

Ce este și cum  
putem preveni

# **CANCERUL COLORECTAL**





# CUPRINS

CE ESTE CANCERUL COLORECTAL _____	2
INCIDENȚA CANCERULUI COLORECTAL ÎN ROMÂNIA _____	3
ISTORIA NATURALĂ A CANCERULUI COLORECTAL _____	4
CARE SUNT FACTORII DE RISC _____	5
DEPISTAREA CANCERULUI COLORECTAL _____	6
TESTUL FIT _____	7
COLONOSCOPIA _____	8
CE SE ÎNTÂMPLĂ ÎN TIMPUL COLONOSCOPIEI _____	10
CE SE ÎNTÂMPLĂ DUPĂ COLONIOSCOPIE _____	11

Cancerul colorectal (CCR) este o afecțiune în care celulele maligne (canceroase) se formează în colon sau rect. Astfel, se mai numește și cancer de colon, respectiv cancer rectal. Cancerul de colon și cancerul rectal sunt adesea grupate împreună sub denumirea de cancer colorectal, deoarece au multe caracteristici comune.

Celulele normale ale colonului (cea mai lungă parte a intestinului gros) și rectului (ultimii câțiva centimetri ai intestinului gros, înainte de anus) pot avea, uneori, o creștere anormală ducând la apariția de polipi, formațiuni benigne, care însă, uneori, se pot transforma în cancer, ducând la apariția **cancerului colorectal**.

**În Europa**, cancerul colorectal este al 3-lea cel mai frecvent cancer la bărbați și al 2-lea ca frecvență la femei, cu o mortalitate de 247.842 cazuri (160.022 cancer de colon, 83.466 cancer rectal) și reprezintă 27,4% din cazurile de deces la nivel mondial, în 2022.

Din fericire, ultimii 30 de ani au adus progrese impresionante în înțelegerea mecanismelor de producere ale CCR, metodelor de diagnostic și de tratament.

Astfel, rata de supraviețuire este astăzi de 60% iar probabilitatea de supraviețuire crește la 85% în cazul în care acest tip de cancer este tratat în centrele speciale, dedicate, folosind metodele moderne de tratament.



**În țara noastră**, cancerul colorectal reprezintă o cauză importantă de îmbolnăvire și deces. Acest tip de cancer este, la ora actuală, a doua cauză de mortalitate prin cancer în România, după cancerul pulmonar, la ambele sexe (peste 7.300 decese anual) iar ca incidență ocupă locul al doilea la femei și locul trei la bărbați, conform *Globocan 2022*.

## INCIDENȚA CANCERULUI COLORECTAL ÎN ROMÂNIA

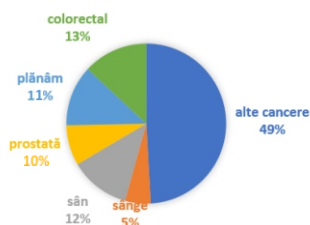
Cancerul de colon și rect reprezintă unul dintre cel mai des întâlnite cancere în populația României, în anul 2020 fiind depistați aproximativ 13.000 de pacienți și constatate aproximativ 7.000 de decese, având astfel o rată de mortalitate de circa 54%.

### În România, cancerul colorectal:

- Este cel mai frecvent cancer, la ambele sexe împreună
- Este al doilea cancer, ca mortalitate, la ambele sexe împreună

De asemenea, în România se constată o proporție mai mare de cancere colorectale în mediul urban față de cel rural (incidența între 2015 - 2019 a fost de 1,5 ori mai mare în mediul urban) dar acest lucru este legat și de accesul la îngrijiri medicale și la examene colonoscopice, în mediul urban.

NUMĂRUL DE CAZURI NOI, ÎN ROMÂNIA 2022  
AMBELE SEXE, TOATE GRUPELE DE VÂRSTĂ



După *The Global Cancer Observatory* – Ianuarie 2025

### ➡ DAR... CANCERUL POATE FI PREVENIT!

Orice boală este mai ușor de vindecat, dacă este depistată rapid.

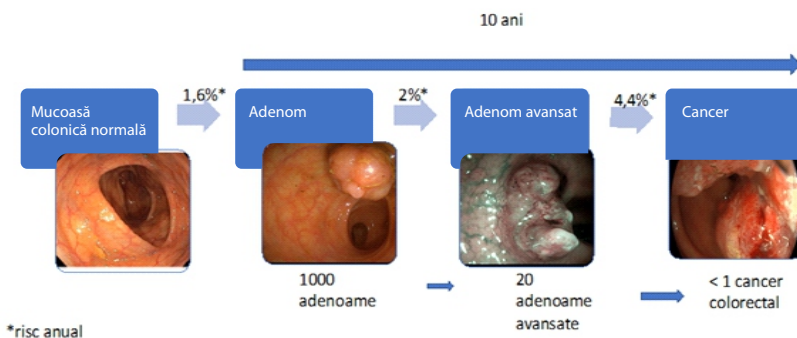
Haideți să aflăm cum...

Riscul de cancer colorectal crește odata cu vârsta, cea mai afectată grupă de vârstă fiind 60-79 ani. Cele mai multe persoane cu cancer colorectal sunt diagnosticate la vârsta de peste 50 de ani.

### ➡ 90% DIN CANCERELE DEPISTATE DEVREME SE POT VINDECA!

## Istoria naturală a cancerului colorectal

Este posibil ca o persoană din 20-30 să dezvolte un cancer colorectal, în decursul vieții. CCR poate afecta 4% dintre bărbați și 2% dintre femei.



### Strategia de screening include mai multe metode:

- **FIT (test fecal imunologic)** sau **test Hemocult**: sunt teste de depistare a sângerărilor oculte (invizibile) din scaun;
- **colonoscopia**: metoda esențială de diagnostic, urmărire a pacienților și tratament a acestora - este singura metoda nechirurgicală, care permite excizia polipilor (leziunile din care se dezvoltă cancerul);
- **sigmoidoscopia flexibilă**: evaluarea porțiunii inferioare a intestinului gros;
- **colonoscopia virtuală CT**: examinarea se face cu aceeași pregătire ca și la colonoscopia clasică, dar se folosește un examen tomografic și un program de calculator. Permite vizualizarea colonului exact ca în timpul colonoscopiei clasice, dezavantajul fiind că nu se pot extrage polipii;
- administrarea **capsulei endoscopice** pentru colon este o metodă ușor acceptată de către pacient. În prezent costul este crescut și dezavantajul este ca nu oferă posibilitatea de biopsie sau de excizie a polipilor.
- efectuarea **consultului de oncogenetică** și a **testelor genetice**, în cazul rudelor pacienților care suferă de anumite sindroame genetice, cu risc crescut pentru apariția cancerului colorectal. De regulă, acești pacienți, care au un istoric familial, trebuie îndrumați direct către medicul specialist oncolog sau gastroenterolog și nu este nevoie de test fecal FIT.

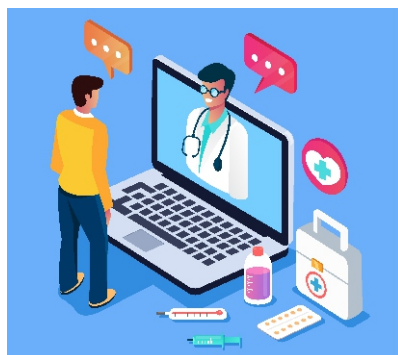


Aceste politici de screening sunt implementate de majoritatea țărilor Europene. Ele se adresează persoanelor care nu au simptome digestive și au împlinit vârsta de 50 de ani, dar și persoanelor cu risc crescut (în general, cei cu anumite boli, cu rude care au cancer de colon sau polipi), așa cum se poate observa în tabelul următor:

Nivel de risc	Categorie de populație
Risc moderat (80% din CCR)	Femei și bărbați > 50 ani, asimptomatici
Risc crescut (15-20% din CCR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente personale de adenom sau CCR</li> <li>- Antecedente familiale de CCR sau adenom &gt; 1cm la rudele de gradul 1, înaintea vârstei de 65 ani</li> <li>- Patologie intestinală inflamatorie cronică (boala Crohn, rectocolită hemoragică)</li> </ul>
Risc foarte crescut (1-3% din CCR)	Predispoziție ereditară: polipoză adenomatoasă familială; sindrom Lynch

## CARE SUNT FACTORII DE RISC?

- Vârsta peste 50 ani
- Bolile inflamatorii intestinale (Boală Crohn, rectocolită ulcerohemoragică)
- Sindroamele genetice - cum ar fi sindromul Lynch, sindromul Turcot, polipoza asociată mutației genei MUTYH, sindromul Peutz-Jeghers – într-un procent de 5-10% dintre persoanele care dezvoltă cancer colorectal moștenesc anumite mutații genetice
- Antecedentele familiale de cancer sau polipii adenomatoși la rude de gradul I



- Antecedentele personale de: polipi și adenoame, mai ales depistați la vârste tinere, cancer colo-rectal și acromegalia.
- Stilul de viața – obezitatea, sedentarismul, fumatul, alcoolul, unii factori alimentari (exces de carne roșie și carne procesată tip mezeluri)

Dacă recunoașteți unul din factorii de risc de mai sus, este necesar să vă faceți screening-ul cu ajutorul FIT, urmat, dacă este cazul, de examenul colonoscopic.

➔ **DISCUȚAȚI, DECI, CU MEDICUL DUMNEAVOASTRĂ DE FAMILIE!**

## STILUL DE VIAȚĂ

Este cunoscut și demonstrat științific faptul că, un mod de viață sănătos, cu evitarea factorilor de risc (obezitatea, lipsa activității fizice, fumatul, consumul de alcool și unii factori alimentari), poate preveni cel puțin o treime din cancere.



Depistarea precoce și tratamentul curativ pot evita decesul prin cancer la încă o treime din bolnavi, iar tratamentul durerii și cel paliativ corect pot crește durata și calitatea vieții pentru o altă treime din bolnavi, a căror maladie nu este curabilă.

## DEPISTAREA CANCERULUI COLORECTAL

În prezent, peste jumătate din pacienți sunt diagnosticați în stadii avansate de boală. Un progres important îl constituie metodele de prevenție care permit un diagnostic precoce.

Metodele de detectare precoce, screening-ul și supravegherea persoanelor asimptomatice după vârsta de 50 de ani, cresc substanțial șansele de tratament eficient și de supraviețuire. La ora actuală cancerul colorectal poate fi prevenit, astfel încât peste o treime din decesele cauzate de acesta ar putea fi evitate.



Probabil că cea mai înțeleaptă abordare, acum, este testul fecal imunologic (FIT) pentru detecția hemoragiilor în scaun. În cazul unui test pozitiv pacienții vor fi supuși colonoscopiei. Colonoscopia poate detecta leziuni, polipi care pot fi excizati endoscopic sau poate pune diagnosticul de cancer colorectal. Evident că șansa depistării precoce a unor tumori este mult crescută prin această abordare.

## **1. TESTUL FIT**

Acest test efectuat regulat, o dată la 2 ani, poate ajuta la prevenirea cancerului colorectal sau la depistarea lui din timp. Este important să faceți acest test chiar dacă nu vă supără nimic.

Probabil că cea mai înțeleaptă abordare, acum, este testul fecal imunologic (FIT) pentru detecția hemoragiilor în scaun. În cazul unui test pozitiv pacienții vor fi supuși colonoscopiei. Colonoscopia poate detecta leziuni, polipi care pot fi excizati endoscopic sau poate pune diagnosticul de cancer colorectal. Evident că șansa depistării precoce a unor tumori este mult crescută prin această abordare.

## **DE CE SĂ FACEȚI UN TEST FIT?**

- Este ușor de făcut – într-un tub se pun câteva grame de materii fecale
- Este nedureros, neinvaziv
- Este extrem de performant

Testul FIT pozitiv trebuie urmat de o colonoscopie, în timpul căreia se pot îndepărta polipii și astfel, se poate preveni cancerul.

## TESTUL FIT POZITIV:

- În 3 din 10 cazuri nu sunt leziuni
- În 5/10 cazuri sunt polipi care sunt extrași la colonoscopie
- În 1/10 cazuri un cancer, precoce diagnosticat, va fi vindecat prin tratament
- În 1/10 cazuri cancerul avansat poate fi tratat

**Daca știți că aveți rude de gradul I cu cancer de colon sau cu polipi în antecedente, ar fi foarte bine să discutați cu medicul de familie sau cu medicul gastroenterolog și veți putea efectua direct colonoscopia.**



## Ce trebuie făcut dacă testul FIT este pozitiv?

**Nu trebuie să vă alarmați!** În 30% din cazuri testul FIT poate fi pozitiv la persoane care nu au leziuni canceroase sau pre-canceroase. Este necesar să vă adresați medicului de familie și apoi, celui mai apropiat serviciu de gastroenterologie, în vederea programării pentru un consult.

## 2. COLONOSCOPIA

### Cum ar putea ajuta colonoscopia?

**Colonoscopia** este o investigație ce permite medicului să observe interiorul intestinului gros (rectul și colonul) și ultimii cm din ileon (partea finală a intestinului subțire), cu ajutorul unui instrument (tub flexibil), numit **colonoscop**.

Colonoscopia este necesară în toate cazurile FIT pozitive. Consultul gastroenterologic și examenul colonoscopic reprezintă următorii pași după un test FIT pozitiv.

Colonoscopia se realizează prin introducerea tubului flexibil prin anus în rect și apoi, mai departe, de-a lungul colonului. Colonoscopul este prevăzut cu o mini cameră și o sursă de lumină. Imaginile captate de către mini cameră sunt transmise la un monitor video, unde sunt studiate de către endoscopist.

Au fost făcute progrese tehnice majore:

- imaginile sunt de calitate HD
- pot fi folosite filtre digitale, care permit realizarea de adevărate biopsii virtuale
- există o funcție de zoom, care permite detalierea tipului de leziune.



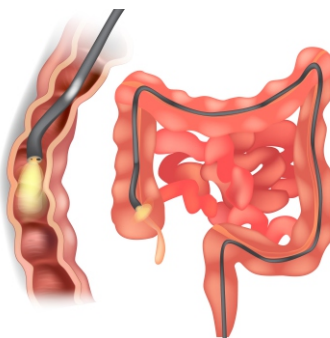
Recent au fost introduse în practica curentă proceduri care folosesc inteligența artificială, care cresc performanța examinării prin detecția polipilor adenomatoși (leziuni pre-canceroase), proceduri care ușurează munca medicului și îmbunătățesc calitatea examinării.

Colonoscopia este necesară deoarece testul FIT nu poate recolta probe din leziune pentru a pune un diagnostic de certitudine și nici nu poate extirpa leziunea în cazul în care aceasta există.

## Ce pregătiri sunt necesare?

Este nevoie de respectarea unor restricții alimentare și de ingerarea unui lichid care va ajuta la curățarea intestinului. Aceste lucruri pot determina un anumit disconfort și o teamă, dar aceasta este total nejustificată.

Progresele recente sunt uluitoare: se poate efectua examinarea cu minime restricții alimentare în pre-ziaua examinării, un regim sărac în fibre vegetale fiind la fel de eficace ca un regim strict cu lichide. Medicul vă va comunica ce restricții alimentare vor fi și ce metodă de curățare a intestinului veți folosi, recomandându-vă un anumit preparat. Curățarea colonului este esențială pentru această procedură pentru a fi corect examinat.



Metodele moderne de curățare a colonului presupun ingestia unei cantități de apă împreună cu o substanță laxativă. În funcție de ora efectuării colonoscopiei, acestea se administrează fracționat, în seara dinainte și în dimineața examinării, sau integral în dimineața examinării.

**➔ URMAȚI SFATURILE MEDICULUI ÎNTOCMAI!**

## Pot să îmi continui medicația actuală?

Majoritatea medicamentelor pot fi continuate normal, dar unele pot interfera cu pregătirea colonului. Discutați cu medicul gastroenterolog despre medicația actuală în cazul tratamentelor cu aspirină, antiinflamatoare, anticoagulante (acenocumarol, noile anticoagulante orale), clopidogrel. De asemenea, menționați ce alergii la medicamente aveți. Dacă aveți orice fel de întrebări, ele se adresează medicului gastroenterolog sau anestezistului.

## Ce se întâmplă în timpul colonoscopiei?

Colonoscopia se face cu sedare asistată de medicul anestezist. Sedarea implică administrarea unor substanțe cu efect de relaxare și diminuare a durerii. Revenirea din sedare se face imediat după terminarea procedurii.

Puteti simți o presiune, balonare sau crampe după colonoscopie, care însă se remit rapid.

Procedura durează un timp variabil, fiind impusă o examinare a mucoasei timp de minimum 6-10 minute. Cu ajutorul computerului s-a îmbunătățit calitatea procedurii, crescând astfel rata de detectare a leziunilor.



## Ce se întâmplă dacă la colonoscopie se găsesc polipi sau adenome?

Dacă medicul consideră că o anumită zonă necesită teste suplimentare, el poate realiza mici biopsii (prelevarea de mici fragmente din mucoasa intestinală) pe parcursul procedurii. Biopsiile sunt utile pentru a diagnostica o varietate mare de

patologii, nu numai cancer. Medicul poate descoperi polipi și îi va rezeca în timpul endoscopiei. Procedura se numește "polipectomie" și nu este dureroasă.

**Polipii** sunt formațiuni anormale ale mucoasei, de obicei benigne (necanceroase). Mărimea lor variază de la câțiva milimetri până la câțiva centimetri. Unii polipi sunt denumiți **adenoame**. Acestea sunt leziunile care în timp (3-11 ani) pot evolua către cancer colorectal, fiind leziuni pre-canceroase. Deoarece cancerul colorectal începe, aproape întotdeauna, de la un adenom, rezecția lor este o metodă importantă pentru a preveni cancerul colorectal.

Se știe ca în țările unde există programe de screening, după aproximativ 10 ani de la implementare, numărul de cancere de colon a scăzut semnificativ statistic. Efectuarea unei colonoscopii asigură o protecție de până la 20 de ani: cu alte cuvinte, în funcție de leziunile descoperite, este posibil să intrați într-un program de urmărire și evaluare, prin efectuare de colonoscopii din 5 în 5 ani. Dar, efectuarea unei singure colonoscopii, cu rezultate bune, va îndepărta semnificativ riscul de cancer de colon pentru următoarele două decade.

## Ce se întâmplă după colonoscopie?

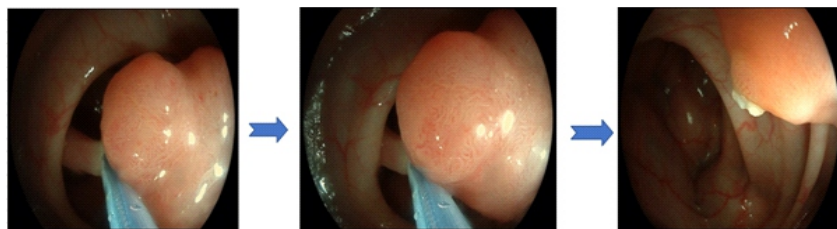
O să fiți monitorizați, în sala de post-intervenție, până trece efectul sedării. Este posibil să aveți crampe abdominale sau balonare din cauza aerului introdus în timpul procedurii. Acestea vor trece repede, prin eliminarea gazelor. O abordare modernă presupune introducerea de dioxid de carbon în locul aerului, procedura devenind și mai puțin dureroasă deoarece CO<sub>2</sub> se elimină rapid prin respirație.

Medicul vă va explica rezultatele procedurii. Dacă s-au efectuat biopsii, rezultatele acestora vor fi disponibile după câteva zile. La colonoscopie trebuie să veniți însoțit de un aparținător deoarece după o colonoscopie cu sedare nu este recomandat să conduceți autovehicule sau să efectuați activități ce necesită atenție sporită, judecata și reflexele putând fi modificate pe parcursul zilei. În mod normal veți putea mânca după procedură, dar medicul vă poate limita alimentația și activitățile, mai ales după polipectomie. Medicul vă va sfătui în legătură cu toate acestea, după efectuarea procedurii.

## Care sunt complicațiile posibile după colonoscopie?

Colonoscopia și polipectomia sunt, în general, proceduri fără riscuri

majore. Însă, ca în cazul oricărui gest medical, pot surveni complicații, inclusiv cele legate de sedare. Veți discuta cu medicul gastroenterolog și medicul anestezișt despre aceste riscuri în cazul dumneavoastră și se vor adopta toate măsurile pentru ca aceste riscuri să fie minime.



*Îndepărtarea unui polip.*

O posibilă complicație este perforația, adică ruptura peretelui colonului, care poate să necesite închiderea în timpul colonoscopiei, prin aplicarea unor agrafe metalice sau, ulterior, prin intervenție chirurgicală.

Sângerarea, o altă posibilă complicație, poate să apară la locul polipectomiei sau biopsiei, dar este cel mai frecvent minoră, fiind considerată parte a gestului de polipectomie. Sângerarea se poate opri singură sau poate fi oprită de către medic, prin anumite metode, în timpul colonoscopiei. Rar apar hemoragii la distanță și care să necesite tratament la zile sau săptămâni după efectuarea colonoscopiei.

Din fericire aceste complicații sunt foarte rare și echipa medicală va lua toate măsurile de prevenție.

Se consideră că, la ora actuală, colonoscopia este metoda de aur care scade riscul de cancer de colon și care este sigură, repetabilă și din ce în ce mai performantă.

**➡ VORBIȚI CU MEDICUL DE FAMILIE DESPRE COLONOSCOPIE ȘI IMPORTANȚA EI ÎN PREVENIREA CANCERULUI COLORECTAL!**





Infomațiile din acest material nu înlocuiesc sfaturile medicului dumneavoastră, cu care trebuie să rămâneți în legătură pe durata tratamentului.

RO-EZC-2024011501



**Mayoly Romania SRL**  
Eminescu Office Building  
Strada Mihai Eminescu 108-112, 020082  
București, Sector 2, România  
Telefon: +40 371 575 757