

### **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 tots dos gèneres conjuntament, passa a ser la primera. Actualment, es diagnostiquen a Espanya més de 26.000 nous casos cada any, dels quals prop de la meitat moren a conseqüència d'aquesta patologia.

### **Qui té risc de desenvolupar un càncer colorectal?**

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

El CCR es desenvolupa a partir d'una lesió precursora que és benigna: els pòlips. Els pòlips són com petits "bonys" que creixen cap a l'interior de l'intestí. Els que tenen potencial de degeneració poden ser de dos estirps: adenoma i pòlip serrat. Els pòlips són molt freqüents a partir dels 50 anys, de manera que s'estima que fins a un 50% de la població general de més de 50 anys en té algun. Tot i que tots els CCR s'originen en un pòlip, s'estima que només un 5% dels pòlips acabarien degenerant i que trigarien de 10 a 15 anys en fer-ho. L'exèresi endoscòpica d'aquests pòlips (polipectomia) permet disminuir aquest risc de CCR de forma dràstica. És aconsellable que els individus amb pòlips de tipus adenoma o pòlip serrat, segueixin controls amb colonoscòpia.

D'altra banda, l'existència d'antecedents familiars de CCR així com l'antecedent personal de malaltia inflamatòria intestinal, poden augmentar el risc de desenvolupar aquesta neoplàsia.

### **Quins símptomes han de dur a sospitar l'existència d'un càncer colorectal?**

El CCR, com tants altres càncers, sol passar desapercbut i no donar símptomes fins a fases avançades.

Els símptomes associats al CCR poden ser: emissió de sang vermella per l'anús (rectorragia), canvis en el ritme deposicional (diarrea o restrenyiment), dolor abdominal, o sensació de defecació incompleta o no satisfactòria (tenesme rectal). En altres ocasions, una anàlítica pot evidenciar anèmia per pèrdua crònica i imperceptible de sang a la femta.

És important destacar, però, que aquests símptomes no són exclusius del CCR, i en la majoria de les persones que els presenten, són deguts a patologia benigna. Per tant, la seva aparició no

ha de neguitejar-nos però sí motivar una consulta amb el nostre metge, que decidirà si procedeix realitzar alguna exploració.

D'altra banda, cal tenir en compte que el CCR és un dels pocs càncers que es poden diagnosticar precoçment, és a dir, abans que la persona noti cap símptoma. Aquesta detecció es farà en individus asimptomàtics a través de les proves de cribratge que s'expliquen més avall.

## **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, verdura i fruita, i moderar el consum de carns vermelles, especialment les preparades amb un punt de cocció molt alt.

D'altra banda, també es recomana no fumar, reduir el consum de begudes alcohòliques, i fer exercici físic moderat.

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

Com s'ha comentat anteriorment, el risc de desenvolupar un CCR augmenta 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 en identificar lesions premalignes (pòlips adenomatosos o adenomes i pòlips serrats) o malignes en una fase primerenca del seu desenvolupament i, per tant, susceptibles de tractament curatiu.

Les estratègies de cribratge actualment acceptades a nivell mundial consisteixen en la realització d'una prova per a la detecció de sang oculta en femta cada 1 o 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 de detectar una lesió), i l'exploració completa del còlon mitjançant colonoscòpia cada 10 anys o colonografia per TC cada 5 anys.

Actualment a Catalunya hi ha un programa de cribratge de CCR poblacional. Aquest programa, que inclou a tots els individus de 50 a 69 anys d'edat, asimptomàtics i sense antecedents personals ni familiars de CCR, està basat en el test de detecció de sang oculta en femta immunològic. Aquest test consisteix en un kit que, amb una petita mostra de femta, permet detectar aquells individus amb una alta taxa d'hemoglobina (sang) microscòpica en la femta. En cas que el test sigui positiu, es realitzarà una colonoscòpia que permetrà detectar el CCR i/o eliminar els pòlips (polipectomia) per així prevenir la futura aparició de CCR. Perquè aquesta estratègia sigui eficaç, el test s'ha de realitzar cada dos anys.

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

Hi ha dos grans grups de malalties hereditàries que predisposen al CCR: les síndromes polipòsiques i la síndrome de Lynch. A la primera entitat, el diagnòstic acostuma a ser relativament senzill a causa de la presència de desenes, centenars o, fins i tot, milers de pòlips en el còlon i/o recte. A més, en la majoria de casos hi ha antecedents familiars d'aquestes alteracions. Pel que fa a la síndrome de Lynch, cal sospitar-la davant la presència d'almenys 2 antecedents familiars de CCR o altres neoplàsies relacionades (com el càncer d'endometri, intestí prim, estómac i sistema urinari, entre d'altres), o quan el càncer es diagnostica abans dels 50 anys o el pacient presenta, o ha presentat, més d'una neoplàsia.

## **Què podem fer per prevenir el càncer colorectal a les poliposis?**

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. Aquest fet 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 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 pre-sintomàtic (és a dir, abans que apareguin els pòlips) en els familiars de la persona afectada. Aquestes anàlisis s'han de fer en el context del consell genètic en centres especialitzats.

Una altra forma de poliposi és la síndrome de poliposi serrada. Aquest es caracteritza per la presència de múltiples pòlips d'una estirp diferent, coneguts com a pòlips serrats. No es coneix la causa genètica d'aquesta entitat, encara que se sap que s'associa a un risc augmentat de CCR (risc acumulat del 15%). S'aconsella extirpar tots els pòlips i realitzar colonoscòpies periòdiques per disminuir el risc de CCR. En alguns casos en que no s'aconsegueixen reseccar tots els pòlips amb endoscòpia, s'aconsella realitzar una extirpació total del còlon mitjançant cirurgia (colectomia) per així evitar la possible aparició d'un CCR.

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

La síndrome de Lynch representa la forma de CCR hereditari més freqüent. Igual que en la PAF, es coneix la causa de la malaltia (presència de mutacions en els gens reparadors de l'ADN), de manera que podem identificar els familiars que han heretat la mutació responsable i prevenir-hi 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.

## **A part de les formes hereditàries ben establertes, ¿l'existència d'antecedents familiars de càncer colorectal incrementa el risc de patir aquesta malaltia?**

A part de les síndromes polipòsiques i de la síndrome de Lynch, 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 (com més proper, més risc), del nombre de familiars afectes (com més familiars, més risc), i de l'edat al diagnòstic (com més jove, més risc). En base a aquests factors, es dissenya l'estratègia de cribratge més adequada.

## **Tots els pòlips colorectals són malignes? S'han extirpar tots?**

No, en absolut. La major part són benignes i només alguns poden donar lloc a un CCR. No obstant això, atès que la majoria de pòlips tenen un aspecte molt semblant, es recomana extirpar-los tots i, d'aquesta manera, poder-los analitzar adequadament. Només es permet deixar algun dels pòlips <5 mm.

## **Si ens han detectat un pòlip colorectal, hem de seguir alguna vigilància?**

Els adenomes i els pòlips serrats són els que, en ocasions, poden donar lloc a un CCR si no s'extirpen. Un cop resecats, l'anàlisi microscòpic ens informará de les seves característiques específiques i, en conseqüència, del risc que hi hagués hagut en cas que no s'hagués extirpat. D'altra banda, els individus que han presentat un pòlip tenen una major probabilitat de tenir-ne més durant el seu seguiment. Per aquest motiu es recomana que aquelles persones que hagin presentat un adenoma o pòlip serrat s'incloguin en un programa de vigilància. El tipus de vigilància i la freqüència amb què s'han de fer aquestes exploracions dependrà de les característiques dels pòlips.

## **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 la malaltia de Crohn, s'associen a un risc augmentat de CCR en determinades situacions (afectació molt extensa del còlon i malaltia de llarga durada, més de 8-10 anys). Quan concorren aquestes circumstàncies, es recomana efectuar una vigilància endoscòpica amb una periodicitat que dependrà de l'afectació i de les lesions que es detectin.

## **Si ja hem tingut un càncer al còlon o en el recte, ¿podem tenir-ne un altre? Què podem fer per evitar-ho?**

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

### **Links d'interès:**

[www.afalynch.com](http://www.afalynch.com)

[www.alianzapreencioncolon.es](http://www.alianzapreencioncolon.es)

[www.aecc.es](http://www.aecc.es)

[www.aegastro.es](http://www.aegastro.es)

[www.prevenciacolonbcn.org](http://www.prevenciacolonbcn.org)

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm)