

PREVENCIÓ DEL CÀNCER COLORECTAL

1. És molt freqüent el càncer colorectal?

Al nostre país, el càncer de còlon i de recte, anomenat genèricament “càncer colorectal” (CCR), és la tercera neoplàsia més freqüent en homes i la segona en dones. Ara bé, quan es consideren els dos gèneres conjuntament passa a ser la primera. Actualment, a Espanya es diagnostiquen més de 26.000 nous casos cada any, dels qual prop de la meitat moren a conseqüència del mateix.

2. Qui té risc de desenvolupar un càncer colorectal?

Tant els homes com les dones poden desenvolupar un CCR. El risc de presentar-lo s'incrementa amb l'edat, de tal manera que en absència de factors de risc personals i/o familiars addicionals (veure més endavant), és infreqüent que es diagnostiqui aquest tumor abans dels 50 anys. A partir d'aquesta edat, el risc s'incrementa de manera exponencial.

Per altra banda, l'existència d'antecedents familiars de CCR així com l'antecedent personal de determinats tipus de pòlips colorectals o de formes de malaltia inflamatòria intestinal, poden augmentar el risc de desenvolupar aquesta neoplàsia.

3. Quins símptomes ens han de fer sospitar l'existència d'un càncer colorectal?

La presència d'un CCR pot manifestar-se en forma d'emissió de sang vermella per l'anús (rectorràgia), canvi en el ritme deposicional (diarrea o restrenyiment), dolor abdominal, o sensació de defecació incompleta o no satisfactòria (tenesme rectal). En altres ocasions, una analítica pot evidenciar anèmia per pèrdua crònica i imperceptible de sang a la femta.

És important assenyalar, però, que aquests símptomes no són exclusius del CCR, i que en el cas de la major part de la gent que els presenta són deguts a patologia benigna. Per tant, la seva aparició no ens ha d'intranquil·litzar però sí motivar una consulta amb el nostre metge, qui decidirà si cal fer alguna exploració.

4. Quina dieta i/o estil de vida pot ajudar-nos a prevenir el càncer colorectal?

Tot i que la influència real de la dieta en el risc de desenvolupar un CCR és controvertida i, en molts aspectes, no ben establerta, es recomana seguir una dieta rica en fibra, vegetals i fruita, i moderar el consum de carn vermella, en especial la cuinada amb un punt de cocció molt alt.

Per altra banda, també es recomana no fumar, reduir el consum de begudes alcoholiques, i fer exercici moderat.

5. En absència d'antecedents familiars o personals que predisposin al càncer colorectal, què podem fer per a prevenir-lo o detectar-lo precoçment?

Com s'ha comentat anteriorment, el risc de desenvolupar un CCR s'incrementa a partir dels 50 anys d'edat. En aquest grup de risc intermedi s'ha demostrat que la instauració de mesures de detecció precoç (cribratge) millora el pronòstic al identificar lesions premalignes (pòlips adenomatosos o adenomes) o malignes en una fase primerenca del seu desenvolupament i, per tant, susceptibles de tractament curatiu.

Les estratègies de cribratge actualment acceptades són la realització d'una prova per a la detecció de sang oculta a la femta cada 1 ó 2 anys (seguida de colonoscòpia quan el resultat és positiu), la realització d'una sigmoidoscòpia (exploració endoscòpica de la part final del còlon) cada 5 anys (seguida de colonoscòpia en cas que es detecti una lesió), i la exploració completa del còlon mitjançant **colonoscòpia** cada 10 anys o colonografia per TC cada 5 anys.

6. Quan s'ha de sospitar que estem davant d'una forma hereditària de càncer colorectal?

Existeixen dos grans grups de malalties hereditàries que predisposen al CCR: les síndromes polipòsiques i el càncer colorectal hereditari no associat a poliposi (CCHNP). En la primera entitat, el diagnòstic acostuma a ser relativament senzill degut a la presència de desenes, centenars o, fins i tot, milers de pòlips en el còlon i/o recte. A més, a la majoria de casos hi ha antecedents a la família d'aquestes alteracions. Pel que fa al CCHNP, cal sospitar-ho davant la presència d'antecedents familiars de CCR o altres neoplàsies relacionades (com el càncer d'endometri, budell prim, estómac i sistema urinari, entre d'altres), o quan el càncer es diagnostica abans dels 50 anys o el pacient en presenta o n'ha presentat més d'un.

7. Què podem fer per a prevenir el càncer colorectal a la poliposi adenomatosa familiar?

Entre les diferents síndromes polipòsiques, la més freqüent és la poliposi adenomatosa familiar (PAF). Es tracta d'una malaltia hereditària caracteritzada per la presència de centenars de pòlips adenomatosos que entapissen el còlon i/o recte, i que comporta un risc de desenvolupar un CCR proper al 100% si no s'actua de manera preventiva. Així, quan s'estableix el diagnòstic de PAF cal actuar amb diligència per tal d'eliminar tots els pòlips, ja sigui mitjançant tractament endoscòpic (polipectomia) o cirurgia (resecció del còlon i/o recte). A més, està al nostre abast identificar la mutació en els gens responsables de la malaltia (APC i MYH), de tal manera que podem dur a terme el diagnòstic presimptomàtic (és a dir, abans que apareguin els pòlips) en els familiars de la persona afectada. Aquestes anàlisis cal realitzar-les en el context del consell genètic en centres especialitzats.

8. Què podem fer per a prevenir el càncer a la síndrome de Lynch (o càncer colorectal hereditari no associat a poliposi)?

La síndrome de Lynch representa la forma de CCR hereditari més freqüent. Al igual que a la PAF, es coneix la causa de la malaltia –presència de mutacions en els gens reparadors de l'ADN–, de tal forma que podem identificar els familiars que han heretat la mutació responsable i prevenir en ells l'aparició del CCR mitjançant la realització de colonoscòpies periòdiques que permeten detectar les lesions precursors –adenomes– o els tumors en una fase molt primerenca del seu desenvolupament.

9. A banda de les formes hereditàries ben establertes, l'existència d'antecedents familiars de càncer colorectal incrementa el risc de patir aquesta malaltia?

A banda de les síndromes polipòsiques i del CCHNP, l'existència d'antecedents familiars de CCR incrementa el risc de patir aquesta malaltia. Aquest risc és més gran en funció del grau de parentiu (quant més proper, major risc), del nombre de familiars afectes (quants més familiars, major risc), i de l'edat de diagnòstic (quant més jove, major risc). En base a aquests factors, cal dissenyar l'estratègia de cribratge més adient.

10. Tots els pòlips colorectals són malignes? Tots s'han d'extirpar?

No, en absolut. La major part són benignes i només alguns poden donar lloc a un CCR. Tanmateix, donat que la majoria de pòlips tenen un aspecte molt semblant, es recomana extirpar-los tots i, d'aquesta manera, poder-los analitzar adequadament.

11. Si ens han detectat un adenoma colorectal, hem de seguir alguna vigilància?

Els adenomes o pòlips adenomatosos són els que, en ocasions, poden donar lloc a un CCR si no s'extirpen. Un cop ressecats, l'anàlisi microscòpica ens informarà de les seves característiques específiques i, en conseqüència, del risc que hi hagués hagut en cas que no s'hagués extirpat. Per altra banda, els individus que han presentat

un adenoma tenen una major probabilitat de tenir-ne més al llarg del seu seguiment. Per aquest motiu es recomana que aquelles persones que hagin presentat un adenoma s'incloguin en un programa de vigilància mitjançant **colonoscòpia**. La freqüència amb que s'han de fer aquestes exploracions depèn de les característiques dels pòlips, habitualment cada 3-5 anys i només excepcionalment amb intervals menors.

12. Si patim una malaltia inflamatòria intestinal (colitis ulcerosa o malaltia de Crohn), tenim un major risc de desenvolupar un càncer colorectal? Què hem de fer?

Alguns tipus de malaltia inflamatòria intestinal, concretament la colitis ulcerosa i les formes colòniques de malaltia de Crohn, s'associen a un risc incrementat de CCR en determinades situacions (afectació molt extensa del còlon i malaltia de llarga durada –més de 8-10 anys–). Quan es donen aquestes circumstàncies, es recomana efectuar una vigilància **endoscòpica** amb una periodicitat que dependrà de l'afectació i de les lesions que es detectin.

13. Si ja hem tingut un càncer al còlon o al recte, podem tenir-ne un altre? Què podem fer per a evitar-lo?

De manera semblant al que hem esmentat en l'apartat dels pòlips, les persones que han presentat un CCR tenen un risc incrementat per a desenvolupar noves lesions amb el pas dels anys, ja siguin pòlips o un segon CCR. Per aquest motiu, es recomana incloure aquests pacients en un programa de vigilància periòdica mitjançant **colonoscòpia**.