

Καρκίνος παχέος εντέρου: Ποιοι και πότε πρέπει να κάνουν προληπτικές εξετάσεις;

/ Γενικά / Ειδήσεις και Ανακοινώσεις / Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός



Γράφει ο Ιωάννης Σ. Παπανικολάου, επίκουρος καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας*

Ο [καρκίνος](#) του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) αποτελεί ένα από τα συχνότερα νεοπλασμάτα και το δεύτερο πιο συχνό αίτιο θανάτου από νεόπλασμα στο δυτικό κόσμο. Ο [κίνδυνος](#) εμφάνισης ΚΠΕ κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου στο δυτικό κόσμο έχει υπολογισθεί περίπου στο 6%, ενώ ο κίνδυνος θανάτου από τη νόσο στον ίδιο πληθυσμό υπολογίζεται γύρω στο 2,6%. Ο κίνδυνος νοσήσεως αυξάνει με την ηλικία.

Έχει υπολογισθεί ότι ενώ η εμφάνιση της νόσου σε ηλικίες μέχρι τα 60-65 είναι περίπου 19 ανά 100.000 άτομα x έτος, μετά την ηλικία των 65 αυτή αυξάνει στο 337, δηλαδή αυξάνει κατά 17 φορές περίπου.

Δυστυχώς, παρά τη βελτίωση που έχει σημειωθεί στην έγκαιρη διάγνωση και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου τα τελευταία χρόνια, τόσο η συχνότητα, όσο και οι θάνατοι από τη νόσο παραμένουν υψηλά. Παρά ταύτα, ο ΚΠΕ είναι δυνητικά **ιάσιμο νόσημα** εφόσον διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί εγκαίρως και ιδίως εφόσον προληφθεί σε στάδιο πριν την εξέλιξή του σε διηθητικό καρκίνωμα, π.χ. στο στάδιο του αδενωματώδους πολύποδα. Οι **αδενωματώδεις πολύποδες** ή **αδενώματα**

είναι οι πιο συχνοί πολύποδες του παχέος εντέρου. Μέσω συσσώρευσης γενετικών μεταβολών που αποτελείται από πολλά στάδια, ο φυσιολογικός βλεννογόνος του παχέος εντέρου μπορεί να ωθείται σε μια σταδιακή μεταβολή από τη φυσιολογική κατάσταση, στο αδένωμα και τελικώς στο διηθητικό καρκίνο (θεωρία «αδενώματος-καρκινώματος»). Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει περίπου 10 έτη.

Στο 75% του πληθυσμού δεν υπάρχει κάποιος ορατός αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη ΚΠΕ και τα περιστατικά αυτά χαρακτηρίζονται «σποραδικά». Άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή θεωρείται ότι ανήκουν στην ομάδα χαμηλού ή «συνήθους» (average) κινδύνου για ανάπτυξη ΚΠΕ. Αντίθετα, το 15-20% έχει οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ (τουλάχιστον ένας εξ'αίματος συγγενής 1ου βαθμού) και τα άτομα αυτά έχουν ενδιάμεσο κίνδυνο (2-4 φορές μεγαλύτερος) για την εμφάνιση ΚΠΕ. Τέλος, **περίπου 6% του πληθυσμού ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου** για ανάπτυξη ΚΠΕ που περιλαμβάνει οικογένειες με κάποιο από τα σύνδρομα που σχετίζονται με ΚΠΕ (π.χ. το σύνδρομο οικογενούς πολυποδιάσεως) ή και ασθενείς με εκτεταμένη και μακράς διάρκειας ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ). Μέσα από πολλές μελέτες και από παρατήρηση μεγάλου αριθμού ασθενών έχει φανεί ότι η [πρόληψη](#) του ΚΠΕ αποτελεί ιδιαιτέρως σημαντικό παράγοντα για τη μείωση των θανάτων από τη νόσο. Η πρόληψη του ΚΠΕ διακρίνεται σε πρωτογενή δευτερογενή και τριτογενή.

Πρόληψη Η πρωτογενής πρόληψη του ΚΠΕ συνίσταται στην τροποποίηση περιβαλλοντικών παραγόντων που συνδέονται είτε άμεσα αιτιολογικά με τη νόσο, είτε μέσω των αδενωμάτων. Η σωματική άσκηση και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα π.χ. αποτελούν παράγοντες που συντελούν στη μείωση του κινδύνου για την εμφάνιση ΚΠΕ. Η παχυσαρκία, η κατανάλωση κρέατος και αλκοόλ, καθώς και το κάπνισμα αυξάνουν το κίνδυνο εμφάνισης ΚΠΕ.

Ως δευτερογενή πρόληψη ορίζουμε την εφαρμογή μέτρων προληπτικού προσυμπτωματικού ελέγχου («screening») του πληθυσμού, με στόχο την ανίχνευση ΚΠΕ σε πρώιμο (ιάσιμο) στάδιο ή την ανίχνευση αδενωματοδών πολυπόδων (νεοπλασμάτων δηλαδή σε στάδιο πριν από το διηθητικό καρκίνωμα) με στόχο την άμεση αφαίρεσή τους. Πράγματι, έχει φανεί από πολλές μελέτες ότι η ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωμάτων μειώνει τον ΚΠΕ κατά 76-90%

Τέλος, ως τριτογενή «πρόληψη» ορίζουμε την παρακολούθηση ασθενών μετά από θεραπεία για ΚΠΕ για αποφυγή επανεμφάνισης («υποτροπής») του καρκίνου μετά τη θεραπεία του. Δεν αποτελεί στην πραγματικότητα πρόληψη (αφού ο ασθενής έχει ήδη εμφανίσει ΚΠΕ), αλλά ονομάζεται έτσι καταχρηστικά και συχνά κατατάσσεται στη δευτερογενή πρόληψη.

Στην εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού-προσυμπτωματικού ελέγχου για τον ΚΠΕ χρησιμοποιούνται διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι. Από αυτές, μόνο ορισμένες

συνιστώνται από τις διάφορες Επιστημονικές Γαστρεντερολογικές Εταιρείες (όπως την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, την Αμερικανική Εταιρεία Ενδοσκόπησης και τις ευρωπαϊκές «United European Gastroenterology Federation» και «European Society of Gastrointestinal Endoscopy»). Αυτές είναι η **κολonosκόπηση**, η **εύκαμπτη ορθο-σιγμοειδοσκόπηση** και η **δοκιμασία αιμοσφαιρίνης κοπράνων**. Από τις παραπάνω, η κολonosκόπηση παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ευαισθησία (περίπου 95%) και ειδικότητα (99-100%) στην ανεύρεση πολυπόδων, ενώ δίνει και τη δυνατότητα άμεσης ενδοσκοπικής αφαίρεσης αδενωμάτων που τυχόν θα βρεθούν καθώς και της λήψης βιοψιών για ιστολογική επιβεβαίωση ΚΠΕ. Η εξέταση είναι γρήγορη, ασφαλής και καλά ανεκτή από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, ιδίως όταν πραγματοποιείται από έμπειρο ενδοσκόπο. Η εύκαμπτη ορθο-σιγμοειδοσκόπηση, ανιχνεύει μεν τις βλάβες του αριστερού παχέος εντέρου, αλλά συχνά υπάρχουν βλάβες στο δεξιό παχύ έντερο, που κινδυνεύουν έτσι να μείνουν αδιάγνωστες. Γι' αυτό προτιμάται η διενέργεια κολonosκόπησης. Τέλος, έχουν προταθεί εναλλακτικά η μέθοδος της «ενδοσκοπικής κάψουλας» ή ακτινολογικές [εξετάσεις](#) όπως η διάβαση του παχέος εντέρου («βαριούχος υποκλυσμός») και η εικονική κολonosκόπηση (CT-colonography ή virtual κολonosκοπηση) σε ορισμένες περιπτώσεις. Η αξία των μεθόδων αυτών σε προληπτικά προγράμματα δεν έχει αποδειχθεί και γι' αυτό δε συνιστώνται επισήμως. Ο ρόλος τους φαίνεται ότι περιορίζεται στις λίγες περιπτώσεις που η πραγματοποίηση κολonosκόπησης είναι αδύνατη. Άλλωστε, οι μέθοδοι αυτές παρουσιάζουν το μειονέκτημα ότι σε περίπτωση εύρεσης πολύποδα, προκειμένου να γίνει η αφαίρεσή του, θα πρέπει να ακολουθήσει κολonosκόπηση.

Σε ποιούς θα πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος και πότε; Σύμφωνα με τις οδηγίες των πιο έγκυρων Γαστρεντερολογικών επιστημονικών εταιρειών, όλα τα άτομα χωρίς συμπτώματα ή προδιαθεσικούς παράγοντες άνω των 50 ετών που ανήκουν στην ομάδα χαμηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται σε ολική κολonosκόπηση, η οποία -σε περίπτωση που δε διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα- θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 10ετία. Όπως ειπώθηκε, ο σποραδικός ΚΠΕ εξελίσσεται στο έδαφος ενός εξαλλαγέντος (καλοήθους) αδενωματούδους πολύποδα. Η διαδικασία αυτή διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα (υπολογίζεται περίπου 10 έτη). Έτσι, η ηλικία έναρξης του ελέγχου για τα άτομα αυτά στα 50 έτη θεωρείται η καλύτερη, ώστε να «προληφθεί» η εξαλλαγή τυχόν υπάρχοντων αδενωμάτων σε ΚΠΕ (η εμφάνιση του οποίου αυξάνει σημαντικά μετά το 60ο έτος της ηλικίας). Εφόσον στην κολonosκόπηση διαπιστώνονται πολύποδες, αυτοί θα πρέπει να αφαιρούνται ενδοσκοπικά (κατά προτίμηση επιτόπου). Ο χρόνος του επανελέγχου στις περιπτώσεις αυτές θα προγραμματισθεί σε συνεννόηση με το θεράποντα Γαστρεντερολόγο με βάση το μέγεθος, τον αριθμό και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των πολυπόδων (αφού οι πολύποδες πρέπει να

στέλνονται πάντα για βιοψία).

Άτομα ενδιαμέσου ή υψηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται σε πιο εντατικό κολonosκοπικό έλεγχο από ό,τι τα άτομα της προηγούμενης ομάδας και ο έλεγχος θα πρέπει να ξεκινά σε μικρότερη ηλικία (π.χ. σε περίπτωση οικογενούς προδιάθεσης για ΚΠΕ η πρώτη κολonosκόπηση θα πρέπει να γίνεται όχι στο 50 έτος, αλλά στο 40ο ή σε ηλικία 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία διάγνωσης του πάσχοντος συγγενούς ή και πιο νωρίς για άτομα από οικογένειες με γενετικό σύνδρομο που σχετίζονται με ΚΠΕ). Τα άτομα αυτά θα πρέπει να συμβουλευούνται το γιατρό τους για τον προγραμματισμό του προληπτικού τους ελέγχου.

Τέλος, άτομα που διαπιστώθηκε ότι πάσχουν από ΚΠΕ θα πρέπει επίσης να παρακολουθούνται με κολonosκόπηση σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς του, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή της νόσου (τριτογενής «πρόληψη»).

Συμπερασματικά, η εφαρμογή των προαναφερθέντων μέτρων πρόληψης σε ευρείες ομάδες πληθυσμού, σε συνδυασμό με τη ραγδαία βελτίωση της τεχνολογίας των ενδοσκοπίων και την εντατική εκπαίδευση των ενδοσκόπων, πιστεύεται ότι θα συντελέσουν στο να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της αποτελεσματικής πρόληψης και αντιμετώπισης του ΚΠΕ.

** Ο Ιωάννης Σ. Παπανικολάου, Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, είναι επίκουρος καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, στην Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν».*

Πηγή: health.in.gr