



CODUL BOLII (CIM-10):C.18-19

Cancerul cecului (joncțiunea ileocecală; valva ileocecală) - C18.0

Cancerul apendicelui vermiform - C18.1

Cancerul colonului ascendent - C18.2

Cancerul flexurii hepatice a colonului - C18.3

Cancerul colonului transvers - C18.4

Cancerul flexurii lienale - C18.5

Cancerul colonului descendent - C18.6

Cancerul colonului sigmoid - C18.7

Cancerul joncțiunii rectosigmoidiene - C19.0

Gruparea pe stadii

- **Stadiul 0** – TisN0M0; ● **Stadiul I** – T1-2N0M0; ● **Stadiul II** – T3-4N0M0; ● **Stadiul III** – orice TN1-3M0; ● **Stadiul IV** – orice T, orice NM1

Profilaxia primară

- Menținerea unei greutate corporale în limitele normei.
- Alimentația sănătoasă: consumul unei varietăți cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reducerea cantității de grăsimi de origine animală.
- Utilizarea suplimentelor alimentare cu acid folic și calciu.
- Reducerea cantității de alcool consumate.
- Abandonul fumatului.
- Activitatea fizică dozată vârstei.

Profilaxia secundară

- Test de sîngerare ocultă și tușeu rectal - anual în conformitate cu grupul de risc.
- RRS - o dată la 5 ani în conformitate cu grupul de risc.
- Irigoscopie - o dată la 5 ani în conformitate cu grupul de risc.
- FCS - o dată la 5 ani în conformitate cu grupul de risc.
- Referirea la specialist pentru tratament chirurgical și medicamentos al maladiilor precanceroase și de fond (polipii rectocolici, colita ulcerativă, maladia Crohn, fisurile anale cronice etc.)

Factorii de risc

Vîrsta

Riscul de apariție a CC crește considerabil după vîrsta de 50 de ani, crescînd exponențial cu înaintarea în vîrstă. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu CC au peste 50 de ani.

Istoricul medical familial (antecedentele eredo-colaterale)

Rudă de gradul întîii (părinți, frați, surori, copii) cu pacienți ce suferă de CC sau CCR (risc crescut de a dezvolta boala). Riscul de apariție a tumorii este corelat cu vîrsta la care aceasta a fost diagnosticată la membrii familiei.

● **Istoricul familial cu risc extrem de crescut pentru apariția CC:**

- ✓ prezența a cel puțin 3 cazuri de CC/CAR în familie, dintre care cel puțin un caz este o rudă de gradul întîii (părinte, frate, soră);
- ✓ CC/CAR familial, diagnosticat în două generații succesive (tată-fiu);
- ✓ CC/CAR la o rudă de gradul întîii, diagnosticat la o vîrstă de pînă la 50 de ani.

● **Afecțiunile familiale cu determinare genetică, care cresc riscul de apariție a CC:**

- ✓ polipoză adenomatoasă familială;
- ✓ cancer ereditar colorectal nonpolipozic.

Notă: Majoritatea persoanelor diagnosticate cu aceste 2 afecțiuni, dezvoltă la un moment dat CC/CAR, de aceea este importantă efectuarea controalelor medicale regulate și tratamentul acestor afecțiuni, pentru a oferi un prognostic cît mai favorabil.

Istoricul medical personal

- Riscul de a dezvolta CC crește în următoarele situații:
 - ✓ istoric personal pozitiv pentru neoplasm colorectal;
 - ✓ istoric personal pozitiv pentru alte tipuri de neoplasme, precum, cancerul ovarian, cancerul de endometru sau de sîn;
 - ✓ polipi intestinali și/sau rectali, rezecați sau nerezecați;
 - ✓ polipoză familială;
 - ✓ boala Crohn sau colită ulcero-hemoragică, cu evoluție îndelungată (mai mult de 10 ani);

Alimentația

- Alimentația bogată în calorii, predominant proteică sau lipidică (în special lipide de origine animală), diete sărace în calciu, cresc riscul apariției CC.

Fumatul

- Fumatul (în special fumatul excesiv) crește riscul de CC.

Consumul de alcool

- Persoanele care consumă mai mult de 2 prize de alcool în special țările, au un risc crescut pentru CC. O priză de alcool este egală cu: 50 ml băuturi alcoolice tari, sau 140 ml vin, sau 340 ml bere.

Greutatea corporală

- Persoanele supraponderale au un risc crescut de a dezvolta CC.
- Persoanele cu exces de țesut adipos abdominal (obezitate de tip masculin), au un risc mai mare de apariție a cancerului decît persoanele cu țesut adipos excesiv reprezentat la nivelul bazinului și coapselor (obezitatea de tip feminin).

Activitatea fizică

- Sedentarismul, lipsa exercițiului fizic regulat, asociate deseori și cu obezitatea, cresc riscul apariției CC.

Screeningul

● Grupul cu risc redus

- ✓ efectuarea testului de sîngerare ocultă la persoanele cu vîrstă > de 50 de ani – anual;
- ✓ efectuarea tușeului rectal la persoanele cu vîrstă > de 50 de ani – anual;
- ✓ RRS la persoanele cu vîrstă > de 50 de ani - fiecare 5 ani;
- ✓ Irigoscopie la persoanele cu vîrstă > de 50 de ani - fiecare 5 ani;
- ✓ FCS la persoanele cu vîrstă > de 50 de ani - fiecare 5 ani.

● Grupul cu risc mediu

- ✓ efectuarea testului de sîngerare ocultă la persoanele cu vîrstă > de 40 de ani – anual;
- ✓ efectuarea tușeului rectal la persoanele cu vîrstă > de 40 de ani – anual;
- ✓ RRS la persoanele cu vîrstă > de 40 de ani - fiecare 5 ani;
- ✓ Irigoscopie la persoanele cu vîrstă > de 40 de ani - fiecare 5 ani;
- ✓ FCS la persoanele cu vîrstă > de 40 de ani - fiecare 5 ani.

● Grupul cu risc înalt

- ✓ efectuarea testului de sîngerare ocultă de la vîrsta de 12-14 ani;
- ✓ efectuarea tușeului rectal de la vîrsta de 12-14 ani;
- ✓ FCS totală anual de la vîrsta de 12-14 ani.

Grupurile de risc

- **Grupul cu risc redus** include persoanele cu vîrsta de peste 50 de ani cu anamneza ereditară negativă.
- **Grupul cu risc mediu** include persoanele de toate vîrstele, care au una sau cîteva rude bolnave de CC/CAR.
- **Grupul cu risc înalt** include pacienții de toate vîrstele cu polipoză familială, cancer ereditar colorectal nonpolipozic, colită ulcerativă și maladia Crohn.

Manifestările clinice

Anamneza

- **Depistarea semnelor generale:**
 - ✓ slăbiciune,
 - ✓ fatigabilitate,
 - ✓ dispnee la efort fizic,
 - ✓ vertijuri,
 - ✓ palpitații,
 - ✓ pierdere ponderală,
 - ✓ inapetență,
 - ✓ febră.
- **Depistarea semnelor clinice de dereglări intestinale:**
 - ✓ dureri în abdomen,
 - ✓ scaun instabil,
 - ✓ peristaltism accentuat,
 - ✓ constipații, în special alternate de diaree,
 - ✓ prezența amestecurilor patologice în scaun (mucus, sînge, puroi sau combinația acestora),
 - ✓ determinarea palpatorie a tumorii intraabdominale,
 - ✓ senzație de defecare incompletă (scaun neterminat).
- **Depistarea semnelor clinice de concreștere în alte organe:**
 - ✓ eliminări de gaze și fecale pe căile urinare sau din vagin la femei,
 - ✓ vomă cu fecale,
 - ✓ dureri lombare.
- **Depistarea factorilor de risc pentru CC.**

Examenul fizic

- Semne clinice ale **sindromului dereglărilor generale**: paliditate, icter al tegumentelor, tahicardie, suflu sistolic la apex, febră etc.
- Semne clinice ale **tumorii palpabile în abdomen sau rect/vagin** - localizarea tumorii, mobilitatea, dimensiunile, consistența - la tușeu rectal.
- Semne ale **tulburării tranzitului intestinal** - asimetria și balonarea abdomenului, zgomote hidroaerice, accentuarea peristaltismului, rigiditatea peretelui abdominal la palpare, semnul Vahl etc.

Investigațiile paraclinice

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui (proteina generală, albumina, ureea, creatinina, bilirubina, glicemia, ALT, AST, fosfataza alcalină).
- USG organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal, bazinului.
- Microradiografia cutiei toracice.
- **Referirea la specialist pentru:** RRS cu prelevarea biopsiei sau irigoscopie, sau FCS cu prelevarea biopsiei și cu examinarea citologică și patomorfologică a biopstatului.

⚠ **Notă:** În cazul oricărei suspiecții de afecțiune tumorală sau netumorală a colonului, datele subiective și obiective nu sunt suficiente pentru a diferenția CC de alte maladii, în toate cazurile fiind recomandat următorul algoritm de cercetare:
tușeu rectal → RRS cu biopsie → irigoscopie → FCS cu biopsie
Aceste metode nu sunt competitive, ci complementare și necesită a fi efectuate în toate cazurile suspecte.

Complicațiile

- Oduzie intestinală (compensată, sub- și decompensată).
- Perforația intestinului (tumorală sau diastatică) cu dezvoltarea peritonitei stercorale.
- Proces inflamator perifocal, abces paratumoral.
- Hemoragie.

Referirea la specialist

- Se efectuează pentru orice caz de suspecție a patologiei colonului cu referire la oncologul raional și ulterior la proctologul IMSP Institutul Oncologic.

Prognosticul

- Diagnosticul de CC stabilit clinic și paraclinic, verificat radiografic, endoscopic și morfologic.
- Diagnosticul de polipi/polipoză rectocolică stabilit clinic și paraclinic, verificat radiografic, endoscopic și morfologic, cînd înlăturarea endoscopică în condiții de ambulator este imposibilă.
- Formele grave ale rectocolitei ulcerohemoragice și bolii Crohn.
- Fisurile anale cronice cu suspecție la malignizare.
- Urgențele medico-chirurgicale cu suspecție la CC.
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului.

Tratamentul

Principiile de tratament în CC:

- Scopul tratamentului radical în CC constă în vindecarea pacientului prin înlăturarea tumorii maligne colonice în limitele țesuturilor normale, conform standardelor mondiale moderne de tratament în CC.
- Metoda principală de tratament radical în CC este cea chirurgicală.
- Se efectuează conform indicațiilor specialiștilor din cadrul Institutului Oncologic în colaborare cu oncologul raional care stabilesc metodele de tratament corespunzător (radioterapie, tratament chirurgical, chimioterapie).
- Tratamentul paliativ este îndreptat spre ameliorarea calității vieții și spre majorarea supraviețuirii pacienților incurabili.

Supravegherea

- Pacienții se vor afla la supravegherea medicului de familie, oncologului raional, medicului specialist proctolog din Policlinica Oncologică.
- **Regimul de Supraveghere:**
 - ✓ primul și al doilea an – 1 dată în 3 luni;
 - ✓ din al 3-lea an – 1 dată în 6 luni;
 - ✓ după al 5-lea an – 1 dată în an toată viața.
- **Volumul cercetărilor:**
 - ✓ Examenul fizic (inspecția generală, palparea abdomenului și ariilor ganglionare, tușeu rectal etc.).
 - ✓ FCS (peste 1 an, apoi 1 dată în 3 ani).
 - ✓ Radiografia cutiei toracice (1 dată în an).
 - ✓ USG ficatului, spațiului retroperitoneal, bazinului (1-3 an – 1 dată în 6 luni; 4-5 an – 1 dată în an).
 - ✓ Referirea la specialist pentru efectuarea CEA (1-3 an – 1 dată în 3-6 luni; 4-5 an – 1 dată în 6-12 luni, dacă pînă la tratament nivelul CEA era mărit).

Supraviețuirea

Evoluția și prognosticul depind în cea mai mare măsură de stadiul CC în care pacientul este tratat.

- **Supraviețuirea la 5 ani:**
 - ✓ Stadiul Tis-1N0M0 - 95-98%
 - ✓ Stadiul T2N0M0 – 54-67%
 - ✓ Stadiile T1- 4N1-2M0 – 25-50%
 - ✓ Stadiul T1- 4N0-2M1 – mai puțin de 5%

Abrevierile folosite în document:

CC – cancer de colon
CCR – cancer colorectal

CEA – antigenul carcinoembrionar
FCS – fibrocolonoscopie

IMSP – instituție medico-sanitară publică
RRS – rectoromanoscopie