu. Studie si klade za cíl sledování dopadu jednotlivých strategií na incidenci a mortalitu kolorektálního karcinomu. První výsledky jsou očekávány v druhé polovině této dekády. Další španělská studie COLONPREV s účastí přibližně 60 000 osob porovnává účinnost jednorázové koloskopie s bienálním FIT během minimálně desetiletého sledování (21). Průběžné výsledky naznačují vyšší účast populace ve skupině s FIT, zatímco koloskopie dosahuje vyšší detekční kapacity. Studie stále pokračuje a zaměřuje se zejména na dlouhodobý vliv obou screeningových metod na mortalitu kolorektálního karcinomu.

Tyto studie představují významný posun směrem k optimální screeningové strategii. Jejich výsledky mohou zásadně ovlivnit budoucí doporučení napříč evropskými i mimo-evropskými screeningovými programy.

Stratifikace rizika kolorektálního karcinomu v primární péči

V současné době neexistuje jednotný, rutinně používaný a oficiálně doporučený