

CANCERUL COLORECTAL

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

CANCERUL COLORECTAL

EPIDEMIOLOGIE

- ♠ În Franța – primul loc
- ♠ În România – primul dintre cancerurile digestive
- ♠ Frecvent în Europa și SUA, 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.

CANCERUL COLORECTAL

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

CANCERUL COLORECTAL

STĂRI PREDISPOZANTE

❖ POLIPII COLORECTALI:

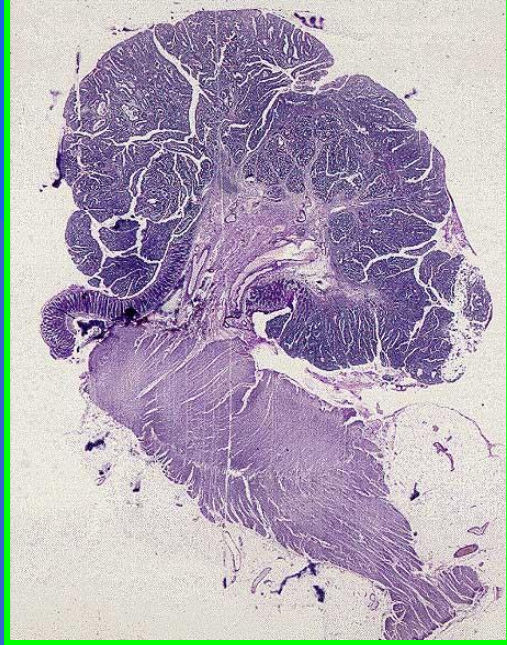
- *polipi adenomatoși:*

- tubulari
- tubulo-viloși
- viloși

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

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

CANCERUL COLORECTAL

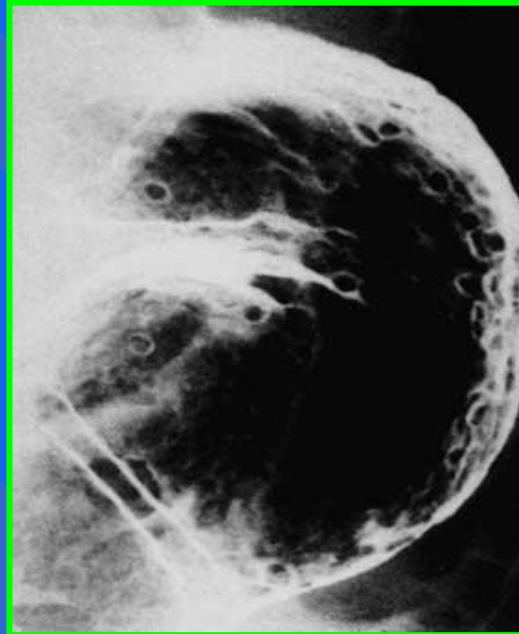


CANCERUL COLORECTAL

STĂRI PREDISPOZANTE

❖ 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



CANCERUL COLORECTAL

STĂRI PREDISPOZANTE

❖ **BOLILE INFLAMATORII
ALE COLONULUI- după
evoluție îndelungată**

-Rectocolita ulcerohemoragică

-Boala Crohn



CANCERUL COLORECTAL

STĂRI PREDISPOZANTE

❖ PREDISPOZIȚIA FAMILIALĂ:

-risc crescut pentru descendenții unei familii cu cancer de colon.

❖ SINDROMUL LYNCH sau CANCERUL COLORECTAL NONPOLIPOIDAL EREDITAR

CRITERIILE AMSTERDAM:

- cel puțin 3 membri ai unei familii cu diagnostic de carcinom colonic, dintre care unul să fie rudă de gradul I
- la o generație transmiterea să se facă la 2 generații succesive
- cel puțin un caz să fie diagnosticat sub 50 ani.

CANCERUL COLORECTAL

ANATOMIE PATOLOGICĂ

◆ **Localizare:** peste 50% - rectosigmoidian, aprox.
20% - cecoascendent

◆ Cel mai frecvent adenocarcinoame

◆ Macroscopic – vegetante
- ulcerovegetante
- stenoizante

◆ Stadializare TNM

◆ Clasificarea Dukes



CANCERUL COLORECTAL

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

CANCERUL COLORECTAL

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 neoplasmele 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 (4 l) sau Moviprep (2 litri).

CANCERUL COLORECTAL



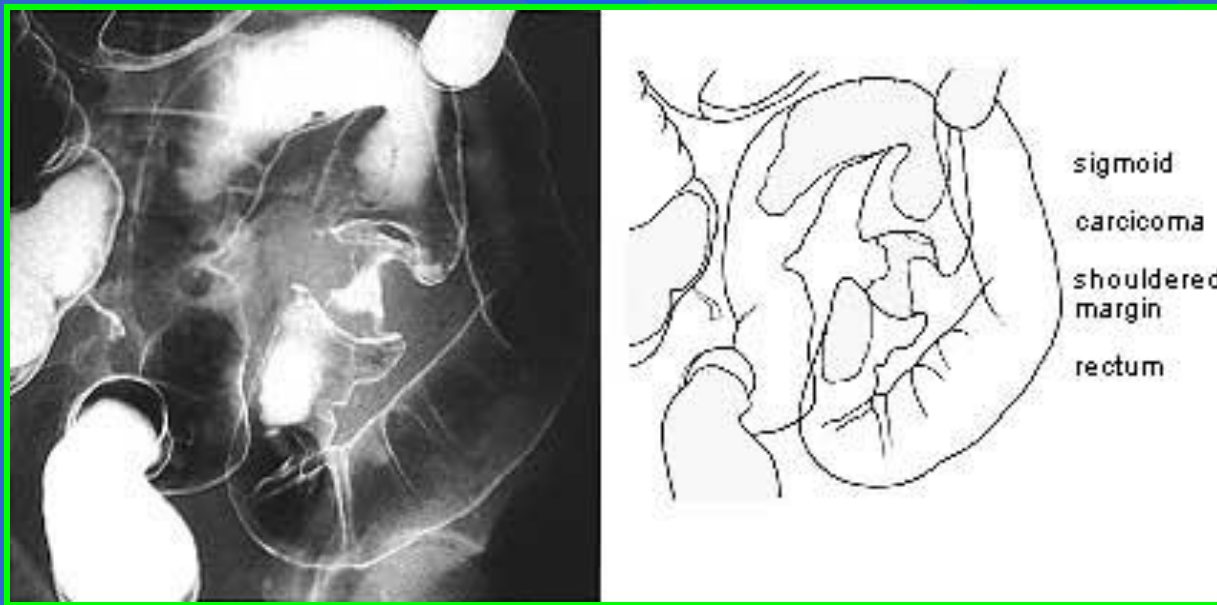
CANCERUL COLORECTAL



CANCERUL COLORECTAL

DIAGNOSTIC

❖ **Irigografia:** opacifierea retrogradă a colonului cu substanță baritată; tehnica dublului contrast; nu permite biopsierea sau manevre terapeutice.



CANCERUL COLORECTAL

DIAGNOSTIC

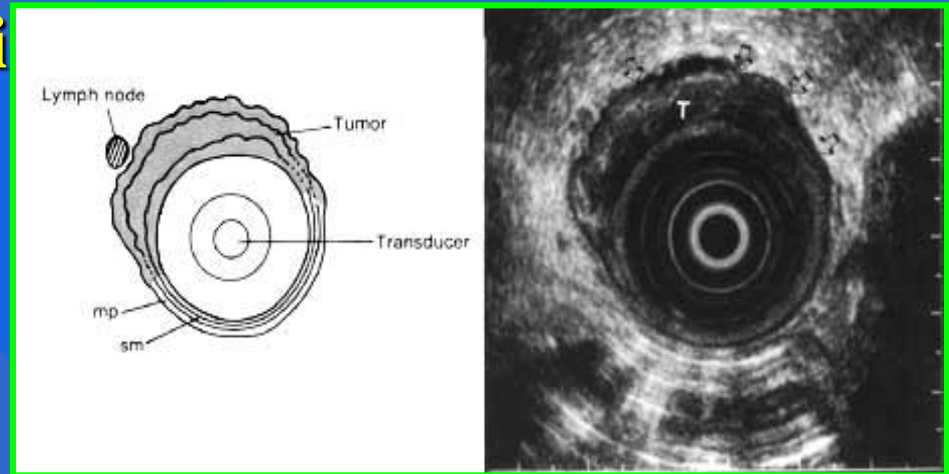
❖ Colonografia CT (CT spiral) = “colonoscopie virtuală”: reconstrucția colonului, o metodă ce nu permite biopsia leziunilor

❖ Ecoendoscopia transrectală

Pentru extensia cancerului rectal

❖ Capsula colonică-

Posibil de perspectivă



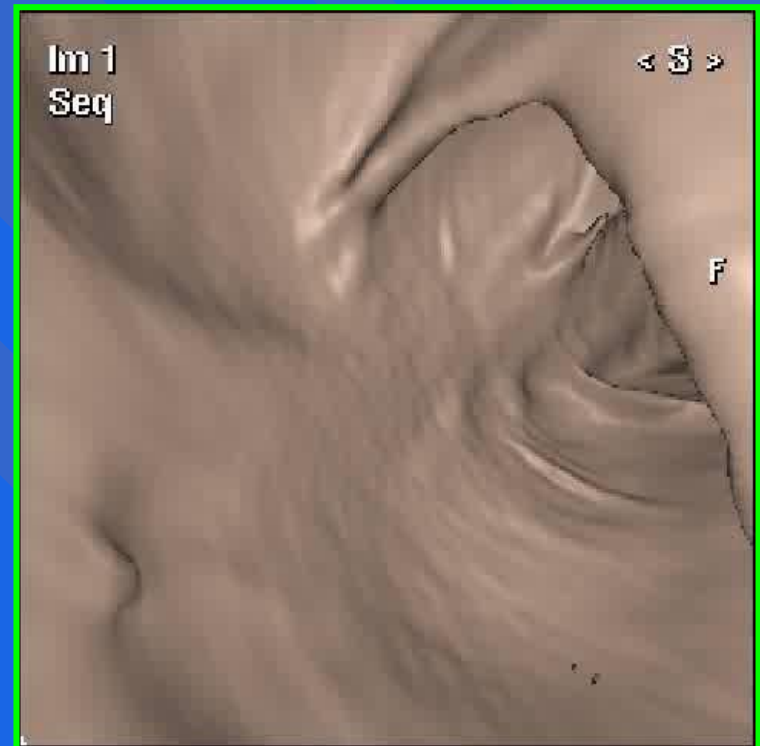
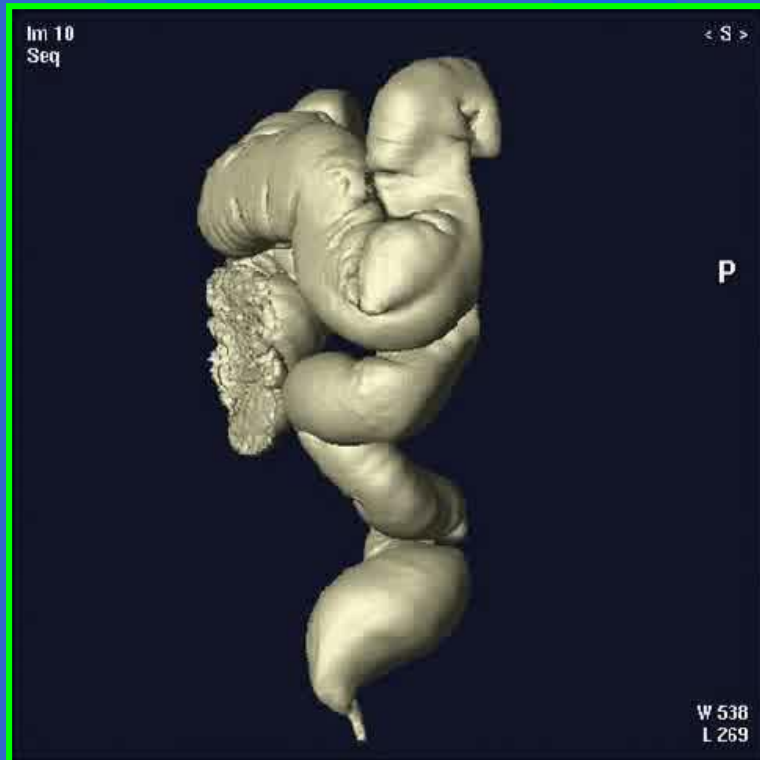
CANCERUL COLORECTAL

Ecografie transabdominală



CANCERUL COLORECTAL

Colonoscopie virtuale (colono-CT)



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.**

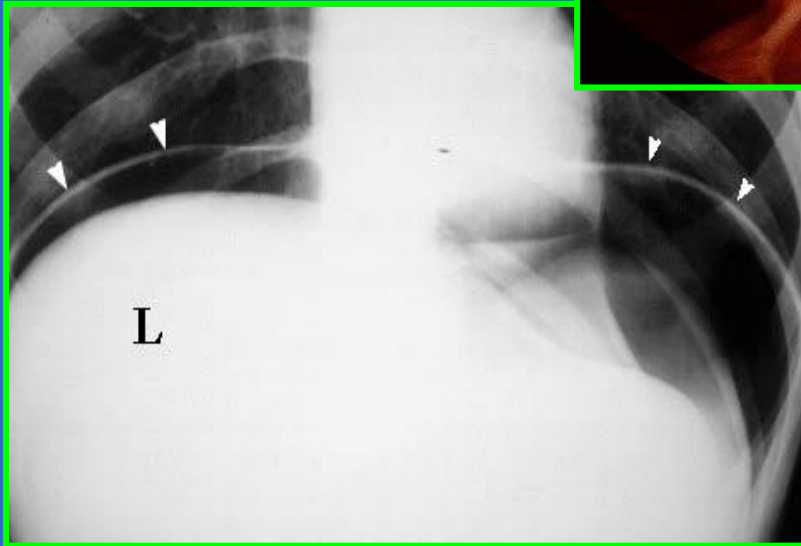
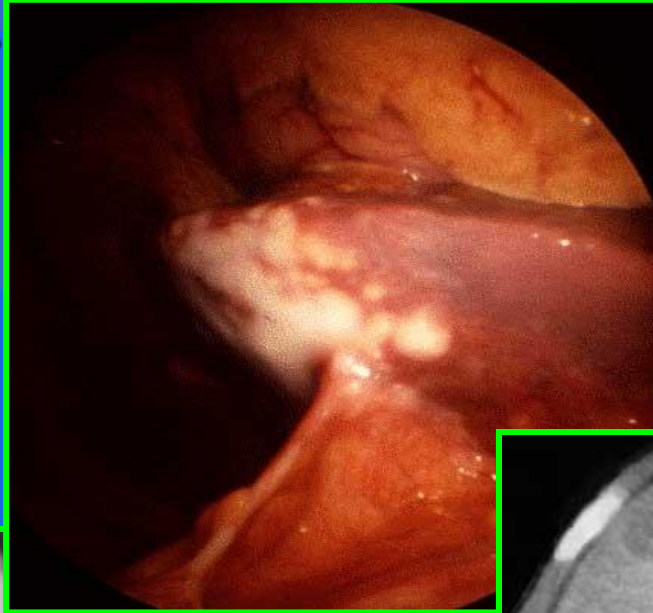
CANCERUL COLORECTAL

COMPLICAȚII

♠ Metastazarea.

♠ Ocluzia
intestinală

♠ Perforația



CANCERUL COLORECTAL

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

TRATAMENT

2. Chimioterapia:

- pentru stadiile Dukes B2 și C
- se folosesc diverse scheme

3. Radioterapia:

- în special pentru cancerul rectal.

PROFILAXIA CANCERULUI DE COLON

♠ *PROFILAXIA PRIMARĂ:*

- măsuri de educație alimentară (dieta bogată în fibre, săracă în carne roșie etc)

-antiinflamatoriile nesteroidiene:
Aspirina +/-, Sulindacul

CANCERUL COLORECTAL

PROFILAXIA CANCERULUI DE COLON

♠ *PROFILAXIA SECUNDARĂ:*

- **Screening** pentru descoperirea polipilor și a cancerului de colon incipient la persoane asimptomatice peste 50 de ani.
- Deci practic, orice persoană la împlinirea vârstei de 50 de ani, asimptomatică, trebuie să înceapă screeningul.
- Acesta se face între 50 și 75 de ani, prin diverse metode (ce depind și capacitatea financiară a sistemului de sănătate dintr-o țară)

Screeningul cc colon în România

- Existența unui **Program Național de Screening al Cancerului de Colon**, care însă așteaptă și finanțare!!
- Pentru România, posibilitățile pentru subiecți asimptomatici sunt de Hemocult sau **FIT anual**, iar la cei pozitivi se va face colonoscopie.
- Persoanele cu risc - colonoscopie



CANCERUL COLORECTAL



COLONUL IRITABIL

Boală funcțională caracterizată prin tulburări de tranzit, ce constă în general din alterananta diareei cu constipația, dureri abdominale difuze (crampe), uneori emisia de mucus.

Nu fac parte din tablou: rectoragia, anemia, scăderea ponderală

COLONUL IRITABIL

TABLOU CLINIC

- ◆ dureri abdominale: frecvent caracter colicativ, sau discomfort abdominal, simptome ce dispar în perioadele de relaxare, concediu.
- ◆ tulburări de tranzit: caracteristică alternanța diaree constipație; scaune sub formă de schibale acoperite cu mucus; diaree la emoție, matinală.
- ◆ emisie de mucus fără sânge
- ◆ balonarea frecventă, ameliorată de emisia de gaze.

COLONUL IRITABIL

DIAGNOSTIC

CRITERIILE ROMA III

Simptome care asociate susțin diagnosticul de IBS:

- Fecvență anormală a scaunelor;
- Formă anormală a scaunelor (dur, sau moale/apos);
- Defecație anormală (urgență, senzație de evacuare incompletă, dureri abdominale);
- Eliminarea de mucus;
- Balonare și senzație de distensie abdominală.

COLONUL IRITABIL

DIAGNOSTIC PARACLINIC

- ❖ *anuscopie, rectoscopie, colonoscopie, irigografie* – pt. excluderea patologiei organice de colon.
- +căutarea deficitului de lactază, a enteropatiei glutenice
- ❖ *gastroscopie* – excluderea suferinței gastrice
- ❖ *ecografie abdominală și pelvină* – pt. patologia pancreasului, colecistului, organelor genitale.
- ❖ *evaluarea radiologică a intestinului subțire sau enteroscopie (sau capsulă endoscopică)* – pt. patologia organică enterală.

COLONUL IRITABIL

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Neoplasmul anorectal și de colon
- Boli inflamatorii colonice (RUH, BC)
- Diverticuloza colonică și diverticulita
- Deficitul de lactază
- Dispepsia funcțională etc....

COLONUL IRITABIL

TRATAMENT

Dificil datorită componentei psihice.

1. Dietetic: se evită alimentele care produc simptome; în caz de constipație, dietă bogată în fibre +/- Forlax.

2. Medicamentos:

-antidiareice: Smecta, Imodium.

-pentru constipație- dieta cu fibre, Forlax

-antispastice: Spasmomen, Debridat, Duspatalin, No-Spa; se caută preparatul cel mai eficient pentru pacient.

-sedative: Hidroxizin, Rudotel, psihoterapia.

COLONUL IRITABIL



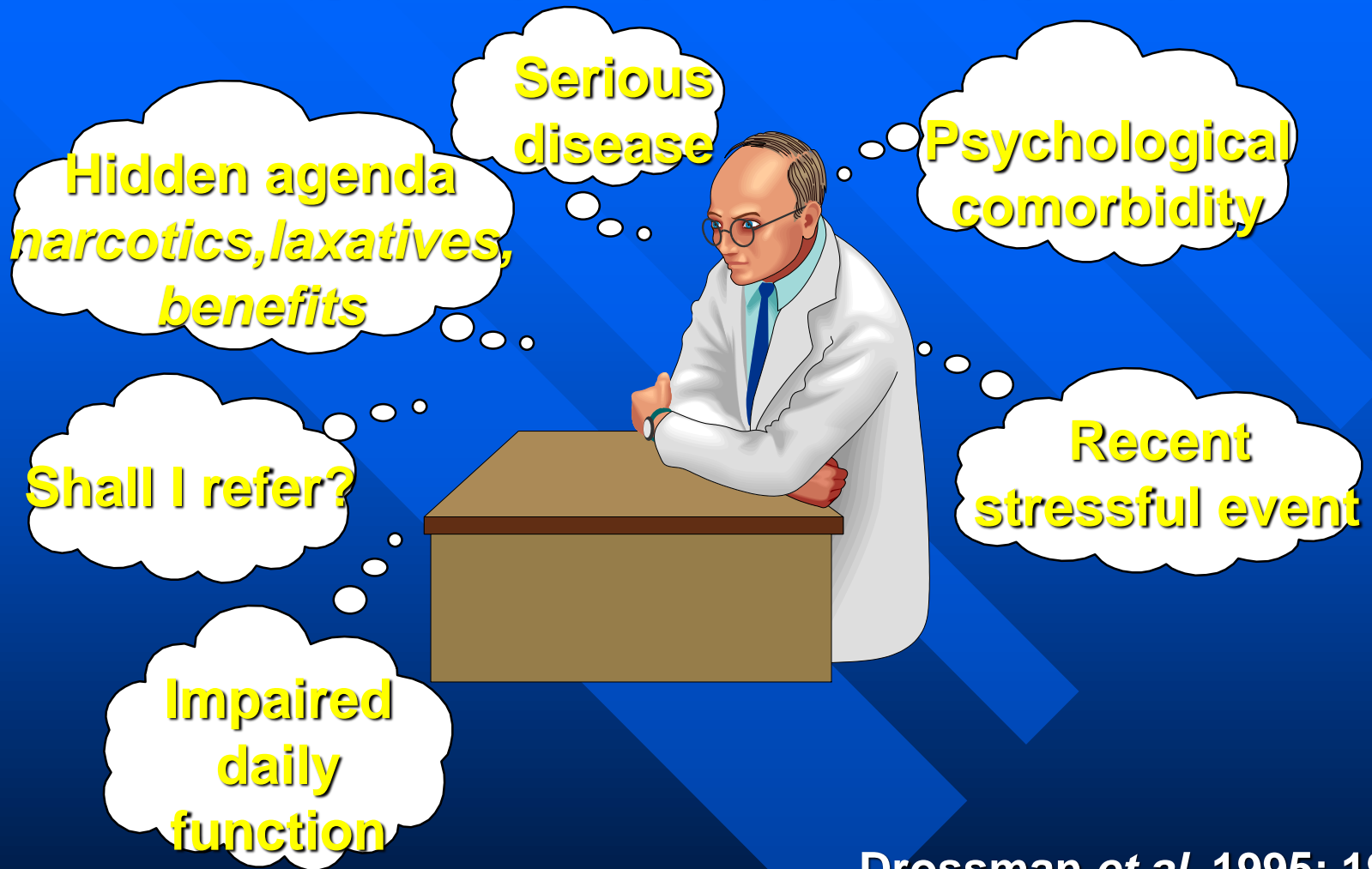
COLONUL IRITABIL

IBS: Patient's concerns



COLONUL IRITABIL

IBS: Doctor's concerns



Drossman *et al*, 1995; 1997

COLONUL IRTABIL

