

Amb la detecció precoç, el 80% dels càncers de còlon són curables

Els hospitals de Vic i Campdevàrol, amb la col·laboració del Rotary Club i l'impuls d'Osona contra el Càncer, posen en marxa una campanya de prevenció precoç del càncer de còlon. El doctor Joan Saló és el responsable de la unitat d'Aparell Digestiu d



El doctor Joan Saló, a la sala d'endoscòpies de l'Hospital Universitari de Vic

Osona, el Ripollès i la Garrotxa, que comparteixen àmbit sanitari i en què treballen coordinadament els hospitals de Vic, Campdevàrol i Olot, acaben d'iniciar un programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte. Es convidarà a participar-hi a tota la població d'entre 50 i 69 anys. A Osona i el Ripollès són 43.098 persones. El doctor Joan Saló és el responsable de la Unitat d'Aparell Digestiu del Consorci Hospitalari de Vic (CHV). Agraeix, abans que res, que gràcies al cofinançament dels Rotary Club i la col·laboració d'Osona Contra el Càncer es pugui avançar el programa.

Per què és important? Perquè el càncer de còlon i recte és el més freqüent en homes i dones. Una mica més en els homes, amb una proporció de 3 a 2. I el més important és que es pot evitar detectant lesions que durant molt anys ja el precedeixen, però que si no les anem a buscar no les trobarem. Si ho fem de manera precoç, un 80% dels càncers estan en fase inicial i són totalment curables.

Quina prova es proposa? És molt senzilla. A tota la població d'entre 50 i 69 anys se la convidarà, per carta, a fer-la. Hem començat a Vic ciutat. És tan fàcil com, amb aquella carta, anar a la farmàcia a recollir un kit per deixar-hi una mostra de femta i tornar-la a la farmàcia. S'enviarà a l'Hospital Clínic de Barcelona, que farà les analítiques. Es mirarà si hi ha sang oculta i si aquesta ve del còlon. Només quan s'aprecii un risc es recomanarà una colonoscòpia, per a una exploració més exhaustiva. Però la meitat d'aquests casos no tindrà cap lesió. I de la resta, la immensa majoria seran petits pòlips que, en algun cas, potser amb els anys podrien ser el germen d'un càncer. És la diferència que aquest pòlip passi de fer mil·límetres a fer 1,5 o 2 centímetres.

La presència de sang a la femta és l'indicador? Ho és, però també pot ser per altres motius que no tenen res a veure amb el càncer: des d'una hemorroide (morena), una irritació anal, una inflamació transitòria del budell o una determinada simptomatologia de gastroenteritis. I quan diem sang oculta vol dir que hi és, però que no és visible. Normalment, qui veu sang a la femta ja ho diu al seu metge.

Comentava que el càncer de còlon apareix després de molts anys de gestació. Quants poden ser? Un pòlip dobla la seva mida en un període d'entre 5 i 20 anys. Els pòlips petits, encara que tinguin cèl·lules malignes, difícilment envaeixen. Aquella persona que no té cap pòlip pot tenir la seguretat que durant 10 anys no ha de tenir cap lesió important. I que, dins d'aquests 10 anys, lesions que puguin aparèixer serien curables.

En cap cas hi ha risc que vagi més de pressa? En les persones que tenen alguna particularitat genètica es podria donar el cas, però normalment ja les tens detectades, sigui per precedents familiars o perquè en alguna altra exploració hem trobat molts pòlips que ens han portat a fer un seguiment específic. Però si parlem de càncer

esporàdic, parlem sobretot de persones a partir de 55 anys.

Fa molta mandra, fer-te una colonoscòpia...És veritat. I segur que si el programa de prevenció fos per fer colonoscòpies tindríem molta menys resposta de la que esperem.

Quina esperen?Comptem amb un 55% de respostes positives a la crida. A Vic, on hem començat, es convidarà 10.178 persones. Esperem que al voltant de 5.600 es vulguin fer l'anàlítica. I d'aquestes, per estimació estadística, a unes 350 se'ls acabarà fent colonoscòpia i en un 10% d'aquests casos (35) podrem trobar càncer.

O sigui que, per mandra que faci, és una prova bàsica.Per confirmar o descartar indicis, sí. I és veritat que, ni que sigui baix, no deixa de ser una prova de risc. Demana el consentiment informat del pacient, l'has de medicalitzar, hi ha de destinar un temps, s'ha de preparar per a la prova... Aquí ve l'atractiu de la proposta: la prova analítica és molt senzilla, i si surt correcta saps que no t'avisaran fins al cap de dos anys per repetir-la. I en cas de passar per la colonoscòpia amb resultat negatiu, la següent es faria al cap de 10 anys.

Algú a qui després del test se li proposi una colonoscòpia ho ha d'interpretar com un mal senyal?No. Ja hem vist que en la meitat dels casos el resultat serà normal. I per a la resta, en la gran majoria ens trobarem en tot cas davant d'adenomes, que són petits tumors (pòlips) benignes.

És l'edat òptima, 50 anys, per convocar a la prova?Sí. La gent que pateix aquest càncer per sota d'aquesta edat té una alteració genètica important, és una situació poc freqüent. El que has d'intentar és fer la prova en el moment que ja hi pugui haver lesions. I que aquestes, si hi són, ja siguin prou significatives. No trobar-te un pòlip quan fa 5 mil·límetres no és un problema. El problema és quan fa 2 centímetres, que gairebé segur acabarà essent un càncer. I aquests, de manera microscòpica, són els que ja sagnen i els que hem de poder trobar a temps. Si estadísticament el càncer ens apareix sobretot des dels 55 anys, fer la primera prova als 50 ja pot detectar un indicatiu. Fent-la als 40 faríem una gran quantitat de proves innecessàries.

Pel mateix motiu es deu explicar que el cribratge acabi als 69 anys.Exacte. Perquè si en aquell moment la prova és negativa podem pensar que, 10 o 15 anys després, amb 80 o 85 anys, aquella persona ja pot tenir altres elements al marge d'un possible problema al còlon que condicionin el final del seu cicle vital. Però és un paràmetre revisable: cada vegada hi ha gent més gran amb més qualitat de vida.

El càncer de còlon i recte són el mateix, o dos càncers diferents?És el mateix tant des del punt de vista cel·lular, com de genètica, com de factors de risc. La diferència està en la localització, i que el càncer de recte té més facilitat d'estendre's que el de còlon. I hi ha un seguiment i tractament diferents, també.

Quins són els principals factors de risc?El més important és el genètic. Aquest el tenim identificat i se'n fa el seguiment. Però si entrem a analitzar les causes, l'escenari és més controvertit: obesitat i sedentarisme són factors de risc, com també la baixa ingesta de fibra o l'excés de sal en les dietes. I una altra causa que, sense alarmar ningú, també s'ha de dir: la carn molt cremada de barbacoa pot acabar essent, per ella mateixa, un agent cancerigen. Per tenir-ho en compte, simplement.

Les situacions d'estrès s'associen com a factors de risc per a malalties mentals. Els nervis que provoquen mals de panxa i problemes digestius poden abocar a un càncer de còlon?No. L'estrès provoca la disminució de les defenses, que són les que eliminen les cèl·lules malignes que, d'entrada, tots portem al cos. Anar baix de defenses et pot fer més fràgil davant d'un risc de càncer. Però, per entendre'ns, el còlon irritable és una malaltia d'origen psicosomàtic que pot provocar anar malament de ventre i mals de panxa. Però qui ho pateix no té més possibilitats que una altra persona de desenvolupar un càncer de còlon. Està estudiat, això.

Quins són els símptomes que ens haurien de portar a consultar el metge? Molt principalment, el que ja hem esmentat de veure sang a la femta o una manera irregular d'anar de ventre respecte a com ho feies sempre.

Publicat a:

Font del document:

http://www.elpuntavui.cat/noticia/article/2-societat/5-societat/827977-amb-la-deteccio-precoc-el-80-dels-cancers-de-colon-son-curables.html?cca=1&piwik_campaign=rss&piwik_kwd=mes&utm_source=rss&utm_medium=mes&utm_campaign=rss