

ŠTO TREBA ZNATI O KARCINOMU DEBELOG CRIJEVA?

doc dr Brigita Smolović, internista-gastroenterohepatolog

Što je karcinom debelog crijeva?

U tijelu pa i debelom crijevu imamo puno vrsta ćelija koje normalno rastu, dijele se i na kraju umiru. Međutim, ćelije nekada mutiraju-mijenjaju se i počinju rasti i dijeliti se mnogo brže nego normalne ćelije. Takve ćelije se grupišu zajedno i stvaraju tumor-izraslinu, koja ako je zloćudna-maligna, a pripada debelom crijevu, zove se karcinom debelog crijeva (latinski.-kolorektalni karcinom). Iz tog tumora ćelije mogu metastazirati-širiti se u druge dijelove tijela. Kada govorimo o debelom crijevu, to je najčešće jetra, a kada je zahvaćen završni dio debelog crijeva koji se zove rektum, to su prvo pluća, a onda i jetra.

Kolorektalni karcinom je multifaktoralna bolest, i doprinose joj:

- nasljedni faktori (genetski),
- faktori iz spoljnje sredine (način života i vrsta prehrane) i
- ostali predisponirajući faktori (životna dob, lična anamneza za polipe i/ili kolorektalni karcinom, predisponirajuće bolesti-upalne bolesti crijeva/ulcerozni kolitis, Crohnova bolest/, porodična anamneza za polipe i/ili kolorektalni karcinom).

Učestalost javljanja, da li jednako oboljevaju i muškarci i žene? Kakvo je preživljavanje?

Karcinom debelog crijeva jedan je od vodećih zdravstvenih problema u svijetu, posebno u visokorazvijenim zemljama. Po učestalosti, u svijetu karcinom debelog crijeva se nalazi na četvrtom mjestu, sa posebno visokom stopom incidencije u Zapadnoj Evropi, SAD-u i Australiji.

U našoj zemlji u 2009. godini maligne neoplazme su na drugom mjestu svih uzroka smrti, dok u navedenoj grupi karcinom kolorektuma zauzima visoko treće mjesto. Po broju novih slučajeva i uzroka smrtnosti zbog karcinoma u našoj zemlji, karcinom debelog crijeva je na drugom mjestu.

Slična zastupljenost kod muškaraca i žena. Kod muškaraca iza karcinoma pluća, a kod žena iz karcinoma dojke i pluća.

Najveći broj smrtnih ishoda je kada se karcinom nađe suviše kasno. To praktično znači da je 5-godišnje preživljavanje sjajno u lokalizovanoj bolesti, preko 90%, odnosno kada je bolest ograničena samo na debelo crijevo; 68% je 5-godišnje preživljavanje u regionalnoj zavaćenosti limfnih žlezda, a svega 10% kod udaljenih metastaza.

CIJ je otkriti karcinom u ranoj fazi!!!!

Koji su faktori rizika?

Oboljeti može svako, ali neke osobe su u većem riziku. Poznati su rizični faktori ali oni ne kažu sve, jer imati jedan ili više rizičnih faktora ne znači da će se i dobiti bolest. Neke osobe dobiju karcinom debelog crijeva a da nemaju ni jedan rizični faktor.

Rizični faktori koje možemo mijenjati su faktori iz spoljnje sredine (zastupljenost masti u ukupnom dnevnom kalorijskom unosu, crveno meso, smanjen sadržaj vlakana u hrani, smanjen kalcijum u ishrani, povećan unos rafinisanog šećera..) i način života (smanjena tjelesna aktivnost, sjedetarni način života). Tu su svakako i pušenje i alkohol.

Rizični faktori koje ne možemo mijenjati su između ostalih i životna dob. Poznato je da se nakon 40 godina života učestalost bolesti udvostručuje u svakom sledećem desetogodišnjem periodu. U 90% slučajeva karcinom debelog crijeva je u osoba iznad 50 godina starosti, a u ranijim godinama kod porodica sa pozitivnom porodičnom anamnezom za karcinom.

Ulcerozni kolitis, a manje i Crohnova bolest, bolesti su koje nose jasan rizik obolijevanja od karcinoma debelog crijeva. Bolesnicima sa ulceroznim kolitisom nakon 25 godina vjerovatnoća pojave maligne bolesti može biti i 30%, dok je kod Crohnove bolesti znatno niža. Osobe operisane od kolorektalnog karcinoma imaju tri puta veći rizik od pojave novog karcinoma. Polipi debelog crijeva imaju bitnu ulogu u nastanku karcinoma, pa se smatra da je rizik kod tih osoba pet puta veći nego kod ostalih. Zračenje područja karlice zbog neke druge bolesti, holecistektomija i ureterosigmoidoskopija takođe povećavaju rizik od obolijevanja.

Prvo stepeni rođaci (roditelji, braća, sestre, djeca) sa karcinomom debelog crijeva imaju dva/tri puta veći rizik za oboljevanje.

Ko je i u kolikom riziku za karcinom debelog crijeva?

U odnosu na prisustvo rizičnih faktora, rizik za nastanak karcinoma debelog crijeva je podjeljen na prosječan, umjeren i visok.

U prosječnom riziku su osobe preko 50 godina, gojazne, koje konzumiraju masnu hranu, veću količinu crvenog mesa i mesnih prerađevina, koje se manje hrane hranom bogatom vlaknima, koje su fizički manje aktivne, koje puše cigarete, uzimaju veću količinu alkohola.

U umjerenom/povećanom riziku su osobe koje su ili neko od njihovih najbližih rođaka imale polipe i/ili karcinom debelog crijeva ili ukoliko boluju od upalnih bolesti crijeva (ulcerozni kolitis, Crohnova bolest).

U visokom riziku su osobe koje u porodici imaju nasljedne polipozne sindrome.

Važno za osobe koje su u većem riziku za kolorektalni karcinom?

Još jednom ističem da su osobe sa većim rizikom za karcinom debelog crijeva one koje su ili neko od njihovih najbližih rođaka imale polipe i / ili karcinom debelog crijeva ili ukoliko boluju od određenih zapaljenskih bolesti crijeva (ulcerozni kolitis, Crohnova bolest) ili imaju nasljedne polipozne sindrome u porodici.

Redovni pregledi kod ovih osoba otpočinj u ranoj i podrazumjevaju kolonoskopski pregled.

U 40-oj godini života ili 10 godina prije nego što se bolest javila kod najmlađeg člana u porodici mora se uraditi kolonoskopija.

Znači, ukoliko na osnovu iznjetih činjenica mislite da ste u povećanom riziku odmah se javite gastroenterologu koji treba da Vam planira kolonoskopski pregled. Takođe, ako imate simptome karcinoma debelog crijeva odmah se javite gastroenterologu i tada se takođe treba planirati kolonoskopija.

Koji su mogući simptomi karcinoma debelog crijeva?

U ranoj fazi bolesti, osobe ne moraju imati nikakve tegobe, jer se bolest razvija sporo. Ako se jave tegobe to su najčešće krv u ili na stolici, promjene u ritmu pražnjenja i izgledu i obliku stolice, bolovi ili grčevi pri pražnjenju, gubitak u tjelesnost težini, a nekad kao jedini znak karcinoma debelog crijeva imamo malokrvnost. Simptomi u mnogome zavise i od mjesta lokalizacije samog karcinoma. Po pravilu simptomi se zbog užeg lumena crijeva ranije javljaju ako je karcinom lokalizovan u lijevom dijelu debelog crijeva. Javlja se bol, čujno pretakanje, nadutost, poremećaj ritma pražnjenja (smjena proliva i zatvora, sluz u stolici), stolica kao "olovka", svježa krv u stolici. Ukoliko je karcinom ka samom izlaznom djelu debelog crijeva često se mogu javljati i tenezmi-lažni pozivi na stolicu. Kod karcinoma desnog dijela debelog crijeva veoma često kao jedini znak možemo imati malokrvnost, a nekada i stolicu boju "trule višnje".

Ako nemate simptome, niste u većem riziku, a imate preko 50 godina, što raditi? Kada krenuti sa pregledima i sa kojim?

Podvrgnite se programu ranog otkrivanja raka debelog crijeva-skriningu. Skrining podrazumjeva redovnu primjenu određenih pregleda ili testova kod zdravih osoba, u cilju otkrivanja promjena koje prethode nastanku raka ili raka u ranoj fazi. Tako se mogu spasiti mnogi životi.

FOBT (test na okultno krv-arenje, engl. FOBT-Fecal Occult Blood Test)

Kao skrining test koristi se pregled stolice na prisustvo okom nevidljive krvi (test na okultno krv-arenje, engl.FOBT-Fecal Occult Blood Test). Ovaj pregled osoba sprovodi sama kod kuće. Uzima se uzorak stolice. Sa testom se dobija detaljno upustvo. Nakon testiranja dobije se rezultat. Ukoliko je test negativan, isti treba ponoviti za godinu dana, a ukoliko je test pozitivan, neophodno je uraditi kolonoskopiju, kako bi se otkrio uzrok krvarenja.

Postoji više metoda skrininga, ali je ovako gore opisano najčešće korišćeni program skrininga karcinoma debelog crijeva, mada u bogatim zemljama se i kod osoba starijih od 50 godina iako su bez tegoba kao prva metoda skrininga upravo radi kolonoskopija.

ŠTO JE SKRINING?

Obzirom da sam istakla da je u našoj zemlji rak debelog crijeva na drugom mjestu po broju novih slučajeva i uzroka smrtnosti, jako je bitna prevencija CRC:

Primarna prevencija podrazumjeva otkrivanje genskih i bioloških činioca, faktora iz okoline, a

Sekundarna prevencija ili skrining je otkrivanje preneoplastičnih i ranih neoplastičnih lezija u asimptomatskoj ili ranoj simptomatskoj fazi i njihovo hitno liječenje.

Skrining ima za cilj traženje karcinoma prije nego što se kod osobe jave simptomi. Pomaže da se nađe karcinom u ranom stadijumu, lakše liječi, a samim tim se i poveća preživljavanje kod oboljele osobe.

Uklanjanjem nađenih polipa takođe se prevenira nastanak CRC.

Što otkriva skrining test?

Pozitivan test otkriva prisustvo krvi u stolici, koji mogu biti posljedica različitih oboljenja, a najčešće polipa (dobročudne izrasline, od kojih neke kroz izvjestan broj godina mogu preći u zloćudnu promjenu-rak-karcinom) ili karcinoma debelog crijeva.

To znači da pozitivan FOBT ne znači odmah i karcinom. Pored pomenutih polipa, pozitivan FOBT mogu dati i divertikulumi, upalne bolesti crijeva, hemoroidi, bolesti gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta, ali i upotreba lijekova, kao što je aspirin, nesteroidni antiinflamatorni lijekovi, i drugi. Ovo govori dalje o važnosti dalje dijagnostike ukoliko se nađe pozitivan FOBT.

Što je kolonoskopija i kako se izvodi? Trajanje pregleda, tegobe pri pregledu?

Kolonoskopija je pregled debelog crijeva pri kojoj se uvodi savitljiv optički instrument (endoskop) kroz čmar sve do ušća tankog u debelo crijevo.

U toku pregleda, osim što se okom uočavaju sve promjene na crijevima, ako je potrebno (neophodno), mogu se tokom pregleda uzeti uzorci tkiva (biopsija) pomoću malih kliješta, odstraniti polipi (polipektomija) i na taj način spriječiti nastanak karcinoma debelog crijeva ili otkriti karcinom debelog crijeva u ranoj fazi kada su šanse za izliječenje velike.

Ovaj pregled je u današnje vrijeme rutinski postupak sa malo rizika.

Praćenje pacijenata

Pacijentima kojima su odstranjeni polipi ili će biti odstranjeni, i koji su operisali kolorektalni karcinom slijedi endoskopsko praćenje, po preporukama National Comprehensive Cancer Network - NCCN iz 2010. godine, u zavisnosti od broja polipa i njihovog patohistološkog nalaza, a pacijentima kojima je operisan karcinom prvu kontrolnu kolonoskopiju rade poslije godinu dana. Samo onim pacijentima kojima je karcinom opstruirao lumen i nije se preoperativno mogla uraditi kolonoskopija, isti poslije operacije kontrolnu kolonoskopiju rade za 3-6 mjeseci. Takođe je potrebno kod operisanih pacijenata praćene tumorskog markera CEA karcinoembrionalnog antigena svaka 2 mjeseca, prve 2 godine, zatim svaka 4 mjeseca sledeće 3 godine.

Uredna kolonoskopija ili skinut polip na skrining kolonoskopiji, što dalje?

Svim pacijentima sa prosječnim rizikom, iz skrininga, koji su imali negativnu kolonoskopiju ili je skinut hiperplastični polip po NCCN guidelines iz 2010.godine, istu treba ponoviti kroz 10 godina.

Kod pacijenata kod kojih je skinut malog rizika polip: manji od 1 cm, tubularni adenom, ≤ 2 polipa kontrolna kolonoskopija je za 5-10 godina.

Kod skidanja visokog stepena displazije polipa, ≥ 1 cm, sa više od 25% vilozne komponente, i kada je skinuto između 3 i 10 polipa kontrolna kolonoskopija je za 3 godine.

Nekompletna ili piecemeal polipektomija ili polipektomija velikih sesilnih polipa zahtjeva ponovnu kolonoskopiju za 2-6 mjeseci.

OPERISANI KARCINOM, kako pratiti?

Poslije operacije kolorektalnog karcinoma potrebna je kontrolna kolonoskopija nakon 1 godinu (ili nakon 3-6 mjeseci ako preoperativna kolonoskopija nije bila kompletna-iz grupe sa prosječnim rizikom nema takvih pacijenata), kako je predhodno navedeno, a ako je negativna kolonoskopija, sledeća kontrola je za 2-3 godine, a zatim nakon 3-5 godina.

NEGATIVNI FOBT, da li test treba ponavljati i kada?

Bitno je naglasiti:

Svi ispitanici koji su imali negativan FOBT isti moraju ponoviti za 1-2 godine iz razloga što polip ne mora krvariti u trenutku testiranja te će se dobiti lažno negativan test. Važnost ponavljanja testa je iz tog razloga mnogo bitna!!!!

PRAĆENE PRVOSTEPENIH ROĐAKA

Prvostepenim rođacima pacijenata kojima je nađen karcinom ili tubularni adenom prije 60 godina života, po preporukama, kolonoskopije će biti rađene u 40-oj godini života ili 10 godina ranije u odnosu na najmlađi slučaj u porodici, kao što je ranije istaknuto, a zatim ako je nalaz uredan svake 5-te godine, a kod pacijenata kojima je karcinom otkriven sa 60 i više godina, prvostepenim rođacima kolonoskopski pregled će biti odrađen u 50 godini života.

VAŽNO ZA NAGLASITI JOŠ JEDNOM !!!!

*Pacijenti sa simptomima (krv u ili na stolici, promjene u ritmu pražnjena i izgledu i obliku stolice, bolovi ili grčevi pri pražnjenju, malokrvnost ili gubitak tjelesne težine), sa ranijim bolestima debelog crijeva (hronične zapaljenske bolesti, polipi, rak) i sa bolestima debelog crijeva-raka u porodici-kod bliskih rođaka **ne***

podvrgavaju se testiranju stolice na golim okom nevidljivo krvarenje (FOBT) VEĆ DIREKTNO idu na kolonoskopski pregled.

Primarna prevencija

Primarna prevencija podrazumjeva spriječavanje nastanka oboljenja putem uklanjanja štetnih djelovanja ili putem uvođenja pozitivnog ponašanja (stimulisanje pojedinaca na smanjenje prekomjerne tjelesne težine, primjenu dijeta sa izbacivanjem crvenog mesa, sa što više voća i povrća, ishranom sa dosta žitarica i podsticanje fizičke aktivnosti).

Savjetuje se:

- vježbati najmanje 30 minuta srednje ili snažne (energične) vježbe preko dnevnih aktivnosti, 5 ili više puta nedeljno
- jesti manje a češće
- konzumirati hranu bogatu kalcijumom (obrano ili mlijeko sa malo masti)
- ne pušiti cigarete ili duvan
- ne uzimati suvišnu količinu alkohola.