

CANCERUL COLORECTAL

Problemă de sănătate publică, în unele state ocupând primul loc între neoplazii

EPIDEMIOLOGIE

- În Franța – primul loc
- În România – primul dintre cancerele digestive (10/100.000 locuitori)
- Frecvent în Europa și SUA (30-40/100.000 locuitori), mai puțin în America de Sud și Africa.
- **Raportul F/B aproape** egal, dar în defavoarea bărbaților (B/F – 1,5-2/1)
- **Este oarecum prevenibil** având în vedere filiațiunea adenom – carcinom și rolul cunoscut al factorului genetic.

ETIOPATOGENIE

- Rolul factorilor alimentari:
 - **protectivi:** consumul de verdețuri, dieta cu fibre, calciu și vitamine
 - **negativi:** excesul de grăsimi animale și proteinele, carnea roșie, alcoolul și aportul caloric excesiv.
- Rolul acizilor biliari: relație între colecistectomie și creșterea frecvenței neoplasmului de colon (+/-)
- Rolul stărilor predispozante

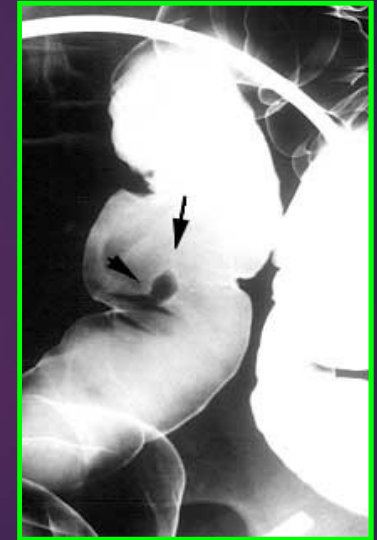
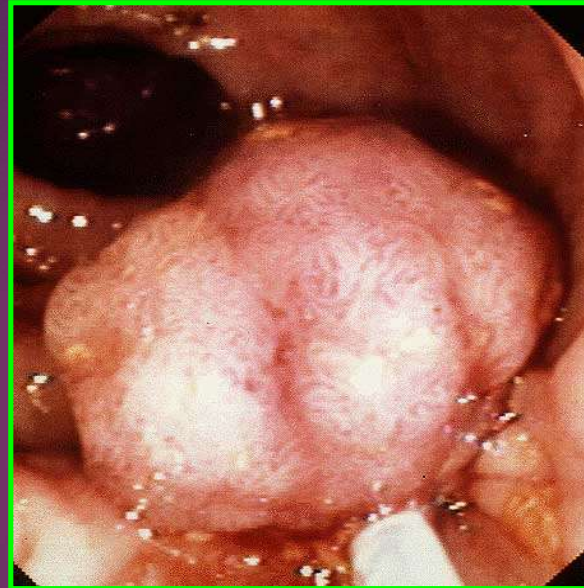
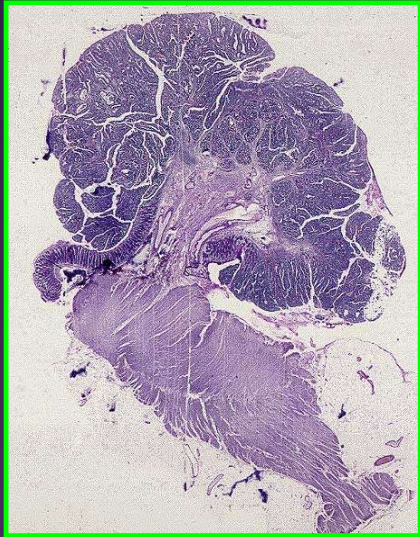
STĂRI PREDISPOZANTE


POLIPII COLORECTALI

- 10% peste 50 de ani și
- până la 30% peste 70 de ani :
- *Polipi adenomatoși*:
 - tubulari
 - tubulo-viloși
 - *viloși*

Polip \Rightarrow Polip displazic \Rightarrow Displazie severă \Rightarrow Neoplasm

- *Polipi hiperplazici* – nu au potențial de malignizare.

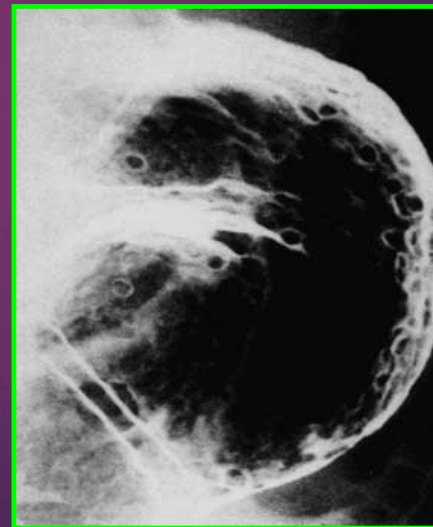


- 
- Evoluția polipilor spre malignitate ține de:
 - factori genetici (familiali),
 - factori metabolici (efectul co-carcinogen al acizilor biliari) și
 - factori alimentari (efectul negativ al lipsei verdețurilor și fibrelor).
 - **Risc malign** cu atât mai mare, cu cât:
 - dimensiuni mai mari (**>2 cm diametru**),
 - displazie mai severă.

POLIPOZA COLICĂ FAMILIALĂ:

- caracterizată de prezența a peste 100 polipi în colon, ce apar înainte de 30 ani.
- transmitere dominant autosomală
- evoluția spre cancer este regula
- colectomie totală cât mai precoce

STĂRI PREDISPOZANTE



STĂRI PREDISPOZANTE

- **BOLILE INFLAMATORII ALE COLONULUI**
 - Rectocolita ulcerohemoragică - 10% după 25 de ani
 - Boala Crohn
- **PREDISPOZIȚIA FAMILIALĂ:**
 - ➔ risc crescut pentru rudele de gradul I al pacienților cu cancer de colon (2-3X>).



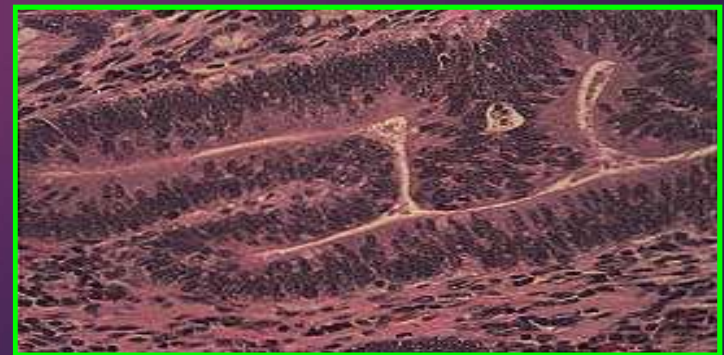
STĂRI PREDISPOZANTE

SINDROMUL LYNCH sau CANCERUL COLORECTAL NONPOLIPOIDAL EREDITAR

- fără trecerea prin faza de polip
- Asocierea cu alte neoplazii (ovar și endometru)
- Predominant colonul drept
- CRITERIILE AMSTERDAM:
 - cel puțin **3 membri** ai unei familii cu diagnostic de carcinom colonic, dintre care **unul să fie rudă de gradul I**
 - transmiterea să se facă la **2 generații succesive**
 - cel puțin un caz să fie diagnosticat **sub 50 ani**.

ANATOMIE PATOLOGICĂ

- **Localizare:** peste 50% - rectosigmoidian, aprox. 20% - ceco-ascendent
- Cel mai frecvent adenocarcinoame
- Macroscopic – vegetante
 - ulcerovegetante
 - stenozante
- Stadializare TNM
- Clasificarea Dukes



ANATOMIE PATOLOGICĂ

CLASIFICAREA DUKES:

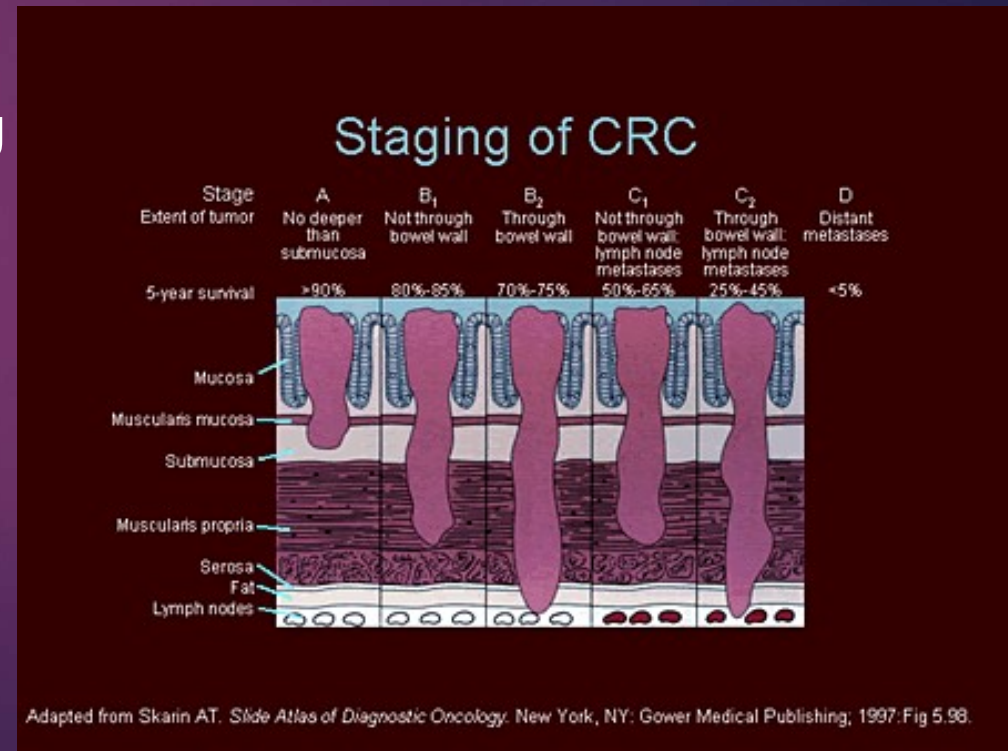
Stadiul A: tumoră localizată la mucoasă

Stadiul B1: tumoră ce ajunge la musculara proprie

Stadiul B2: tumora invadează întreg peretele colonului (fără afectare ganglionară)

Stadiul C: tumoră cu prinderea ganglionilor locoregionali.

Stadiul D: metastaze în organe la distanță.

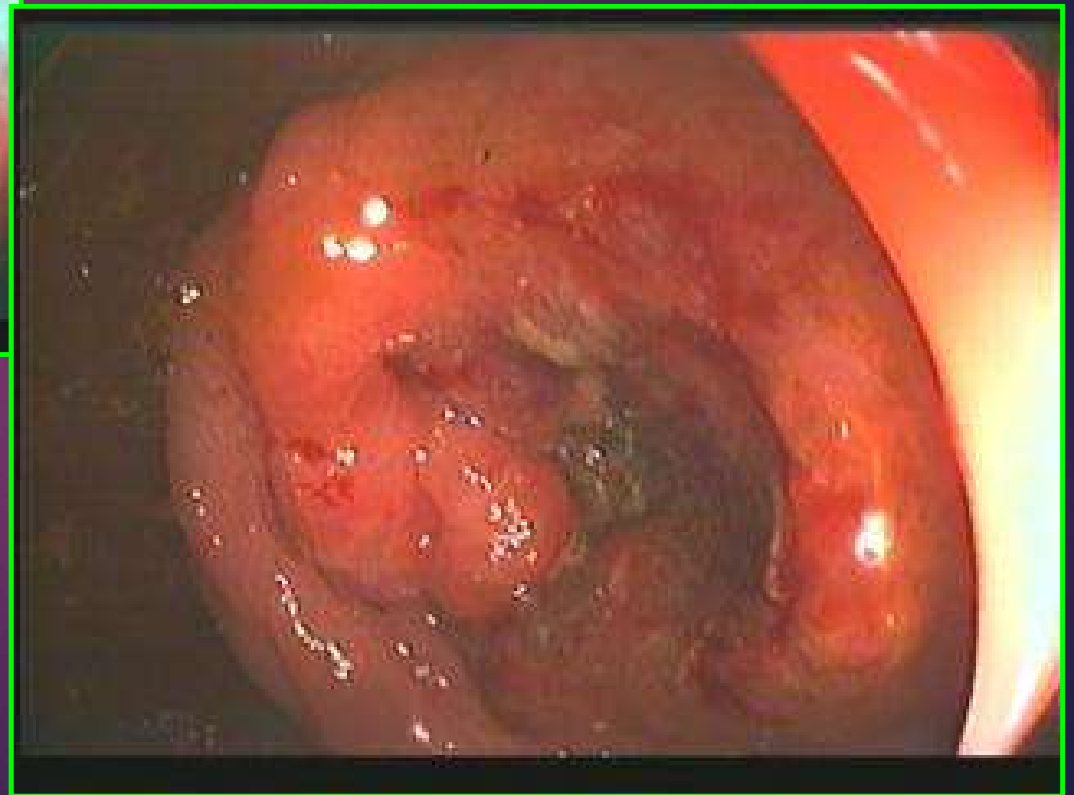
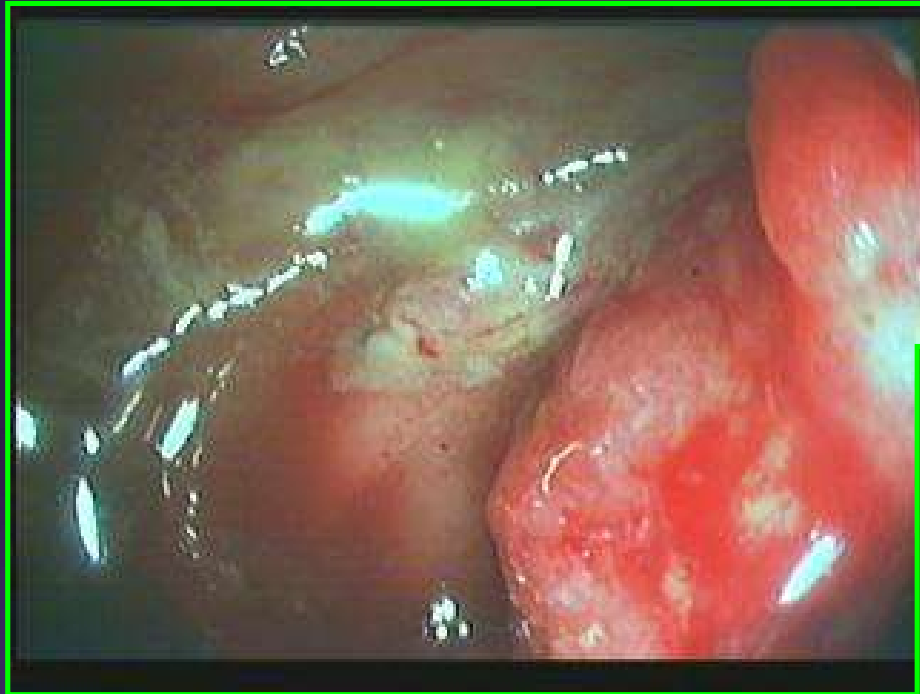


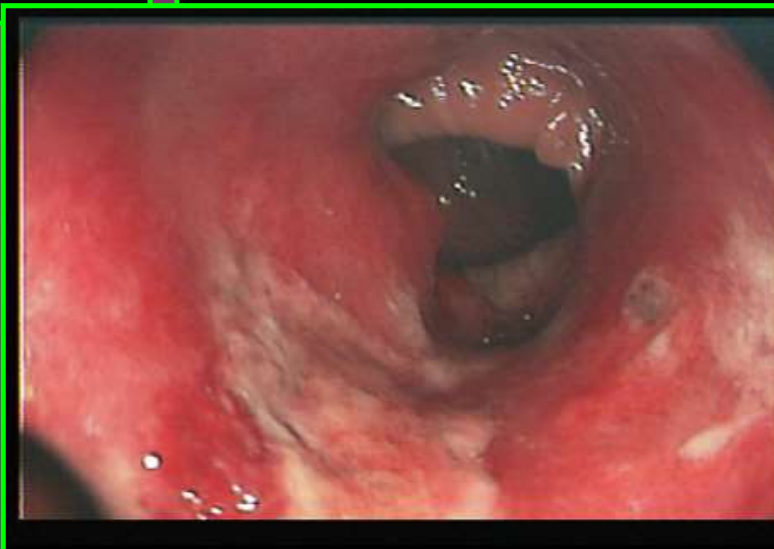
TABLOU CLINIC

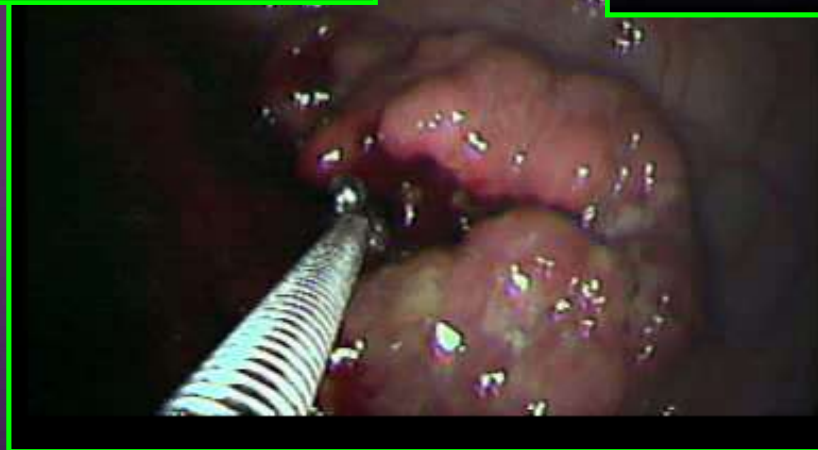
- **RECTORAGIA:** de obicei în neoplasmele stângi; va fi considerată întotdeauna ca posibil malignă.
- **TULBURĂRILE DE TRANZIT:** constipația – colon stg., diareea – colon dr.
- **SINDROMUL SUBOCLUZIV**
- **SINDROMUL ANEMIC:** anemie de tip feripriv, ușoară sau moderată
- **ASIMPTOMATIC**

DIAGNOSTIC

- Rectoscopia rigidă: examinează aprox. 20-25 cm din rectosigmoid.
- Rectosigmoidoscopia flexibilă: evaluează colonul stg. până la unghiul splenic, unde se află aprox. 70-80% din neoplasmale de colon; necesită pregătire cu clisme.
- Colonoscopia: **ideală**, vizualizează tot colonul, se pot prelua biopsii și efectua manevre terapeutice; laborioasă, discomfortantă, necesită pregătirea pacientului cu Fortrans.



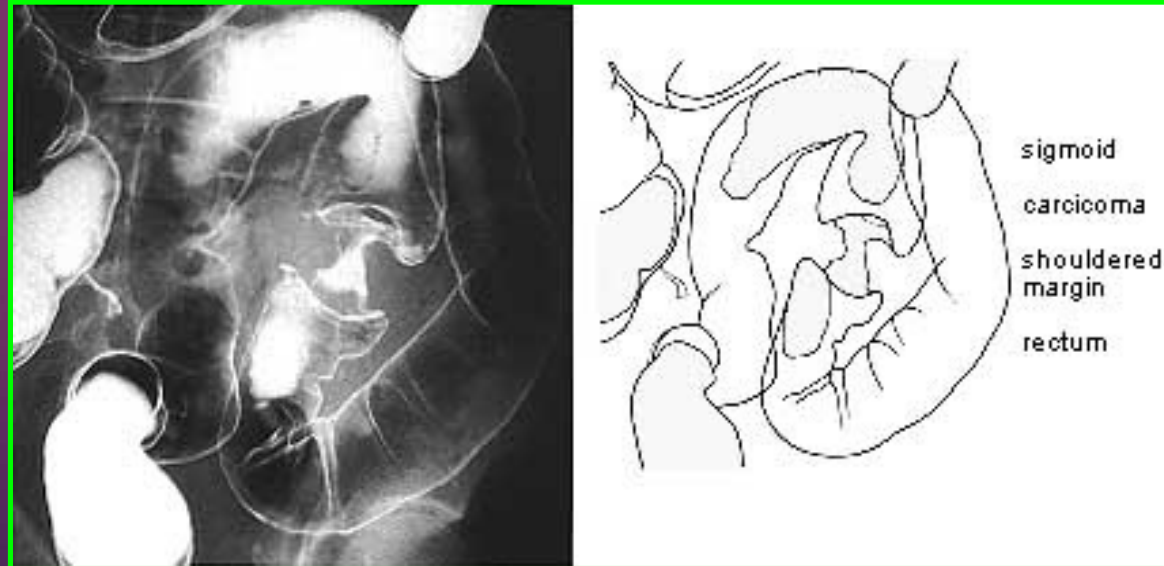




DIAGNOSTIC

Irigografia:

- opacifierea retrogradă a colonului cu substanță baritată;
- tehnica dublului contrast;
- nu permite biopsierea
- sau manevre terapeutice.



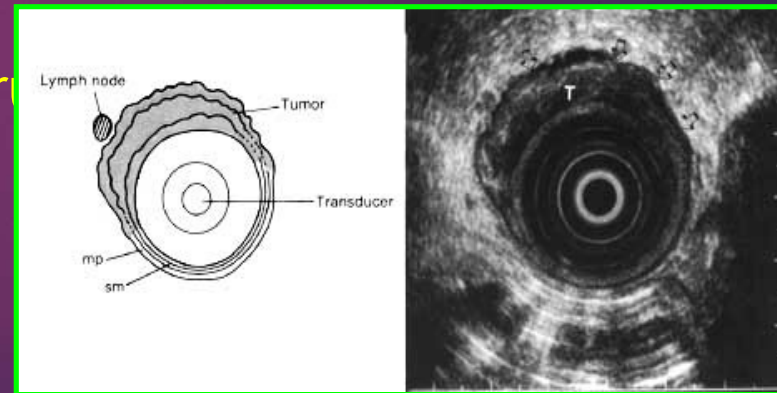
DIAGNOSTIC

❖ Colonografia CT (CT spiral) = “colonoscopie virtuală”: reconstrucția colonului, o metodă ce nu permite biopsia leziunilor

❖ Ecoendoscopia transrectală:

pentru extensia cancerului rectal

❖ Capsula colonică - posibil de perspectivă

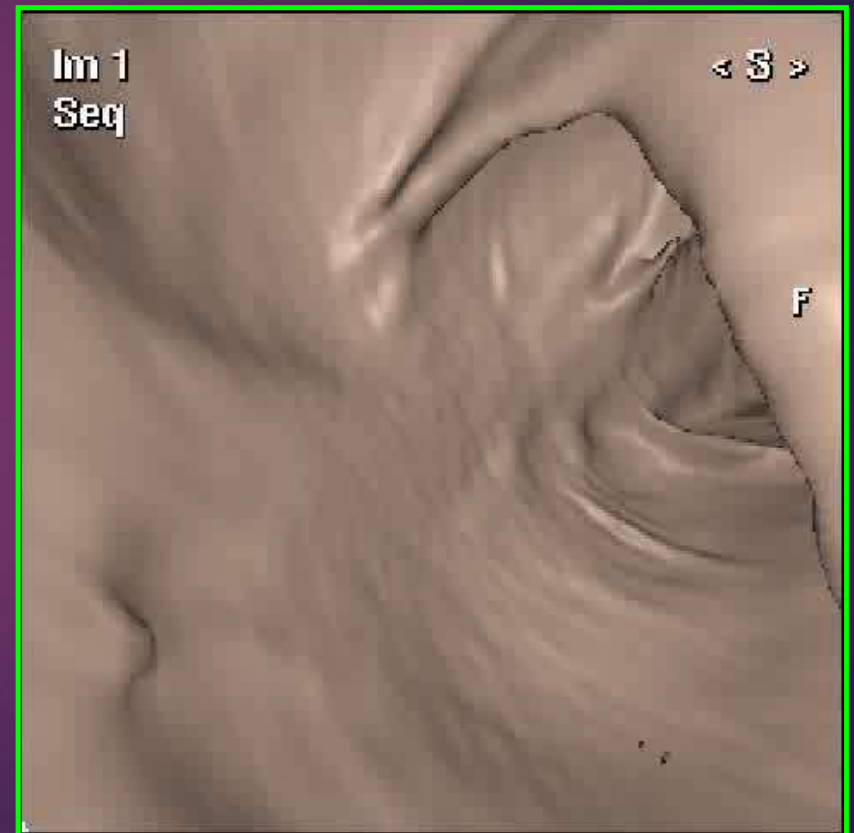
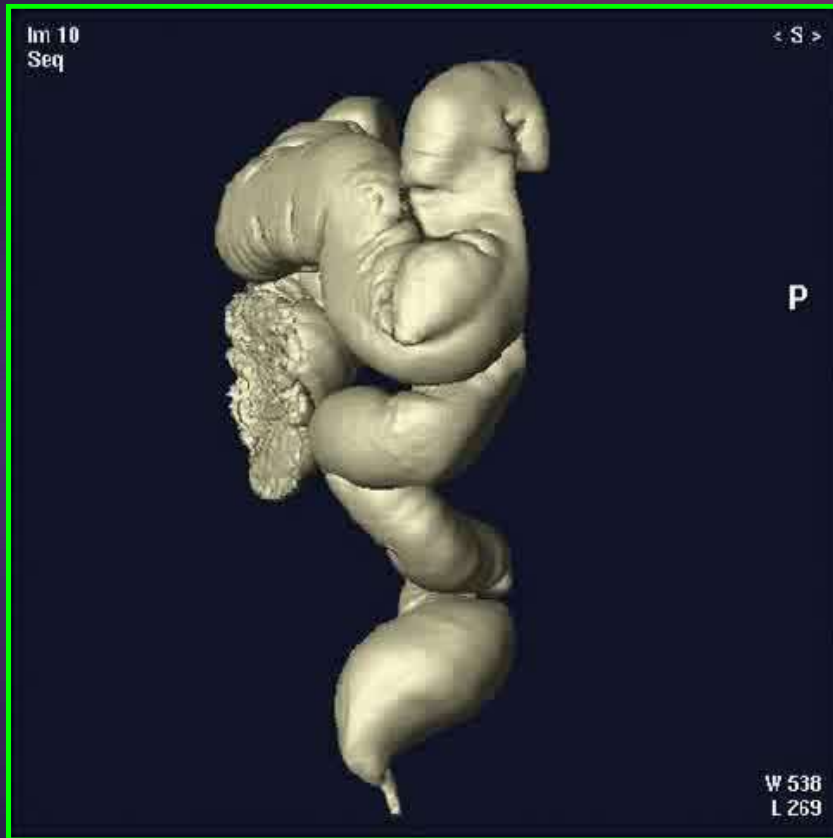


CANCERUL COLORECTAL

Ecografie transabdominală



Colonoscopie virtuala (colono-CT)



DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

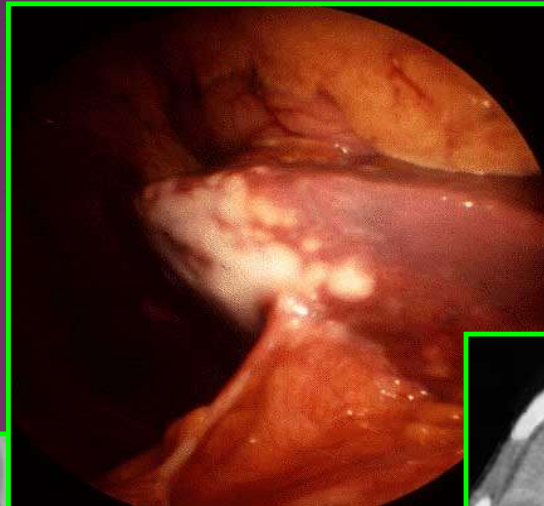
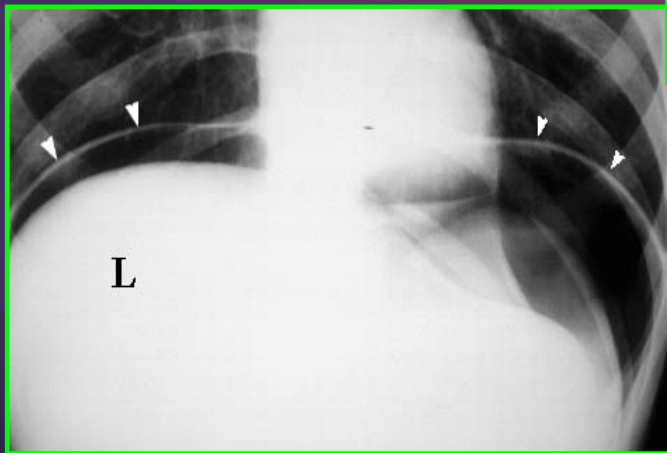
- Boala hemoroidală și fisura anală
- Boala Crohn
- Rectocolita ulcerohemoragică
- Diverticuloza colonică cu sângerare diverticulară
- Colita ischemică și colita radică
- Angiodisplazia colonică
- Colonul iritabil

EVOLUȚIE

- Depinde de momentul descoperirii și tratării.
- Stadiul Dukes A – supraviețuire la 5 ani–90%.
- Stadiul Dukes C – supraviețuire la 5 ani–50%.
- Prezența metastazelor hepatice → supraviețuire redusă.

COMPLICAȚII

- Metastazarea.
- Ocluzia intestinală
- Perforația



COMPLICAȚII

RFA-pentru metastaze hepatice



TRATAMENT

1.Chirurgical:

- în funcție de localizare
 - hemicolectomie dr.
 - hemicolectomie stg.
 - rezecție sigmoidiană
 - rezecție rectală cu colorectoanastomoză
 - amputație de rect cu ACN iliac stg. definitiv.
- Chirurgie laparoscopică

2. *Chimioterapia:*

- pentru stadiile Dukes B2 și C
- se folosesc scheme care conțin 5 fluoro-uracil și acid folinic.

3. *Terapia antiangiogenica (Avastin)* - inhibă activitatea factorului de creștere al endoteliului vascular (VEGF).

4. *Radioterapia:*

- în special pentru cancerul rectal.

PROFILAXIA CANCERULUI DE COLON

- *PROFILAXIA PRIMARĂ:*

- măsuri de educație alimentară

- antiinflamatoriile nesteroidiene (posibilă prevenție): Aspirina, Sulindacul

PROFILAXIA CANCERULUI DE COLON

○ PROFILAXIA SECUNDARĂ - Screening pentru

descoperirea polipilor și a cancerului de colon incipient:

- **Test Hemocult** – colonoscopie în caz de pozitivitate;

descoperirea polipilor – polipectomie endoscopică.

- **Colonoscopie** de supraveghere la persoanele cu risc crescut de cancer: boli inflamatorii ale colonului, descendenții persoanelor cu cancer de colon, istoric de polipi colonici.
- **Screeningul genetic** (mutații genetice în scaun),
- **capsula colonică.**

Screeningul populațional

- ▶ Se adresează persoanelor asimptomatice peste 50 de ani (fără antecedente familiale), care vor efectua o colonoscopie prima dată la 50 de ani, iar în caz de absență de leziuni, se va relua după 5-10 ani (până la 75 de ani!).
- ▶ Toți polipii descoperiți la colonoscopie se vor polipectomiza în aceeași sesiune.
- ▶ Programe Naționale de screening!

