

SCREENINGUL ENDOSCOPIC PENTRU CANCERUL COLORECTAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Levca Ciprian - oncoproctolog, cercetător științific,
Nicodim Belev – dr. hab. șt. med., profesor universitar, oncoproctolog,
cercetător științific principal;
Porfirii Rusu - dr. hab. șt. med., oncoproctolog, cercetător conferențiar;
Vadim Ghervas - șeful Centrului de Screening Colonoscopic, medic endoscopist;
Marcel Ciobanu - dr. șt. med., oncoproctolog, cercetător științific superior;
Nicolai Pînzari - dr. hab. șt. med., șeful secției proctologie, oncoproctolog;
Lidia Gârleanu - dr. șt. med., oncoproctolog, cercetător științific superior;
Diana Iarovoi - șefa secției Diagnostic Endoscopic și Intervențional, medic endoscopist;
Inga Chemencedji - șefa secției morfopatologie, medic morfopatolog;
Octavian Patrașcu - oncoproctolog;
Veaceslav Laur - oncoproctolog; Diana Rusnac - medic rezident-oncolog.

tel. +37367347511, e-mail: ciprianlevca@gmail.com;

Rezumat

Impactul negativ al *cancerului colorectal* este enorm pentru sănătatea publică în toată lumea, inclusiv și în Republica Moldova. Depistarea precoce a *cancerului colorectal* și a stărilor precanceroase sporesc șansele unui tratament de succes și de supraviețuire pentru acești pacienți, eficientizând și cheltuielile în sistemul ocrotirii sănătății. Cea mai eficace metodă este *Screeningul endoscopic*, realizat prin *colonoscopie* la populația asimptomatică. În Republica Moldova se realizează *Screening endoscopic selectiv*. Selecția (la nivelul asistenței medicale primare) se efectuează în 2 grupe de persoane: *Grupul 1*: Persoanele asimptomatice (45-70 ani) efectuează *Testul la sângele ocult* 1 dată/2 ani. Persoanele pozitive efectuează *colonoscopia*. *Grupul 2* (screening în familiile ereditare agravate): Rudele asimptomatice de gradul I ale pacienților cu: *cancer colorectal*, sindroamele Lynch 1 și 2, Peutz-Jaghers, Gardner, Cowden, Turcot, Gorlin, Cancer primar multiplu, Polipoză familială, boala Cronh, Colita ulcerativă nespecifică. Aceste persoane efectuează *colonoscopia* 1 dată/2 ani până la 70 ani (fără *Test la sângele ocult*). În cazul depistării patologiei colorectale, *colonoscopia* este completată cu biopsie parțială ori excizională pentru examen histologic. De la implementarea *Screeningului endoscopic* (01.04.2016-30.09.2018) au fost efectuate 6646 *colonoscopii*, bărbați-2163 (32,6%), femei-4483 (67,4%), fără patologie-5478 (82,4%), patologii neoncologice-41 (0,6%), stări precanceroase-766 (11,5%), *cancer colorectal*-361 (5,4%), din care - stadii incipiente de *cancer colorectal*-65 (18%).

Concluzii: 1. Pentru eficientizarea *Screeningului endoscopic* pentru *cancerul colorectal* este preconizată și necesară utilizarea largă a testului *iFOBT/FIT* (*Immunological faecal occult blood test*), cu sensibilitate și specificitate înaltă. 2. Implementarea și realizarea *Screeningului endoscopic* poate spori depistarea precoce a *cancerului colorectal* și a stărilor precanceroase, poate ameliora indicatorii pentru *cancerul colorectal*, eficientizând și cheltuielile în sistemul ocrotirii sănătății.

Cuvinte-cheie: cancer colorectal, screening endoscopic, colonoscopie.

Summary. The Endoscopic screening for colorectal cancer in Republic of Moldova

The negative impact of *colorectal cancer* is enormous for public health worldwide, inclusive in Republic of Moldova. Early detection of *colorectal cancer* and precancers increase the chances of successful treatment and survival for these patients, also improving the expenses in health care system. The most effective method is *Endoscopic screening*, performed by *colonoscopy* in the asymptomatic population. Endoscopic screening is selective in Republic of Moldova. Selection (at the level of primary health care) is carried out in 2 groups of people: *Group 1*: Asymptomatic subjects (45-70 years old) perform the Occult blood test once/2 years. Selected Occult blood test-positive subject perform the colonoscopy. *Group 2* (screening in aggravated hereditary families): First degree asymptomatic relatives of patients with: *colorectal cancer*, Lynch 1 and 2, Peutz-Jaghers, Gardner, Cowden, Turcot, Gorlin syndromes, Multiple primary cancer, Familial polyposis, Cronh disease, Nonspecific ulcerative colitis. These subject perform the *colonoscopy* once/2 years up to 70 years old (without *Occult blood test*). In the case of colorectal pathology, the *colonoscopy* is completed by a partial or an excisional biopsy. Since the beginning of the *Endoscopic screening* (01.04.2016-30.09.2018), 6646 *colonoscopies* have been performed, male-2163 (32,6%), female-4483 (67,4%), without pathology-5478 (82,4%), non-cancer pathologies-41 (0.6%), precancers-766 (11,5%), *colorectal cancer*-361 (5.4%), of which early stages of *colorectal cancer*-65 (18%).

Conclusions: 1. In order to make the *Endoscopic screening* more efficient for *colorectal cancer*, *iFOBT/FIT* (*Immunological faecal occult blood test*), with a high sensibility and specificity, should use widely. 2. The implementation

of *Endoscopic Screening* can increase early detection of *colorectal cancer* and precancers, can improve the *colorectal cancer* indicators, and also save expenses in health care system.

Key words: colorectal cancer, endoscopic screening, colonoscopy.

Резюме. Эндоскопический скрининг колоректального рака в Республике Молдова

Негативное влияние колоректального рака огромно для общественного здравоохранения во всем мире, в том числе и в Республике Молдова. Раннее выявление колоректального рака и предраковых состояний увеличивает шансы на успешное лечение и улучшение выживаемости для этих пациентов, а также для оптимизации расходов здравоохранения. Наиболее эффективным методом является Эндоскопический скрининг, выполняемый колоноскопией в бессимптомной популяции. В Республике Молдова проводится выборочный Эндоскопический скрининг. Выбор проводится у 2 групп людей на уровне первичной медико-санитарной помощи. Группа 1: Асимптоматические лица (45-70 лет) проводят анализ на скрытую кровь один раз в 2 года. Люди с положительными результатами проводят колоноскопию. Группа 2: скрининг в отягчающих потомственных семьях, у бессимптомных родственников первой степени больных с: колоректальным раком, синдромами Линча 1 и 2, Пейтс-Джэгерса, Гарднера, Каудена, Турко, Горлина, Первичным множественным раком, Семейным полипозом, болезнью Крона, Не специфический язвенным колитом. Эти люди выполняют колоноскопию 1 раз в 2 года до 70 лет (без анализа на скрытую кровь). В случае колоректальной патологии, колоноскопия завершается биопсией или иссечением для гистологического обследования. С начала реализации Эндоскопического скрининга (01.04.2016-30.09.2018) были выполнены 6646 колоноскопий, у мужчин-2163 (32,6%), у женщин-4483 (67,4%), без патологии-5478 (82,4 %), неонкологические патологии-41 (0,6%), предраковые состояния-766 (11,5%), колоректальный рак-361 (5,4%), из которых - на ранних стадиях колоректального рака-65 (18%) ,

Выводы: 1. Для оптимизации Эндоскопического скрининга колоректального рака необходимо внедрение и использование iFOBT / FIT теста (иммунологический тест на скрытую кровь) с высокой чувствительностью и специфичностью. 2. Внедрение и реализация Эндоскопического скрининга может способствовать раннему выявлению колоректального рака и предраковых состояний, может улучшить показатели для колоректального рака, а также оптимизировать расходы здравоохранения.

Ключевые слова: колоректальный рак, эндоскопический скрининг, колоноскопия.

Aspecte generale

Cancerul colorectal reprezintă o problemă de sănătate publică, cu un impact semnificativ negativ asupra morbidității și mortalității populației de pe glob. În ultimii 25 de ani, în toată lumea se evidențiază o creștere exponențială a bolnavilor cu cancer colorectal, cu circa 1 mln. cazuri noi și circa 500.000 decese

anual, reprezentând una dintre cele mai frecvente maladii neoplazice în majoritatea țărilor din lume. Riscul de a dezvolta cancer colorectal crește cu vârsta, în 90% cazuri pacienții au o vârstă ≥ 55 ani.

Tendențele epidemiologice ale cancerului colorectal în Republica Moldova sunt similare cu cele din Europa și majoritatea țărilor din lume. Din anul 2008,

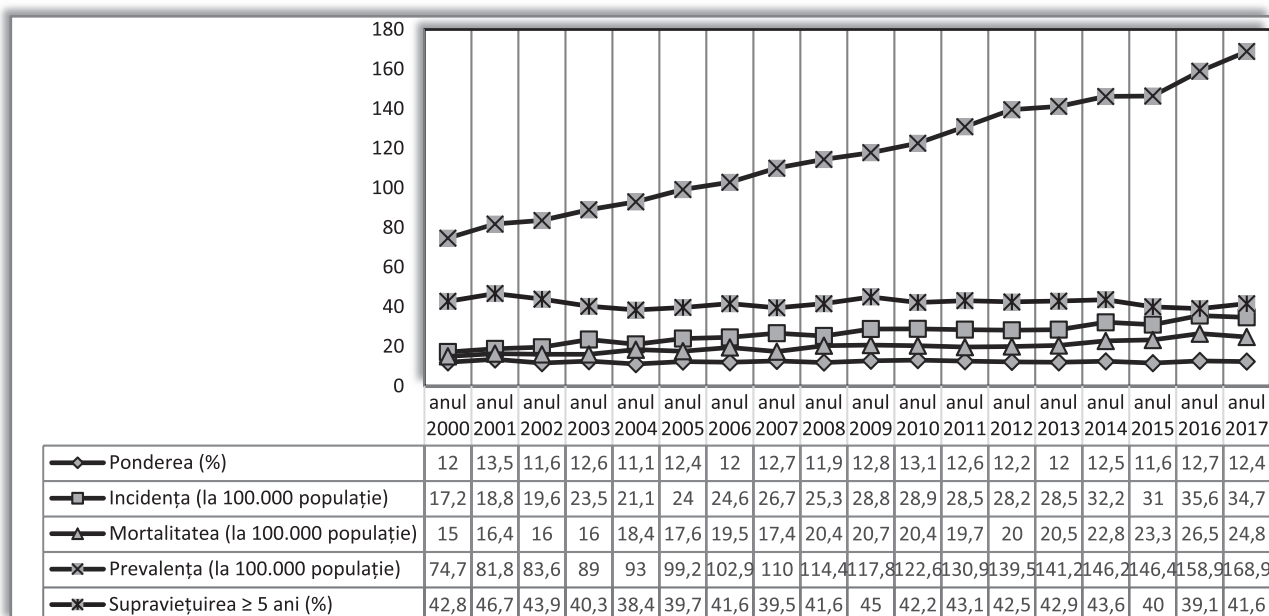


Fig. 1. Indicatorii principali pentru cancerul colorectal pe parcursul ultimilor 18 ani în RM

când cancerul colonic și cel rectal s-au apreciat ca o singură nosologie, cancerul colorectal s-a plasat pe locul I în structura maladiilor oncologice din Republica Moldova.

Depistarea acestei patologii în stadii tardive impune cheltuieli foarte mari pentru tratament și reabilitarea acestui contingent de pacienți, dar cu rezultate modeste la capitolul supraviețuire și calitatea vieții.

Depistarea precoce a patologiilor oncologice colorectale în stadiile precanceroase ori chiar și în stadiile incipiente de cancer va spori foarte mult șansele și calitatea unui tratament de succes pentru acești pacienți, dar și va permite economia și gestionarea mai eficientă a finanțelor în sistemul de sănătate. Ca rezultat, va crește supraviețuirea, se va reduce frecvența progresării bolii și invalidității populației prin cancerul colorectal.

La moment, cea mai eficace metodă de depistare a stărilor precanceroase colorectale și a cancerului colorectal în stadiile incipiente rămâne a fi *Screeningul endoscopic*, realizat prin *colonoscopia activă* la cetățenii aparent sănătoși / asimptomatici, care și-a dovedit eficacitatea prin multiple studii randomizate în multe țări ale lumii, unde a și fost aplicată, micșorând mortalitatea cu până la 15-33%.

Noțiune de *Screening al cancerului colorectal* – depistarea activă a patologiilor oncologice colorectale la populația asimptomatică, dar cu risc sporit de a dezvolta aceste patologii. În așa fel, aceste patologii se depistează în stadiul maladiilor precanceroase ori în stadii incipiente de cancer.

Spre exemplu – polipii colorectali se malignizează în circa 80%, dar într-un timp destul de îndelungat (8-12 ani). Această perioadă ar fi optimă pentru un diagnostic precoce și tratament miniinvaziv endoscopic, eficace și ieftin pentru aceste patologii.

Scopul Screening-ului cancerului colorectal – diagnosticul activ colonoscopic și tratamentul specializat al patologiilor oncologice colorectale în fazele precanceroase și în stadiile incipiente de cancer. Conceptul oricărui screening este de a depista cât mai precoce o maladie interesată, dar o dată depistată, acest pacient este scos din programul de screening și este gestionat ulterior de mecanismele de dispensarizare, elaborate pentru fiecare maladie în parte. Deci, pacienții cu patologie oncologică colorectală deja confirmată, nu mai sunt supuși ulterior screeningului.

Obiectivul specific – ameliorarea indicatorilor pentru cancer colorectal în Republica Moldova.

Conceptul acestui proiect a demarat la finele anului 2014, care, pe parcurs, a fost permanent optimizat, în timpul atelierelor de lucru și ședințelor de diferit nivel, implicând diverși specialiști cu tangență în domeniu și cu suportul multstimatului expert al OMS: D-lui Rolando Camacho. În rezultat, MS a aprobat prin ordinul nr. 285 din 11.04.2017 - *Standardul Național al Procedurilor Operaționale privind Screening-ul cancerului colorectal*, ca parte componentă a *Programului Național de Control al Cancerului în Republica Moldova (anii 2016-2025)*.

Standardul Național al Procedurilor Operaționale privind Screening-ul cancerului colorectal

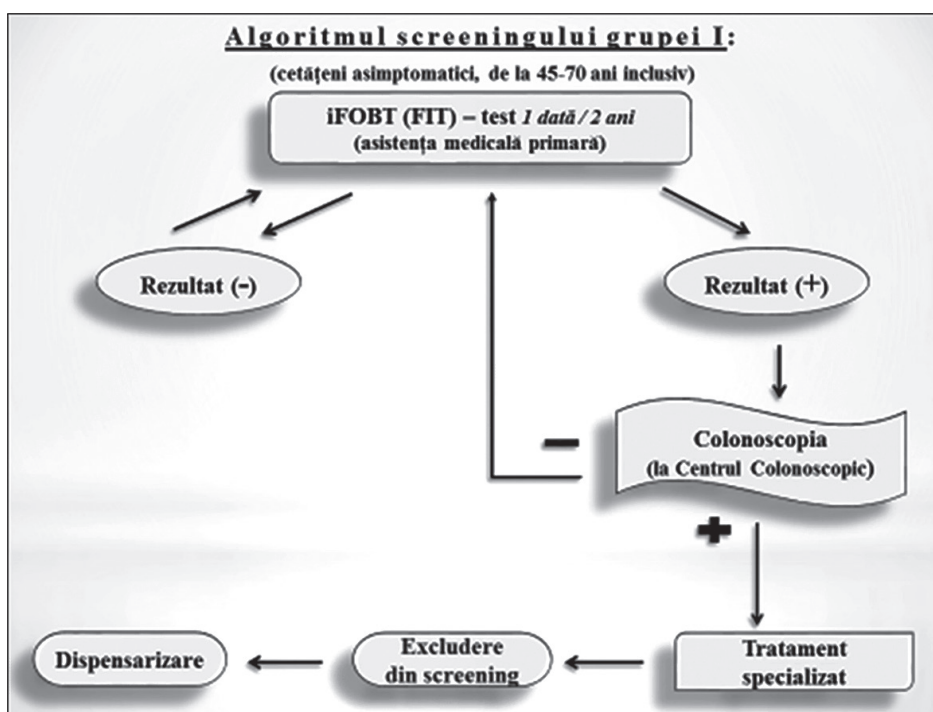


Fig. 2. Algoritmul screeningului grupei I.

reprezintă un document (o instrucție), care oferă un suport metodologic pentru toți actorii din sistemul de sănătate, implicați în implementarea, realizarea, monitorizarea, gestionarea și coordonarea Programului de Screening al Cancerului Colorectal în Republica Moldova.

Monitorizarea și coordonarea *Screeningului Endoscopic pentru cancerul colorectal este preconizată a fi realizată de Centrul Programelor de Screening, cu un Sistem Informațional Centralizat, cu sediul la Centrul Național de Management în Sănătate.*

Tipul Screening-ului cancerului colorectal – screening populațional selectiv. La moment, realitățile economice și capacitățile financiare modeste ale bugetului sistemului de sănătate din Republica Moldova nu pot acoperi proiecte de screening scumpe, după modelul multor țări economic dezvoltate, unde se realizează *Screening endoscopic total populațional...* Spre exemplu: Screening prin colonoscopia activă la toată populația, de la o vârstă tânără... Un așa proiect de *Screening endoscopic total* ar risca să nu fie acoperit integral financiar și să rămână doar un "frumos proiect populist și doar pe hârtie..."

Deci, pentru a optimiza cheltuielile pentru acest proiect și a gestiona mai eficient banii publici, s-a impus un *Screening endoscopic selectiv* – un proiect mai ieftin, dar cu șanse reale de acoperire financiară și realizare. Pentru a preveni fenomenul de discriminare în procesul de selectare a persoanelor eligibile (a persoanei beneficiare-țintă) pentru screening, criteriile de selecție s-au bazat pe date științifice medicale, care descriu cele mai probabile situații de risc în apariția patologiei oncologice colorectale și particularitățile lor, strâns legate de: vârstă și risc eredocolateral. Pe viitor, aceste criterii de selecție se pot lărgi, în dependență de capacitatea de acoperire financiară a acestui program de screening.

Material și metodă

În Republica Moldova *Screeningul endoscopic pentru cancerul colorectal* este implementat din 01.04.2016 și continuă până în prezent. Acest proiect se realizează în 3 etape:

Etapele Screeningului cancerului colorectal:

1. Identificarea, selecția și trimiterea populației pentru screening colonoscopic – la nivel de asistență medicală primară (AMP).

2. Colonoscopia propriu-zisă cu biopsie (la necesitate), ori tratament endoscopic miniinvasiv (la necesitate) – la nivel de Centru Colonoscopic și serviciile descentralizate de screening colonoscopic.

3. Examen morfohistologic al materialului histologic, prelevat la colonoscopia – la nivel de Laborator morfopatologic.

Pentru fiecare etapă este elaborat câte un algoritm de conduită, stipulat în *Standardul Național al Procedurilor Operaționale privind Screening-ul Cancerului Colorectal*.

Criteriile de selecție a persoanei eligibile pentru Screeningul cancerului colorectal:

Screeningul endoscopic se realizează la 2 grupe de pacienți:

Grupul I: Cetățenii asimptomatici de la 45 ani până la 70 ani inclusiv efectuează examinarea materiilor fecale la "sângele ocult" – așa zis hemoculttest, (1 dată la 2 ani). Acest test este un instrument (un mecanism) de selecție. Ulterior, cei cu rezultatul testului (+), sunt trimiși la Centrul Colonoscopic pentru efectuarea colonoscopiei. Persoanele cu rezultatul testului (-), vor repeta acest test fiecare 2 ani până la 70 ani inclusiv.

Este preconizată folosirea *testului iFOBT / FIT (Immunological faecal occult blood test)*. Este o metodă imunochimică de apreciere a cantităților minime de hemoglobină umană în masele fecale (ng/ml). La bază stă reacția de aglutinare "antigen-anticorp" între hemoglobina umană intactă din proba de mase fecale și anticorpul anti-hemoglobină umană din reactiv. Este (+) în 1-5% din pacienți, dintre care la 20-30% se determină ulterior polipi, în 2-10% - cancer colorectal. Tehnica folosirii reactivului și aprecierile rezultatelor (+) ori (-) se va face în strictă conformitate cu instrucția, anexată la aceste reactiv de către producător.

Avantajele testului iFOBT (FIT):

- Simplitate și eficacitate în conclucrarea cu pacientul.

- Testul reacționează numai la hemoglobina umană și este indiferent pentru hemoglobina alimentară ori altă hemoglobină heterogenă omului.

- Apreciază numai hemoglobina intactă, așa-numita "proaspătă" din porțiunile inferioare ale tractului digestiv (colonul și rectul), pe când la hemoglobina din porțiunile superioare ale tractului digestiv, dezințegrată și fermentată în timpul tranzitului ei firesc, nu reacționează.

- Nu impune respectarea unei diete speciale, ori schimbarea modului de viață, înainte de test.
- Sensibilitate înaltă (61-91%) și specificitate înaltă (91-98%).

- Costul relativ-accesibil.

Condițiile de realizare a testului iFOBT (FIT):

- Masele fecale se colectează dimineața.

- Se evită contactul probei de mase fecale cu apa.
- Probele se preiau din 3-4 locuri de pe suprafața bolului fecal.

- Testul se realizează de preferință în condiții cas-

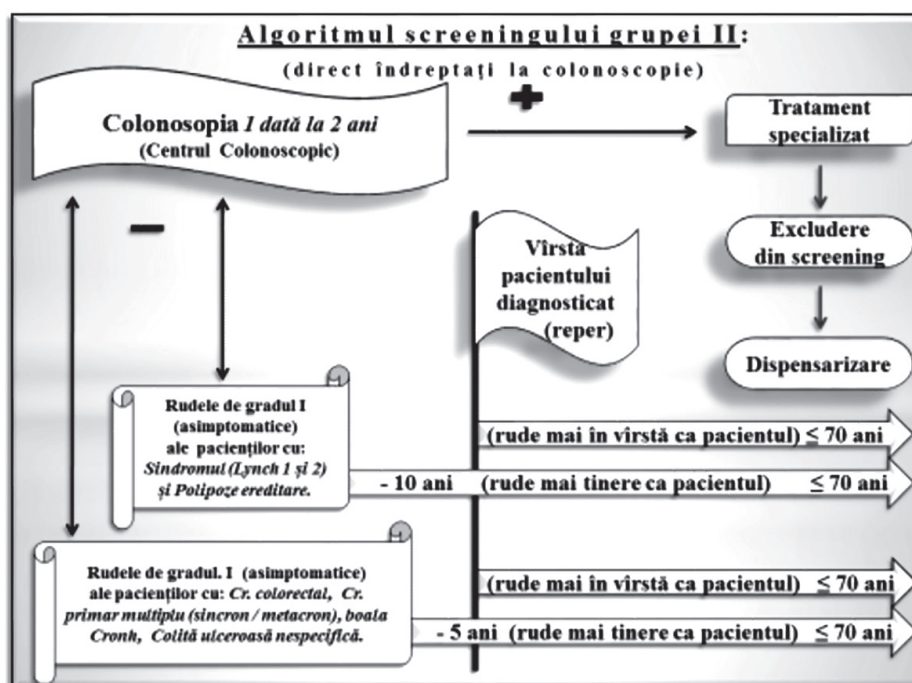


Fig. 3. Algoritmul screeningului grupei II.

nice, individual de către persoana selectată și instruită, ori probele din mase pot fi livrate pentru testare la AMP în câteva ore de la prelevare și pot fi păstrate în frigider (nu în congelator) până la 7 zile. Este preferabilă testarea probelor cât mai timpurie.

- Nu se colectează probe în primele 5 zile de la finisarea menstruației.

- Cu 5 zile înainte de prelevare a probelor se exclude consumul de băuturi alcoolice, a preparatelor antiinflamatorii, nu se efectuează clistere, ori alte manipulații instrumentale endoscopice colorectale.

- Nu se efectuează acest test în cazul semnelor vădite - macroscopice de hemoragie digestivă.

Grupul II: Rudele de gradul I ale pacienților cu patologii colorectale, cu risc sporit pentru dezvoltarea patologiilor oncoproctologice - *screening în fa-*

miliile ereditare agravate. Acești cetățeni nu efectuează examinarea materiilor fecale la "sângele ocult", dar sunt direct programați și ulterior trimiși la Centrul Colonoscopic pentru efectuarea colonoscopiei (1 dată la 2 ani) până la 70 ani inclusiv.

Grupul de risc pentru screening-ul cancerului colorectal constă în:

1. Sindromul cancerului colorectal nonpolipozic ereditar – sindroamele "Lynch 1" și "Lynch 2".
2. Polipoze ereditare: familială, sindroamele "Peutz-Jaghers", "Gardner", "Cowden", "Turcot", "Gorlin" ș.a.
3. Cancer colorectal.
4. Cancer primar multiplu(sincron / metacron).
5. Bolile inflamatorii ale intestinului (boala "Cronh" și Colită ulcerasă nespecifică). N.B.!

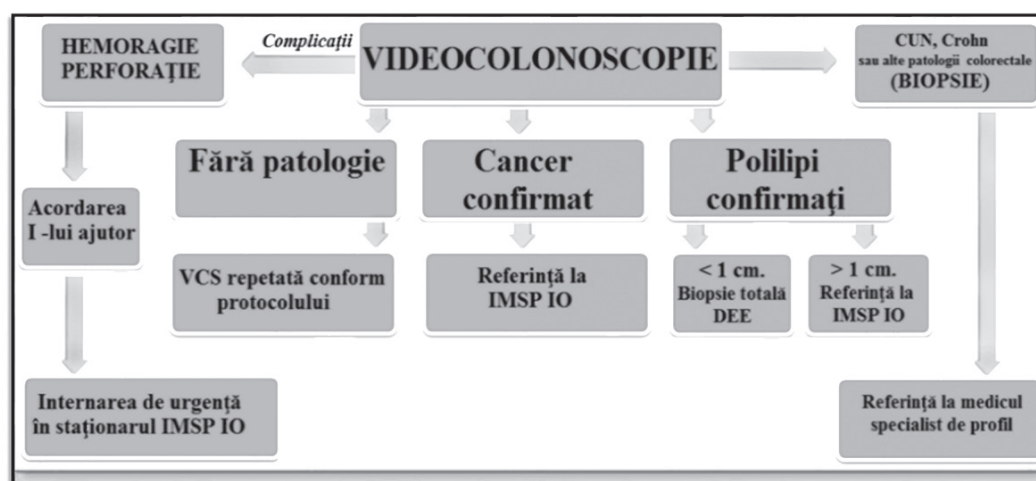


Fig. 4. Algoritmul la nivel de Centru Colonoscopic

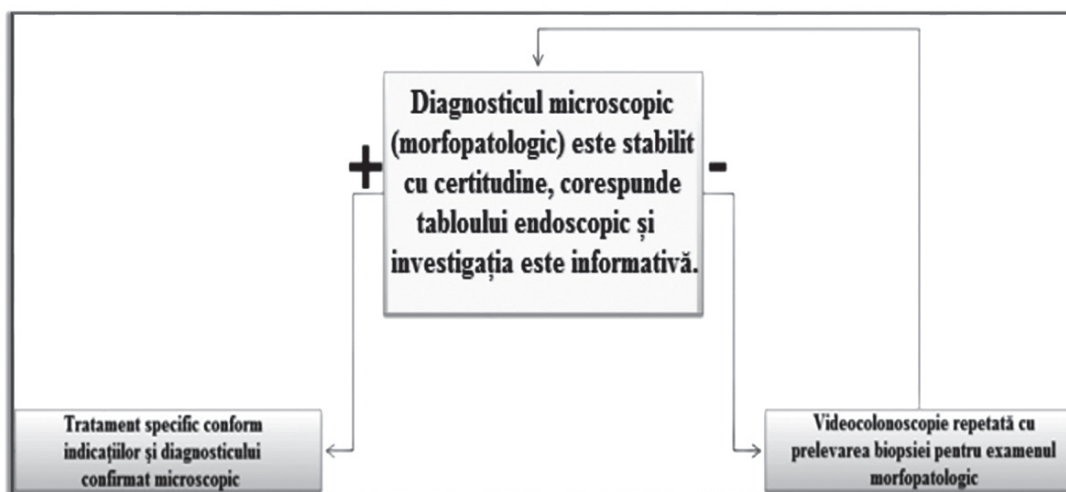


Fig. 5. Algoritm la nivel de laborator morfolopatologic

- Rudele sănătoase /asimptomatice mai în vârstă ca pacienții sus-numiți încep screening-ul din anul diagnosticării patologiei la pacient și vor continua până la 70 ani inclusiv.

- Rudele sănătoase /asimptomatice mai tinere ca pacienții sus-numiți din punctul 1 și 2 încep screening-ul la o vârstă cu 10 ani mai tânără ca vârsta pacientului diagnosticat și vor continua până la 70 ani inclusiv.

- Rudele sănătoase / asimptomatice mai tinere ca pacienții sus-numiți din punctele 3-5 încep screening-ul la o vârstă cu 5 ani mai tânără ca vârsta pacientului diagnosticat și vor continua până la 70 ani inclusiv.

N.B.!

- În cazul, când persoana eligibilă se regăsește concomitent în ambele grupe de selecție

(I și II), prioritate are algoritmul de screening al grupei II.

- În cazul, când persoana eligibilă refuză categoric procedura de colonoscopie, *Ca excepție!* – se îndreaptă această persoană la cel mai apropiat și accesibil centru medical, dotat cu aparatul radioimagic necesar, pentru efectuarea *Colonoscopiei Virtuale*, ori a *Irigoscopiei*.

Mecanismul de recrutare – chemare/rechemare activă prin serviciul Asistenței Medicale Primare. Metoda de pregătire pentru colonoscopie și data trimerii se coordonează cu Centrul Colonoscopic, unde urmează a fi trimisă persoana eligibilă pentru efectuarea colonoscopiei.

Nu se planifică pentru Screeningul endoscopic următoarele categorii:

-Persoanele, aflate în stadiile terminale ale diferitor patologii severe.

-Persoanele, cu dizabilități locomotorii și psihice grave confirmate, care fac imposibilă transportarea

lor pentru colonoscopie ori pentru examen radioimagic, cât și efectuarea investigațiilor în cauză.

Indicatorii de performanță la nivel de AMP:

1. % persoanelor cu vârsta de 45 – 70 ani inclusiv, la care s-a realizat testul iFOBT (FIT).

2. % persoanelor testate, cu iFOBT (FIT) (+), care au efectuat ulterior colonoscopia.

3. % persoanelor din grupele de risc, care au efectuat colonoscopia.

În cazul realizării a minimum 50% din fiecare indicator de mai sus (timp de 1 an), aceste obiective se pot considera realizate satisfăcător. Instruirea personalului medical din AMP, implicat în Programul de Screening al Cancerului Colorectal este preconizată la IMSP Institutul Oncologic Chișinău.

Indicatorii de performanță la nivel de Centru Colonoscopic:

1. % VCS totale (până în cec sau până la un obstacol care obstruează lumenul).

2. % stări precanceroase depistate endoscopic.

3. Timpul de examinare la ieșire (nu mai mic de 6 minute).

4. Polipii rezecți și înlăturați din colon.

5. % complicațiilor.

Indicator de performanță la nivel de laborator morfolopatologic:

1. Timpul de eliberare a rezultatului microscopic (morfolopatologic) complet și codificat conform standardelor ICD-O (M).

Rezultate

Din 01.04.2016 până la 30.09.2018, au fost efectuate 6646 colonoscopii. Bărbați-2163 cazuri (32,6%), femei-4483 cazuri (67,4%). Fără patologie au constituit 5478 cazuri (82,4%), patologii colorectale neoncologice-41 (0,6%), stări precanceroase (tumori

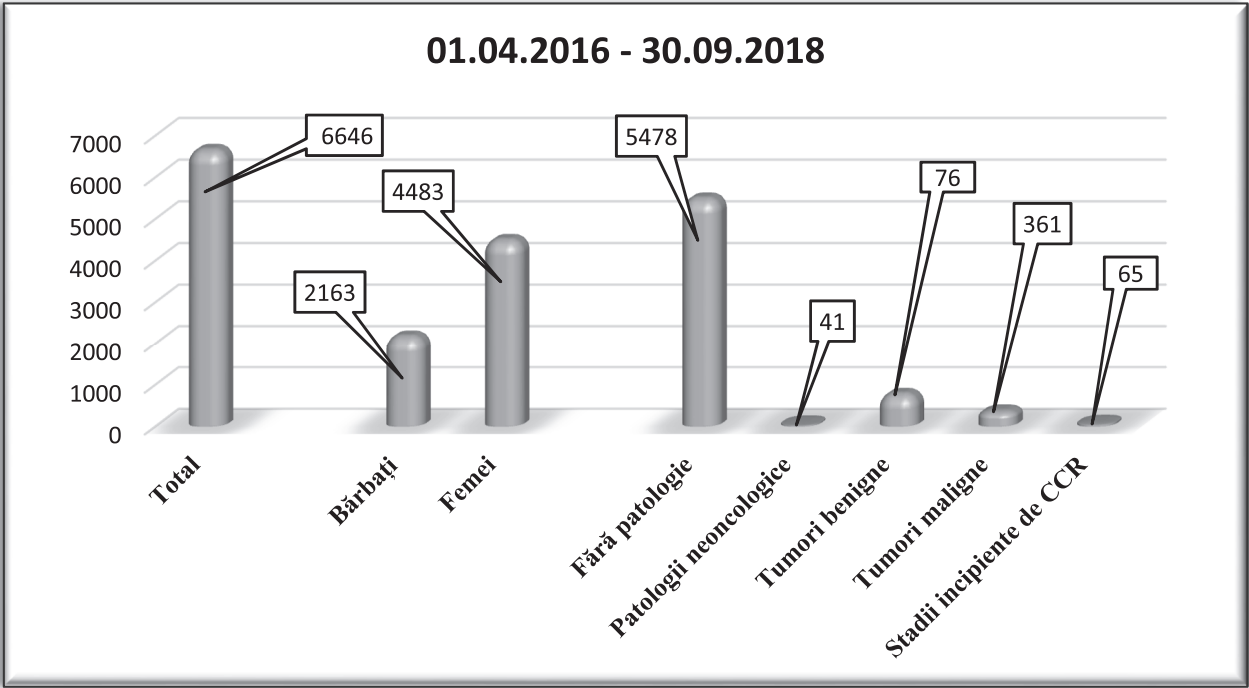


Fig. 6. Rezultatele preliminare ale Screeningului endoscopic și structura lor

benigne) - 766 cazuri (11,5%), cancer colorectal - 361 cazuri (5,4%), din care - stadii incipiente de Cancer Colorectal-65 (18%).

Tabelul 3

Structura Screengului endoscopic după teritoriu în RM

Teritoriu administrativ	Valori absolute
mun. Bălți	143
mun. Bender	10
mun. Chișinău	2162
r. Anenii Noi	250
r. Basarabeasca	73
r. Briceni	71
r. Cahul	169
r. Călărași	169
r. Cantemir	176
r. Căușeni	134
r. Cimișlia	109
r. Criuleni	138
r. Dondușeni	41
r. Drochia	140
r. Dubăsari	28
r. Edineț	44
r. Fălești	71
r. Florești	215
r. Glodeni	93
r. Hîncești	154
r. Ialoveni	160

Tabelul 1

Structura Screeningului endoscopic după vârstă

Vârsta	Cifre absolute	%
<29 ani	3	0,8
30-39	5	1,4
40-49	19	5,3
50-59	80	22,2
60-69	162	44,9
70-79	81	22,4
>80	11	3,0
Total	361	100,0

Tabelul 2

Structura cancerului colorectal după vârstă

Vârsta	Cifre absolute	%
<29 ani	3	0,8
30-39	5	1,4
40-49	19	5,3
50-59	80	22,2
60-69	162	44,9
70-79	81	22,4
>80	11	3,0
Total	361	100,0

Continuare tabelul 3

r. Leova	110
r. Nisporeni	162
r. Ocnița	62
r. Orhei	52
r. Rezina	89
r. Rîșcani	111
r. Sîngerei	203
r. Soldănești	97
r. Soroca	162
r. Stefan Vodă	217
r. Strășeni	227
r. Taraclia	68
r. Telenești	133
r. Ungheni	216
Ucraina	2
UTA Găgăuzia	130
UTA Transnistria	55

Deficiențe, întâlnite la realizarea Screeningului endoscopic pentru cancerul colorectal:

♣ Accesibilitate scăzută a populației pentru screening colonoscopic și lipsa unui centru unificat de coordonare a programelor de screening în RM:

Nici pînă astăzi nu și-au început activitatea cele 2 servicii descentralizate de screening colonoscopic, preconizate la nordul și sudul țării (respectiv în orașele Bălți și Cahul), la moment, toate colonoscopiile în regim de screening fiind efectuate la Centrul Colonoscopic din incinta Centrului Consultativ al IMSP Institutul Oncologic din Chișinău. De asemenea, lipsește și Centrul unificat de coordonare a programelor de screening.

♣ *Selecție nerațională a persoanelor eligibile screeningului:*

Din *diagrama 2* iese în evidență o cifră impunătoare de 5478 cazuri fără patologie (82,4%), care demonstrează un randament destul de scăzut al acestui screening. Acest fenomen se datorează ignorării recomandărilor *Standardului Național al Procedurilor Operaționale privind Screening-ul cancerului colorectal*, unde este stipulată și preconizată identificarea și selecția persoanelor țintă din *așa zisele grupe de risc pentru cancerul colorectal* și folosirea *testului iFOBT / FIT (Immunological faecal occult blood test)*, ca mecanism eficient de selecție a persoanei eligibile, cu o sensibilitate și specificitate înaltă pentru hemoglobina umană.

Din păcate, pînă în prezent, în multe centre de sănătate la nivelul Asistenței Medicale Primare nu se folosește nici un fel de test pentru sângele ocult, ori

dacă se și folosește, se aplică un test cu mult mai inferior din punct de vedere a calității și sensibilității specifice (de exemplu *testul cu Azopiram* – care a fost conceput pentru a detecta urme de sânge, acizi, rugină, oxidanți de clor, praf de spălare, reziduuri de plante pe dispozitive medicale, pentru a controla calitatea curățării și sterilizării lor în instituțiile medicale...). Nu este de mirare că și rezultatele acestor teste sunt mult prea eronate.

Uneori, se ignoră grupele de risc și criteriile de vîrstă, pacientul fiind trimis la colonoscopie direct și fără vreo selecție.

Ca rezultat, fenomenul unei selecții neeficiente și neraționale este evident. În așa fel, în pofida eforturilor și a cheltuielilor mari, randamentul acestui *Screening endoscopic* este, la moment, de circa 27,6%. Sinecostul unui *test iFOBT / FIT* este cu mult mai mic ca sinecostul unei *Colonoscopii*. Deci, este evidentă o gestionare nerațională a banilor publici.

Concluzii:

1. Pentru eficientizarea *Screeningului Endoscopic* pentru *Cancerul Colorectal* este preconizată și necesară utilizarea largă a testului *iFOBT / FIT (Immunological faecal occult blood test)*, cu sensibilitate și specificitate înaltă, cît și respectarea criteriilor de vîrstă și a grupelor de risc, pentru o selecție rațională a persoanei eligibile screeningului, în strictă conformitate cu *Standardul Național al Procedurilor Operaționale privind Screening-ul Cancerului Colorectal*

2. Implementarea și realizarea *Screeningului Endoscopic* poate spori depistarea precoce a *Cancerului Colorectal* și a *stărilor precanceroase*, poate ameliora indicatorii pentru *Cancerul Colorectal*, eficientizând și cheltuielile în sistemul ocrotirii sănătății.

3. Este oportună crearea unui *Centru unificat de coordonare a programelor de screening* în RM.

4. Pentru sensibilizarea, fortificarea, optimizarea și eficientizarea procesului de screening al cancerului colorectal, este binevenită implicarea constructivă a Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, CNAM, USMF "N. Testemițanu", Massmediei, ONG-lor etc., mai bine zis a toți celor interesați și implicați în problema sănătății publice în general și a cancerului colorectal în special în Republica Moldova.

Bibliografia:

1. Жылкайдарова А.Ж., Джуманов А.И., Ахметжанов О.Т., Байпеисов Д.М. Ранняя диагностика рака толстой кишки на уровне первичной медико-санитарной помощи. Колоректальный скрининг. Методические рекомендации. Алматы, 2012.
2. Cancer Regstru IMSP Institutul Oncologic din Moldova, Chisinau, 2015.

3. Bărbulescu M. *Screeningul în cancerul colorectal*. Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2007, 3(1), p. 19 -28. ISSN 15 84 – 9341.
4. Winawer S., Classen M., Lambert R., Fried M., Dite P., Goh K.L., Guarner F., Lieberman D., Eliakim R., Levin B., Saenz R., Khan A.G., Khalif I., Lanas A., Lindberg G.O'Brien. M.J., Young G., Krabshuis J., Smith R., Schmiegel W., Rex D., Amrani N., Zauber A. Скри-нинг колоректального рака. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО) и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы /© World Gastroenterology Organisation, 2008.
5. American Gastroenterological Association. Lynch Syndrome: AGA Patient Guideline Summary Gastroenterology, 2015, 149(Issue 3), p. 814-815.
6. Anttila A., Lönnberg S., Ponti A., Suonio E., Villain P., Coebergh J. W., von Karsa L. *Towards better implementation of cancer screening in Europe through improved monitoring and evaluation and greater engagement of cancer registries*. European Journal of Cancer, 2015, 51(Issue 2), p. 241–251.
7. Saltzman J. R., Cash B. D., Pasha S. F., Early D. S., Muthusamy V. R., Khashab M. A., Chathadi K. V. *Bowel preparation before colonoscopy (GUIDELINE)*. ASGE Standards of Practice Committee, Gastrointestinal endoscopy. 2015, 81(Issue 4), p. 781-794.
8. Bretthauer M., Kaminski M. F., Løberg M., Zauber A. G., Regula J., Kuipers E. J. *Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer A Randomized Clinical Trial*. JAMA Intern Med. 2016, 176(7), p. 894-902.
9. Courtney R.J., Paul C.L., Carey M.L., Sanson-Fisher R. W., Macrae F. A., D'Este C. et al. *A population-based cross-sectional study of colorectal cancer screening practices of firstdegree relatives of colorectal cancer patients*. BMC Cancer, 2013, 13, p. 13.
10. Evaluating Test Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force: Colorectal Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. 2014.
11. Ibáñez-Sanz G., García M., Rodríguez-Moranta F., Gómez-Matas J., Binefa G., Padrol I. *Falsos negativos del cribado de cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces y colonoscopia como prueba diagnóstica*. Endoscopy, 2015, 47, CO13. (Congress Abstract).
12. Kuipers E.J., Rösch T., Bretthauer M. *Colorectal cancer screening--optimizing current strategies and new directions*. Nat Rev Clin Oncol, 2013, 10, p. 130-142.
13. Lieberman D. *Colorectal cancer screening: What program is most effective?* Gastroenterointestinal Endoscopy, 2015, 81(Issue 3), p. 710–712.
14. Liebermann D.A., Weiss D.G., Bond J.H. et al. *Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer (Veterans Affairs Cooperative Study Group 380)*. N Engl J Med. 2000, 343, p. 162–168.
15. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Screening for Colorectal Cancer US JAMA. 2016, 315(23), p. 2564-2575.
16. Vasen H.F., Blanco I., Aktan-Collan K., Gopie J.P., Alonso A., Aretz S. et al. *Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts*. Gut, 2013, 62, p. 812–823.
17. Zavoral M., Suchanek S., Majek O., Fric P., Minarikova P., Minarik M. et al. *Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress*. World J Gastroenterol, 2014, 20(14), p. 3825-3834.
18. Кашин С.В. Современные аспекты выполнения колоноскопии с целью скрининга полипов и колоректального рака. Доказательная гастроэнтерология, 2012, 2, с.89-99.
19. Кашин С.В., Завьялов Д.В., Куваев Р.О., Агамов А.Г. Эндоскопический скрининг полипов и колоректального рака: современные технологии и условия их эффективного применения в повседневной клинической практике Клиническая эндоскопия, 2011, 1(27), с. 27-39.
20. International Classification of Diseases for Oncology including updates as at Sep 01 2011, approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O-3
21. http://www.help-patient.ru/oncology/diagnostics/screening/cancer_of_large_intestine/ 22. <http://biohimik.net/biokhimiya/kal-stul/analiz-kala-na-skrytuyu-krov>
23. *Standardul Național al Procedurilor Operaționale, privind Screening-ul cancerului colorectal*, aprobat prin ordinul nr. 285 al MS din 11.04.2017, ca parte componentă a Programului Național de Control al Cancerului în RM (anii 2016-2025).