

© Borgis Nowa Med 2015; 22(1): 5-11 | DOI: [10.5604/17312485.1154931](https://doi.org/10.5604/17312485.1154931)

JOLANTA KIELAR, \*JACEK GAWRON

## Częstość występowania gruczolaków jelita grubego wśród osób badanych w Pracowni Endoskopii Szpitala im. św. Barbary w Sosnowcu w latach 2005-2009 w trakcie programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

The prevalence of colorectal adenomas among subjects in the Endoscopy Unit at the Hospital St. Barbara in Sosnowiec in the years 2005-2009 during the screening program for the early detection of colorectal cancer

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego, Dąbrowa Górnicza  
Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Ryszard Brus

### Summary

**Introduction.** In the 90's of the 20th century Poland was among the European countries with the worst results of treatment of cancer of the large intestine measured as the percentage of survivors for more than 5 years (below 25%). The reason for this was primarily the fact that more than half of the cases were diagnosed when the cancer was in an advanced stage. Colonoscopy, performed every 10 years, is regarded an optimal one-step method, which means that it is a screening and diagnostic examination simultaneously. The most important objective of preventive treatment is to eliminate the sources of precancerous conditions of the large intestine, that is, of adenomas.

**Aim.** To estimate the prevalence of colorectal adenomas in patients without symptoms in the study population.

**Material and methods.** The thesis covers a detailed analysis of the occurrence of large intestine adenomas in the years 2005-2009 in the Endoscopy Unit of Santa Barbara Hospital in Sosnowiec. Colonoscopy was performed 1626 times. Based on studies conducted statistical analyzes.

**Results.** In the material of examined polyps 132 adenomas were found. Adenomas were removed from 65 men and 48 women. Tubular adenomas consisted 63.6% of all adenomas, tubular-cum-villous adenoma 28.1%, and villous adenomas 8.33%. Most of the adenomas were up to 1 cm big: it corresponds to 85% of all polyps. Macroscopic structure of removed and unremoved adenomas indicated that pedunculated polyps predominated.

**Conclusions.** Colorectal adenomas occurred in 6.9% of the total study population.

### Key words

adenoma, screening examination,  
colonoscopy

## WSTĘP

Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Liczba zachorowań rocznie szacowana jest na świecie na 945 000, a liczba zgonów na 493 000 (1). Zachorowalność jest znacznie wyższa w krajach rozwiniętych (2/3 przypadków) niż w rozwijających się. W Polsce zajmuje on drugie miejsce wśród nowotworów przewodu pokarmowego u obu płci.

Wzrastająca zachorowalność na raka jelita grubego w populacji polskiej wymusza, podobnie jak ma to miejsce w krajach zachodnich, doskonalenie starych i poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych endoskopowych metod diagnostycznych, pozwalających na rozpoznawanie stanów przedrakowych. Skuteczność badania endoskopowego jelita grubego zależy przede wszystkim od wykrycia zmian polipowatych w obrazie powierzchni błony śluzowej. Uwidoczniony polip łącznie z badaniem histopatologicznym pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania. Dostrzeżenie niewielkich powierzchniowych zmian błony śluzowej jelita grubego skutkuje wykryciem wczesnych zmian nowotworowych nieinwazyjnych i/ lub zmian inwazyjnych.

Opisana przez Fearona i Vogelsteina sekwencja transformacji złośliwej w jelicie grubym od gruczolaka do raka jest nadal aktualna dla rozwoju większości sporadycznie i rodzinnie uwarunkowanych raków jelita grubego. Dowodzi to, że większość raków jelita grubego rozwija się z wcześniej powstałych gruczolaków w procesie określanym jako sekwencja gruczolak-gruczolakorak. Jednak zanim w gruczolaku powstanie rak, wcześniej występuje dysplazja niskiego, następnie umiarkowanego, a na końcu wysokiego stopnia. Wiadomo również, że rozwój raka w gruczolaku trwa ponad 10 lat.

Najczęściej raka stwierdza się w polipach dużych. Rak występuje tylko w 1% przypadków w gruczolakach mniejszych niż 10 mm, odsetek ten wzrasta w polipach o średnicy 10-20 mm do 10%, natomiast w gruczolakach o średnicy powyżej 20 mm odsetek ten waha się od 30 do 50%. W gruczolakach, w których stwierdzono mały stopień dysplazji, prawdopodobieństwo przemiany złośliwej wynosi 5,7% (2-4).

Ostateczna metoda leczenia polipów jelita grubego zależy od ich oceny histopatologicznej, jest ona możliwa dopiero po usunięciu polipa. Metodą z wyboru eradykacji polipów jelita grubego jest endoskopowa polipektomia. Polipy usuwa się w całości, ponieważ ocena histopatologiczna na podstawie pojedynczych wycinków może okazać się niewystarczająca, a niekiedy nawet myląca. Ponadto stwierdzenie jednego polipa w przewodzie pokarmowym obliguje do zbadania całego jelita grubego. W praktyce klinicznej oznacza to wykonanie pełnej kolonoskopii i usunięcie wszystkich napotkanych polipów. Ryzyko rozwoju raka w polipach gruczolakowatych jest związane z jego budową histopatologiczną, ale też z jego kształtem, wielkością i liczbą.

Z diagnostycznego punktu widzenia, ze względu na możliwość zrakowacenia, wszystkie polipy o średnicy powyżej 5 mm powinny być usunięte (1).

W zależności od budowy histologicznej gruczolaki dzielimy na: cewkowe, kosmkowe i mieszane cewkowo-kosmkowe. Dodatkowo występują polipy mieszane, określane mianem gruczolaków ząbkowanych, które pod względem

histopatologicznym łączą w sobie cechy polipa hiperplastycznego i gruczolaka. Wszystkie te czynniki korelują z płcią i wiekiem chorych. Kształt polipa i jego lokalizacja mają istotny wpływ na stosowaną metodę leczenia i jej skuteczność.

Rak jelita grubego w początkowym okresie nie daje objawów klinicznych, dlatego też jego wczesna diagnostyka, aby była skuteczna, powinna zaczynać się od badań przesiewowych zagrożonej populacji, ale wymierne efekty mogą przynieść tylko badania kompleksowe w zakresie całej populacji. W badaniach w USA stwierdzono, że osobnicy prawie połowy populacji mają co najmniej po jednym polipie, a gruczolaki występują u ponad 2/3 ludności powyżej 65. roku życia. Można więc stwierdzić, że wzrost liczby polipów zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta, z największym nasileniem w piątej dekadzie życia. Według Morsona, szczyt przypada na 58. rok życia, natomiast poniżej 30. roku życia stwierdza się głównie pseudopolipy w przebiegu *colitis ulcerosa*, polipy młodzieńcze, zespół Peutza-Jeghersa i polipowatość rodzinną (5-7).

Ponieważ podstawą skutecznego leczenia raka jelita grubego jest jego wczesne wykrycie, opracowano metody wczesnego wykrywania choroby w grupach o podwyższonym ryzyku jego występowania oraz w bezobjawowej populacji. Wczesne rozpoznanie i leczenie polipów jelita grubego prowadzi do znaczącego zmniejszenia ryzyka wystąpienia raka jelita grubego w przyszłości.

Według definicji WHO, skringing jest to działanie interwencyjne w populacji bezobjawowej, ma charakter profilaktyki wtórnej (wczesne wykrywanie), której celem jest wykrycie choroby w jej najwcześniejszym, czyli wyleczalnym okresie. Badanie przesiewowe ma zatem „przesiać” populację pozornie zdrową. W związku z tym badania przesiewowe w onkologii pozwalają wykrywać chorobę nowotworową we wczesnej, bezobjawowej fazie. Dzięki temu nowotwór może być leczony łatwiej i skuteczniej. Niewątpliwą korzyścią jest także fakt, że skringing może wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia raka jelita grubego, szczególnie gdy uwzględnione zostaną koszty terapii zaawansowanych nowotworów (8, 9).

## CEL PRACY

Celem pracy jest ocena częstości występowania gruczolaków jelita grubego u osób bez objawów chorobowych w badanej populacji.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w ramach Programu Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. Program Badań Przesiewowych zakładał wykonanie kolonoskopii, dzięki której możliwe jest zobrazowanie śluzówki całego jelita grubego, a także zmniejszenie śmiertelności w wyniku usunięcia polipów (10).

Kandydaci do badań przesiewowych zgłaszali się sami lub byli skierowani przez lekarzy rodzinnych. Programem przesiewowym objęto osoby bez objawów raka jelita grubego w wieku 50-65 lat, osoby w wieku 40-65 lat mające krewnego

pierwszego stopnia, u którego wykryto raka jelita grubego, jak również pacjentów w wieku > 25 lat z HNPCC (z wystąpieniem rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością). Pacjenci, którzy spełniali powyższe kryteria wiekowe, musieli wypełnić ankietę wstępną, która zawierała ogólne informacje dotyczące ich stanu zdrowia.

U wszystkich badanych osób wykonano pełną kolonoskopię, osiągając kątnicę w 100% przypadków. Kątnicę identyfikowano wtedy, gdy uwidoczniło ujście wyrostka robaczkowego i/lub zastawkę krętniczo-kątniczą.

Przygotowanie do kolonoskopii polegało na oczyszczeniu przewodu pokarmowego za pomocą preparatu PEG/Polietylenoglikole + sód (siarczan sodu)/- doustnego środka przeczyszczającego. Kilka dni przed badaniem należało powstrzymać się od spożywania owoców pestkowych i pieczywa z pełnego ziarna. Dwa dni przed badaniem osoby pozostawały na diecie półpłynnej, natomiast w dniu poprzedzającym badanie pozostawały na czczo. Zgodnie z instrukcją musiały przygotować 4 litry roztworu Fortrans rozpuszczonego w wodzie niegazowanej i wypić w przeciągu 4 godzin. Oprócz tego należało pić dużo płynów klarownych, przejrzystych według pragnienia. W badaniach brało udział trzech lekarzy, biegle wykonujących kolonoskopię (z których każdy wykonał w ciągu ostatnich 5 lat co najmniej 1000 badań, z osiągnięciem kątnicy w co najmniej 80% przypadków). Endoskopista pracował w asyście dwóch pielęgniarek endoskopowych. Pacjentom nie podawano żadnych leków do sedacji, tylko stosowano lignocainę w postaci 2% żelu w celu uzyskania niewielkiego znieczulenia odbytu i poślizgu endoskopu. Wszystkie polipy do 1 cm pozyskiwano do badania histopatologicznego przy pomocy kleszczyków biopsyjnych lub przy użyciu pętli diatermicznej, a z polipów powyżej 1 cm pobierano wycinki. Średnicę polipów określano przez porównanie ich z rozwartymi kleszczykami biopsyjnymi. Po odcięciu polipy były wydobywane z jelita, a następnie utrwalone w 10% obojętnym roztworze formaliny. Wielkość gruczolaka oraz jego anatomiczne umiejscowienie były określane podczas badania endoskopowego.

Do celów analizy, jako małe zostały zakwalifikowane gruczolaki o średnicy < 0,5 cm, jako średnie od 0,6 do 1,0 cm oraz duże, gdy średnica ich przekraczała nieznacznie powyżej 1,0 cm. Gruczolaki w zstępnicy, esicy, zagięciu odbytniczo-esicznym i odbytnicy zostały określone jako lewostronne, a umiejscowione w zagięciu śledzionowym, poprzeczniczy, zagięciu wątrobowym, wstępnicy i kątnicy – jako prawostronne. Pacjenci po całkowitym endoskopowym usunięciu gruczolaków zawierających utkania *adenoma villosum* lub *adenoma tubulare* lub gruczolaka z dużą dysplazją, mieli zalecane wykonanie kolonoskopii kontrolnej po 3 latach, a przy jej prawidłowym wyniku kolejną po 5 latach.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego v. 1.4.2.324. Zależności między badanymi skalami analizowano za pomocą tabel dwudzielczych oraz testem  $\chi^2$  i dokładnym testem Fishera. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,05$ , a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,01$ .

## WYNIKI

Analiza obejmowała 5 lat prowadzenia skriningu (2005-2009) i dotyczyła populacji liczącej 1626 osób. Grupa badana składała się z 954 (58,7%) kobiet i 672 (41,3%) mężczyzn. Najmłodszy pacjent miał 40, a najstarszy 70 lat.

### Analiza pierwotnie usuniętych gruczolaków

Diagnozę problemu rozpoczęto od zbadania występowania gruczolaków w grupach osób podzielonych ze względu na wiek i płeć. Wyniki przedstawia tabela 1.

Nie stwierdzono istotnej ( $\chi^2 = 0,005$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,9974$ ) zależności między rozkładem płci i wiekiem badanych, u których na podstawie badania histologicznego zdiagnozowano gruczolaki. We wszystkich grupach wiekowych przeważali mężczyźni.

Badanie histopatologiczne usuniętych polipów u 113 osób (69,7%) wykazało 132 gruczolaki o różnej budowie histopatologicznej. Niektóre badane osoby miały zdiagnozowane kilka polipów gruczolakowych.

Wśród usuniętych 132 gruczolaków stwierdzono: 84 (63,6%) cewkowych, 37 (28,03%) mieszanych i 11 (8,3%) kosmkowych (tab. 2). Podział usuniętych gruczolaków ze względu na płeć badanego przedstawia tabela 3.

Nie stwierdzono istotnej ( $\chi^2 = 0,74$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,6921$ ) zależności między rozkładem płci i histologiczną budową usuniętych gruczolaków. U obu płci najczęściej występują gruczolaki cewkowe, kolejne to cewkowo-kosmkowe, a najrzadsze kosmkowe.

### Umiejscowienie anatomiczne gruczolaków

Anatomiczne rozmieszczenie gruczolaków było następujące: 50 (37,9%) w prawej połowie okrężnicy, czyli w odcinku

**Tabela 1.** Rozkład wieku i płci osób, u których na podstawie badania histologicznego zdiagnozowano gruczolaki.

Płeć	Wiek			
	40-49 n (%)	50-59 n (%)	60-70 n (%)	Razem n (%)
Kobiety	3 (6,25)	32 (66,67)	13 (27,08)	48 (100)
Mężczyźni	4 (6,15)	43 (66,15)	18 (27,70)	65 (100)
Razem	7 (6,20)	75 (66,37)	31 (27,43)	113 (100)

Opracowanie: źródło własne

**Tabela 2.** Budowa histologiczna usuniętych gruczolaków.

Budowa histologiczna	Cewkowy n (%)	Cewkowo-kosmkowy n (%)	Kosmkowy n (%)	Razem n (%)
Liczba gruczolaków	84 (63,64)	37 (28,03)	11 (8,33)	132 (100)

Opracowanie: źródło własne

**Tabela 3.** Budowa histologiczna usuniętych gruczolaków.

Płeć	Budowa histologiczna			
	Cewkowy n (%)	Cewkowo-kosmkowy n (%)	Kosmkowy n (%)	Razem n (%)
Kobiety	36 (66,67)	13 (24,07)	5 (9,26)	54 (100)
Mężczyźni	48 (61,54)	24 (30,77)	6 (7,69)	78 (100)
Liczba gruczolaków	84 (63,64)	37 (28,03)	11 (8,33)	132 (100)

Opracowanie: źródło własne

proksymalnym, i 82 (62,2%) w lewej połowie okrężnicy, czyli odcinku dystalnym. W kątnicy stwierdzono 9 (6,8%), we wstępnicy 21 (15,9%), w zagięciu wątrobowym 1 (0,8%), w poprzeczniczy 12 (9,1%), w zagięciu śledzionowym 7 (5,3%), w zstępnicy 6 (4,5%), w esicy 37 (28,1%), w zagięciu odbytniczo-esicznym 4 (3,0%) i odbytnicy 35 (26,5%). Z przedstawionych danych możemy zauważyć, że w lewej połowie okrężnicy było zlokalizowanych więcej gruczolaków niż w części prawej.

#### Budowa histologiczna a umiejscowienie gruczolaków

Stwierdzono wysoce istotną (dokładny test Fishera  $p = 0,0004$ ) zależność budowy histologicznej od umiejscowienia anatomicznego gruczolaków. Gruczolaki cewkowo-kosmkowe w ponad połowie przypadków dotyczyły odbytnicy, cewkowe najczęściej występowały w esicy, natomiast kosmkowe znów najczęstsze były w odbytnicy (tab. 4).

#### Wielkość gruczolaków i typ histologiczny

Typ histologiczny oraz wielkość usuniętych gruczolaków były ze sobą ściśle związane. Stwierdzono wysoce istotną ( $\chi^2 = 16,01$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0,0030$ ) zależność budowy histologicznej od wielkości gruczolaków. Gruczolaki cewkowe w większości były małe, a kosmkowe w połowie przypadków

małe, natomiast gruczolaki cewkowo-kosmkowe najczęściej były średnie. Wśród dużych gruczolaków najczęściej występowały gruczolaki o budowie kosmkowej, a najrzadziej o budowie cewkowej (tab. 5).

#### Analiza statystyczna polipów nieusuniętych

Stwierdzono wysoce istotną (dokładny test Fishera  $p < 0,0001$ ) zależność wielkości nieusuniętych polipów w zależności od umiejscowienia anatomicznego. Nieusunięte polipy najczęściej występowały w odbytnicy, a duże nieusunięte polipy w większości w esicy, natomiast średnie nieusunięte polipy najczęściej dotyczyły również esicy (tab. 6).

Nie stwierdzono istotnej zależności (dokładny test Fishera  $p = 0,0721$ ) budowy makroskopowej polipów nieusuniętych od umiejscowienia anatomicznego. Wszystkie trzy typy pod względem budowy makroskopowej były najczęstsze w esicy (tab. 7).

#### DYSKUSJA

Wprowadzenie badań przesiewowych jest najskuteczniejszą metodą zapobiegania i wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Pierwsze dowody na zmniejszenie śmiertelności

**Tabela 5.** Budowa histologiczna a wielkość gruczolaków.

Budowa histologiczna	Wielkość			
	Małe n (%)	Średnie n (%)	Duże n (%)	Razem n (%)
Cewkowe	63 (75,90)	17 (20,48)	3 (3,62)	83 (100)
Cewkowo-kosmkowe	17 (43,59)	19 (48,72)	3 (7,69)	39 (100)
Kosmkowe	5 (50,00)	3 (30,00)	2 (20,00)	10 (100)
Razem	85 (64,39)	39 (29,55)	8 (6,06)	132 (100)

Opracowanie: źródło własne

**Tabela 4.** Budowa histologiczna a umiejscowienie gruczolaków.

Budowa histologiczna	Umiejscowienie anatomiczne									
	1-kąt. n (%)	2-wst. n (%)	3-z.wąt. n (%)	4-pop. n (%)	5-z.śl. n (%)	6-zst. n (%)	7-es. n (%)	8-z.o-es n (%)	9-odb. n (%)	Razem
Cewkowe	6 (7,06)	15 (17,65)	1 (1,18)	11 (12,94)	4 (4,70)	6 (7,06)	30 (35,29)	1 (1,18)	11 (12,94)	85 (100)
Cewkowo-kosmkowe	2 (5,56)	5 (13,89)	0 (0)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)	6 (16,66)	2 (5,55)	19 (52,78)	36 (100)
Kosmkowe	1 (9,09)	1 (9,09)	0 (0)	0 (0)	2 (18,18)	0 (0)	1 (9,09)	1 (9,09)	5 (45,46)	11 (100)
Razem	9 (6,82)	21 (15,91)	1 (0,76)	12 (9,09)	7 (5,30)	6 (4,54)	37 (28,03)	4 (3,03)	35 (26,52)	132 (100)

Opracowanie: źródło własne

**Tabela 6.** Wielkość nieusuniętych polipów w zależności od umiejscowienia anatomicznego.

Wielkość	Umiejscowienie anatomiczne									
	1-kąt. n (%)	2-wst. n (%)	3-z.wąt. n (%)	4-pop. n (%)	5-z.śl. n (%)	6-zst. n (%)	7-es. n (%)	8-z.o-es n (%)	9-odb. n (%)	Razem
Małe	2 (2,56)	5 (6,41)	4 (5,13)	2 (2,56)	4 (5,13)	2 (2,56)	20 (25,64)	3 (3,85)	36 (46,16)	78 (100)
Średnie	1 (1,25)	2 (2,50)	1 (1,25)	5 (6,25)	4 (5,00)	8 (10,00)	37 (46,25)	4 (5,00)	18 (22,50)	80 (100)
Duże	3 (3,90)	4 (5,19)	0 (0)	4 (5,19)	2 (2,60)	4 (5,19)	48 (62,34)	8 (10,39)	4 (5,20)	77 (100)
Razem	6 (2,55)	11 (4,68)	5 (2,13)	11 (4,68)	10 (4,26)	14 (5,96)	105 (44,68)	15 (6,38)	58 (24,68)	235 (100)

Opracowanie: źródło własne

**Tabela 7.** Budowa makroskopowa polipów nieusuniętych pod względem umiejscowienia anatomicznego.

Budowa makroskopowa	Umiejscowienie anatomiczne									
	1-kąt. n (%)	2-wst. n (%)	3-z.wąt. n (%)	4-pop. n (%)	5-z.śl. n (%)	6-zst. n (%)	7-es. n (%)	8-z.o-es n (%)	9-odb. n (%)	Razem
Uszypułowany	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,70)	1 (3,70)	2 (7,41)	17 (62,96)	4 (14,82)	2 (7,41)	27 (100)
Przysadzisty	2 (3,45)	7 (12,07)	1 (1,72)	5 (8,62)	3 (5,17)	5 (8,62)	24 (41,38)	0 (0)	11 (18,97)	58 (100)
Policykliczny	1 (7,69)	1 (7,69)	0 (0)	0 (0)	2 (15,39)	1 (7,69)	5 (38,46)	0 (0)	3 (23,08)	13 (100)
Razem	3 (3,06)	8 (8,16)	1 (1,02)	6 (6,12)	6 (6,12)	8 (8,16)	46 (46,94)	4 (4,09)	16 (16,33)	98 (100)

Opracowanie: źródło własne

w jego wykryciu przedstawiono w badaniach „Minnesota” w 1993 roku. Od tej pory wielu autorów udokumentowało bezspornie celowość badań przesiewowych, a najskuteczniejszą okazała się kolonoskopia. W krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych stwierdza się dużą częstość występowania gruczolaków jelita grubego, sięgającą 24-47% populacji w wieku 45-50 lat.

W Polsce gruczolaki występują u około 20-40% zdrowej populacji po 50. roku życia. Oznacza to, że bardzo dużą część populacji trzeba by uznać za populację z dodatnim wywiadem rodzinnym. W badaniach Liebermana grupa osób, u których wykonano kolonoskopię, składała się w niemal równych proporcjach z kobiet i mężczyzn (odpowiednio: kobiety – 47,8%, mężczyźni – 52,2%) (11). Z doniesień Reguły i wsp. wynika, że badaniem kolonoskopowym, wykorzystywanym jako metoda badań przesiewowych, objęto grupę osób, w której kobiety stanowiły 62,1%, a mężczyźni 37,9% (12). W badaniach Banaszkiwicza i wsp. średnia wieku osób, u których wykryto polipy, to 65 lat (13).

W badaniach Liebermana średnia wieku nie przekraczała 60 lat, natomiast w badaniach Reguły i wsp. średnia wieku wynosiła 55,2 roku (11, 12). Przytoczone dane świadczą

o tym, że grupy chorych, u których stwierdzono polipy jelita grubego, różnią się między sobą. W niniejszej pracy analizowana grupa osób była zbliżona do wyników innych autorów i stanowiła rzeczywistą grupę pacjentów z polipami jelita grubego, najliczniejszą w wieku 50-60 lat z przewagą mężczyzn w stosunku do kobiet. Na podstawie danych z piśmiennictwa rozpowszechnienie gruczolaków wzrasta w sposób stały z wiekiem, w zakresie od około 25% w wieku 50 lat do ponad 50% w wieku 80 lat. Polipy gruczolakowe jelita grubego wykryto u 6,9% osób, u których wykonano kolonoskopię. Reguła stwierdził polipy gruczolakowe u 9,5% badanych, z badań Poxa i Schmiegeła wynika, że częstość występowania gruczolaków w populacji niemieckiej wynosi 20% (12, 14). Porównując przytoczone wyniki, należy zauważyć, że częstość występowania polipów – nawet w podobnych przedziałach wiekowych – różni się w zależności od kraju, z którego pochodzi badana osoba.

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy zbliżone są do zaprezentowanych przez Regułę, który prowadził swoje badania na populacji polskiej. Wykrycie i usunięcie gruczolaków podczas kolonoskopii, jak stwierdzili Mandel i wsp., przyczyni się do zmniejszenia zachorowania na raka jelita grubego. Dane

z National Polyp Study potwierdzają tę hipotezę (15, 16). Wydaje się, że w miarę upływu czasu w polskiej populacji częstość występowania polipów gruczolakowych będzie się zwiększać. Rozmieszczenie gruczolaków w jelicie grubym zdaniem autorów wskazuje, że gruczolaki w 80% przypadków znajdują się w esicy i odbytnicy. Shinya podaje w swojej pracy (podobnie jak Gillespie), że polipy gruczolakowate jelita grubego najczęściej lokalizują się w esicy (17, 18). Banaszkievicz i wsp. w wynikach dotyczących lokalizacji polipów gruczolakowatych nie uwzględniają precyzyjnego podziału na poszczególne odcinki jelita grubego, lecz jedynie podają, że 91,8% wszystkich zmian gruczolakowych zlokalizowane było w lewej połowie okrężnicy (13). Velayos także nie podaje dokładnej lokalizacji usuniętych zmian, ograniczając się do podziału na zmiany zlokalizowane od kątnicy do zagięcia śledzionowego (61%) oraz od zagięcia śledzionowego do odbytnicy (39%). W grupie osób objętych analizą w niniejszej pracy gruczolaki stwierdzono najczęściej w esicy (28%), odbytnicy (26,6%) oraz kolejno: w zstępnicy (4,6%), w zagięciu śledzionowym (5,3%), co stanowi 62,2% gruczolaków usuniętych w części dystalnej jelita grubego. Pozostała część gruczolaków, czyli 37,9%, była umiejscowiona w proksymalnym odcinku jelita grubego. Uzyskane wyniki dotyczące rozmieszczenia gruczolaków są zgodne z danymi Banaszkievicza i wsp., natomiast różnią się z wynikami Velayosa, który zbadał przewagę gruczolaków w prawej części jelita grubego. Banaszkievicz i wsp. w swojej pracy określają częstość poszczególnych typów polipów gruczolakowych następująco: cewkowe – 65%, cewkowo-kosmkowe – 27%, kosmkowe – 8%, natomiast Shinya i wsp. podają, że gruczolaki cewkowe

stanowiły 64,3%, cewkowo-kosmkowe 26,7%, a kosmkowe 8,9% (13, 17, 19). Wyniki badań Koha i wsp. wskazują, że 80% wykrytych polipów gruczolakowych stanowiły polipy cewkowe, natomiast 20% – cewkowo-kosmkowe (18). Biorąc pod uwagę typ histopatologiczny usuniętych polipów stanowiący przedmiot pracy, 84 z nich (63,7%) to gruczolaki cewkowe, 37 (28,1%) to gruczolaki cewkowo-kosmkowe, a 11 (8,4%) to gruczolaki kosmkowe (20).

Uzyskane wyniki są zgodne z przedstawionymi w cytowanej literaturze. Jak wiadomo z piśmiennictwa, ryzyko rozwoju raka w polipie o średnicy poniżej 1 cm wynosi około 1%. Ryzyko to wzrasta do 10% w przypadku polipów średnicy 1-2 cm i do 45% w polipach o średnicy powyżej 2 cm (15). Biorąc pod uwagę powolny wzrost gruczolaka, wykonywanie badań kontrolnych co 2-3 lata po polipektomii wydaje się słuszne i rozsądne. Badania naukowe dowodzą, że w tym przypadku kolonoskopia jest tak samo efektywna co roku, jak co 3 lata. U chorych z licznymi polipami (powyżej 5), o dużej średnicy (większej niż 1 cm) i utkaniem kosmkowym oraz u tych, u których przypuszcza się, że wycięcie wcześniej było niekompletne, kontrolne badanie należy rozpocząć wcześniej, zwykle 6-12 miesięcy po polipektomii (2). W tym przypadku zasadne jest dalsze prowadzenie badań. Powinny one objąć jak największą część populacji oraz przynieść wymierne korzyści w postaci zmniejszenia zachorowalności na raka jelita grubego i jego rozpoznania we wczesnych stadiach rozwoju.

## WNIOSKI

Gruczolaki jelita grubego u osób bez objawów chorobowych wystąpiły w badanej populacji w 6,9%.

## Adres do korespondencji

\*Jacek Gawron  
Wyższa Szkoła Planowania  
Strategicznego  
ul. Kościelna 6,  
41-303 Dąbrowa Górnicza  
tel.: +48 (32) 264-74-75  
e-mail: kancelaria@wsp.pl

## Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Zdrowia: Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. Warszawa 2005. <http://mz.gov.pl/wwwmz/index> (dokument elektroniczny, stan na dzień 14.11.2012).
2. Gil J, Wojtuń S: Polipy jelita grubego – postępowanie. *Pediatrica Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2004; 6(4): 423-427.
3. Medar J: Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 25-28.
4. Trawiński J, Patera J, Stanek-Widera A et al.: Zasady diagnostyki patomorfologicznej polipów jelita grubego. *Pol Merk Lek* 2007; XXII: 131-454.
5. Stec R: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2006; 10(3): 96-102.
6. Potemski P: Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka jelita grubego. *Onkol Prakt Klin* 2010; 6(6): 283-289.
7. Wronkowski Z: Komentarz do artykułu pt. Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. Wytyczne wyboru odpowiedniego testu. *Med Dopl* 2003; 12 (8): 46-48.
8. Tarnowski W: Komentarz do artykułu pt.: Kolonoskopia jako test przesiewowy w raku jelita grubego u osób średniego ryzyka. *Essent Med* 2004; 8: 54-55.
9. Reguła J: Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce. *Gab Pryw* 2007; 10/11: 55-57.
10. Gonciarz M, Reguła J, Mularczyk A: Rak jelita grubego – znaczenie badań przesiewowych. *Nowa Klin* 2003; 10: 48-51.
11. Lieberman DA, Holub JL, Moravec MD et al.: Colonoscopy in colorectal – cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med* 2006; 355(18): 1863-1872.
12. Reguła J, Rupiński M, Kraszewska E et al.: Colonoscopy In colorectal – cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med* 2006; 355(18): 1863-1872.
13. Banaszkievicz Z, Jarmocik P, Rydzikowski M et al.: Leczenie raka w polipie jelita grubego – 10-letnie doświadczenie. *Valetudinarie – Post Med Klin Wojsk* 2004; 9(2): 76-80.
14. Pox C, Schmiegel W: Colorectal screening In Germany. *Z Gastroenterol*

nadesłano: 04.02.2015

zaakceptowano do druku: 06.03.2015

2008; 46(1): 31-32. **15.** Ginsberg G, Kochman M, Norton I et al.: Kliniczna endoscopia przewodu pokarmowego, [wydanie polskie, red. Nowak A, Nowakowska-Duława E]: t. II. Warszawa 2009, Copyright by Medi Page: 569-598. **16.** Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH: Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 434-437. **17.** Shinya H, Wolff WI: Morphology anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps. *Ann Surg* 1979; 190(6): 679-683. **18.** Gillespie PE, Chambers TJ, Cham KW et al.: Colonic adenomas – a colonoscopy survey. *Gut* 1979; 20(3): 240-245. **19.** Velayos Jimenez B, Duran Rigueira M, Arevalo Serna JA et al.: Distribution of polyps in the inside region of Vizcaya (Spain): implications for diagnostic tests and colorectal cancer screening. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 401-406. **20.** Koh DC, Luchtefeld MA, Kim DG et al.: Microsatellite instability and MLH1 hypermethylation-incidence and significance In colorectal polyps In young patients. *Colorectal Dis* 2007; 9(6): 521-526.