

## CANCERUL DE COLON – O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

E. Târcoveanu

Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

Cancerul de colon constituie o cauză majoră de morbiditate și mortalitate în lume, afectând 1 din 20 locuitori în țările dezvoltate și este a doua cauză de deces prin cancer, la ambele sexe, în Europa. Din această cauză, cancerul de colon reprezintă o problemă de sănătate publică în majoritatea țărilor europene, în America și chiar în Japonia. Schimbarea obiceiurilor alimentare și toxice în Japonia a dus la creșterea incidenței de la 10,9 la ‰ locuitori la bărbați și 9,7 la ‰ locuitori la femei în 1975, la 42,3 la ‰ locuitori la bărbați și, respectiv, 24,4 la ‰ locuitori la femei, în 1998. La sfârșitul anului 2007, în lume se vor înregistra aproximativ 1.000.000 cazuri noi de cancer colo-rectal și peste 500.000 de decese.

În țara noastră, incidența cancerului colorectal a crescut de la 13 ‰ în 1994 la 23‰ în 2002 [1].

Cercetările privind biologia moleculară a cancerului de colon, studiile de genomică tot mai aprofundate întrezăresc speranța controlului acestei boli. Singura șansă de a îmbunătăți supraviețuirea bolnavilor cu cancer de colon este diagnosticul precoce, managementul adecvat fiecărui stadiu în echipă multidisciplinară și supravegherea activă, sistematică, postterapeutică a tuturor bolnavilor inventariați într-o bază de date.

Dacă rezecția radicală cu limfadenectomie D3 oferă supraviețuire la 5 ani acceptabilă în stadiile I-III, în cazurile descoperite în stadiul IV, chiar în cele mai performante statistici, supraviețuirea nu depășește 14%, după tratamente complexe, scumpe și, pentru moment, puțin eficiente. Singur progres evident rămâne diagnosticul precoce. Studiile de genomică, biologie moleculară descifrează cauzele acestei maladii și modalitățile ei evolutive, iar rezultatele lor ar trebui să poată controla boala.

Tratamentul trebuie diferențiat pe stadii și adaptat fiecărui bolnav, care dezvoltă o formă particulară de boală.

Polipii malignizați în stadiul 0 (TisN0M0) sub 2 cm, cu infiltrație submucoasă sub 1000 μm, rezecați endoscopic, cu margini neinfiltate, cancer *in situ* bine diferențiat sau displazie severă, care au, de obicei, șansa să nu infiltreze limfonodulii, pot fi urmăriți colonoscopic [2].

Dacă polipul pediculat este peste 2 cm sau țesutul malign microscopic este slab diferențiat, dacă invazia submucoasă depășește 1000 μm sau bănuim interesarea chiar a unui singur limfonodul, se impune după polipectomie colectomia segmentară cu limfadenectomie.

În situația în care marginile rezecției endoscopice sunt pozitive, este obligatorie colectomia imediată [2].

În acest stadiu, colectomia laparoscopică este „gold standard” [3].

În stadiile I și II (orice T, N0, M0), în care apreciem că boala este localizată, chirurgia este tratamentul standard. În cazul tumorilor T3 se impune o limfadenectomie D3, cu disecția completă a tuturor limfonodurilor regionali, paracolici, intermediari și centrali (minim 14 limfonoduli extirpați și examinați) [4].

În stadiul III, în care se demonstrează invazia limfonodulară (orice TN1-3M0), existând riscul recidivei locale sau la distanță este necesară colectomia sectorială cu limfadenectomie D3, care este importantă pentru o corectă stadializare, fiind completată de chimioterapie adjuvantă. Chimioterapia adjuvantă este recomandată de unele studii chiar în stadiul II. Chimioterapia adjuvantă standard folosește leucovorin și oxaliplatin [5].

Cele mai dificile probleme le ridică bolnavii descoperiți în stadiul IV (orice T orice NM1). Cel mai frecvent, metastazele colorectale se dezvoltă în ficat (11-50%), peritoneu (6%), plămân (2%) și alte organe (oase, creier – 1%).

Metastazele hepatice sincrone se întâlnesc la 10% din bolnavii cu cancer colonic și constituie peste 50% din bolnavii care vor dezvolta recidivă. Din păcate, doar 30% din metastazele hepatice sunt rezecabile, indicațiile rezecției fiind: tumoare primară extirpată, absența diseminării în alte organe, cu excepția metastazelor pulmonare, absența recidivelor locale, absența invaziei limfonodurilor hepatice, operație fezabilă tehnic, rezervă funcțională hepatică adecvată.

Rezecția hepatică curativă asigură o supraviețuire la 5 ani între 10-52%, în funcție de gradul metastazelor hepatice. Autorii japonezi împart metastazele hepatice în trei stadii:

- A - sub 4 metastaze hepatice, cea mai mare metastază să nu depășească 5 cm, statusul limfonodular al tumorii colice primare N0N1 – cu supraviețuire la 5 ani de 53%;
- C – peste 4 metastaze hepatice, cea mai mare depășind 5 cm, status limfonodular al tumorii primare Ne, metastaze sincrone – supraviețuire la 5 ani de 10%;
- B – metastaze diferite de A și C, cu interesare limfonodulară N2 a tumorii colice primare – supraviețuire la 5 ani de 30% [6].

Metastazele nerezecabile, care au primit alte terapii, au o supraviețuire la 5 ani de 7% în clasa B și 14% în clasa A [7].

Pentru tumorile nerezecabile s-au imaginat, de-a lungul timpului, mai multe tehnici paleative care prelungesc supraviețuirea și, uneori, ameliorează calitatea vieții: alcoolizarea metastazelor, termonecroza prin radiofrecvență, microunde, vapori cu apă, crioterapia etc.

Pentru metastazele pulmonare se recomandă metastazectomia în condițiile în care nu există și alte localizări, funcția pulmonară este normală și pacientul are o condiție medicală bună.

Abordul laparoscopic câștigă tot mai mult teren în tratamentul chirurgical al cancerului de colon. În stadiile 0, I și II acesta reprezintă tratamentul standard. În stadiul III abordul laparoscopic este indicat în condițiile în care se realizează o disecție D3 a limfonodurilor după principiile oncologice. În stadiul IV, în unele cazuri se preferă abordul laparoscopic al cancerului de colon și rezecția clasică sau laparoscopică într-un singur timp a metastazelor hepatice [3].

Supravegherea activă a bolnavilor operați pentru cancer de colon, a bolnavilor cu risc crescut de a dezvolta această neoplazie (cancer polipozic, cancer familial, cancere colice multiple sincrone sau metacrone operate, polipectomii pentru cancer în stadiul 0) este esențială.

Cea mai importantă cale de a detecta în timp util apariția recidivelor și, mai ales, a metastazelor, este supravegherea sistematică a bolnavilor cu cancer de colon în stadiile I-III, care au beneficiat de rezecție radicală curativă, cu limfadenectomie D3, supraveghere care are, în plus, șansa să descopere și alte leziuni colice (polipi sau cancere metacrone).

Cea mai completă schemă de supraveghere este cea recomandată de Societatea Japoneză pentru Cancerul Colorectal, adaptată de noi, care recomandă:

- examen clinic și determinarea ACE (Antigenului Carcino-Embrionar) la fiecare 3 luni în primii 3 ani și la fiecare 6 luni până la 5 ani;
- ecografie abdominală și radiografie toracică la 6 luni până la 5 ani;
- computer tomografie toraco-abdominală și colonoscopie anual până la 5 ani [2].

Chirurgului, ca membru al echipei multidisciplinare care tratează cancerul de colon, îi revine un rol important în diagnostic, tratament și follow-up.

În prezent, eforturile, de altfel continui, de ameliorare a managementului cancerului colo-rectal, principalul generator de metastaze hepatice, sunt potențate în clinica noastră de

angajarea unui program de cercetare tip consorțiu (grant CEEX 122/2006), prin care sperăm să aducem contribuții practice la diagnosticul, tratamentul și follow-up-ul acestor tumori.

#### **BIBLIOGRAFIE**

1. Stanciu C, Trifan Anca, Cojocariu Camelia. Cancerul colorectal. In: Stanciu C, editor, *Ghiduri și protocoale de practică medicală în gastroenterologie, Vol. 1 Cancere digestive*. Iași: Editura Junimea; 2007. p. 61-94.
2. Okuno K. Surgical Treatment for Digestive Cancer. *Dig Surg*. 2007, 24 (2): 108-114.
3. Kitano S, Kitajima M, Konishi F, Kondo H, Satomi S, Shimizu N; Japanese Laparoscopic Surgery Study Group. A multicenter study on laparoscopic surgery for colorectal cancer in Japan. *Surg Endosc*. 2006; 20(9): 1348-1352.
4. Monga DK, O'Connell MJ. Surgical adjuvant therapy for colorectal cancer: current approaches and future directions. *Ann Surg Oncol*. 2006; 13(8): 1021-1034.
5. Goyle S, Maraveyas A. Chemotherapy for colorectal cancer. *Dig Surg*. 2005, 22(6): 401-414.
6. Sasson AR, Sigurdson ER. Surgical treatment of liver metastases. *Semin Oncol*. 2002; 29(2): 107-118.
7. Saunders M, Iveson T. Management of advanced colorectal cancer: state of art. *Br J Cancer*. 2006; 95(2): 131-138.