

# Factori de risc și rolul medicului de familie în neoplasmul de intestin subțire

## *Risk factors and the role of the family doctor in the small bowel neoplasm*

Asist. Univ. Dr. Dorotea Ramona CADAR<sup>1</sup>, Prof. Dr. Dumitru MATEI<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

<sup>2</sup>Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu“, București

### REZUMAT

Neoplasmul de intestin subțire se întâlnește extrem de rar, motiv pentru care cunoașterea și înțelegerea sa sunt limitate. Foarte puține lucruri se cunosc legate de etiologia sa. S-a observat un risc crescut de a dezvolta cancer de intestin subțire la pacienții cu boala Crohn, boala celiacă, polipoza familială adenomatoasă și sindromul Peutz-Jeghers. S-au incriminat, de asemenea, câțiva factori de risc modificabili cum ar fi consumul de carne sărată și afumată, consumul de grăsimi saturate, obezitatea și fumatul, care cresc incidența neoplasmului de intestin subțire. Astfel, s-a constatat că este nevoie de studiu mai aprofundat, de o cercetare statistică mai puternică pentru a înțelege mai bine etiologia și biologia acestui tip de cancer. De menționat faptul că este necesară o mai mare implicare din partea medicului de familie în prevenția și dispensarizarea acestei patologii.

**Cuvinte cheie:** cancer de intestin subțire, prevenție, factori de risc

### ABSTRACT

Small bowel neoplasm is extremely rare, a reason for which it has a limited knowledge and understanding. Very few things are known about its etiology. Yet a high risk to develop a small bowel cancer was noted for patients with Crohn's disease, celiac disease, familial adenomatous polyposis, and Peutz-Jeghers syndrome. A few modifiable risk factors were incriminated, such as the consumption of smoked meat, saturated fats, obesity and smoking, which also increase the incidence of small bowel neoplasm. Thus, it was observed that more considerable research is required, as well as more consistent statistical data, to understand better the etiology and biology of this type of cancer. We need to mention that a higher commitment from the family doctor is needed in the prevention and dispensarization of this pathology.

**Keywords:** small bowel cancer, prevention, risk factors

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Dorotea Ramona Cadar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, Str. Dionisie Lupu nr. 37, București  
E-mail: cadar\_ramona@yahoo.com

## INTRODUCERE

„Statistic, la nivel mondial, 93 din 100 de persoane pot fi salvate dacă sunt diagnosticate precoce prin control periodic.“

*Cezar Irimia, președintele Federației Bolnavilor de Cancer din România*

Intestinul subțire reprezintă segmentul tractului digestiv cuprins între pilor (stomac) și valvula ileo-cecală (colon). Lungimea se situează între 5-6 m și este împărțit în trei porțiuni: duoden, jejun și ileon. Funcția principală a acestuia este de a digera și absorbi nutrienții.

Tumorile intestinului subțire (TIS) sunt rare; din totalul neoplaziilor gastrointestinale, tumorile maligne ale intestinului subțire reprezintă doar 1-5%. (1)

Frecvent, TIS se manifestă prin complicații sau constituie descoperiri întâmplătoare intraoperatorii. În plus, simptomatologia modestă și nespecifică a TIS induce în eroare mulți clinicieni care tratează acești pacienți pentru diverse sindroame digestive nespecifice, fără a lua în calcul suspiciunea prezenței unei tumori intestinale.

Din aceste motive, cred că stabilirea unor algoritmi diagnostici (screening), măcar orientativ, i-ar ajuta pe clinicieni să depisteze cât mai precoce TIS sau cel puțin să ia în calcul posibilitatea prezenței unei TIS.

### Clasificarea tumorilor maligne de intestin subțire

- Adenocarcinomul;
- Tumori carcinoide;
- Limfomul;
- Sarcomul (inclusiv tumorile stromale gastrointestinale).

Distribuția tipurilor histologice ale tumorilor maligne de intestin subțire se schimbă, în special din cauza creșterii incidenței tumorilor carcinoide. În 1987, cele mai frecvente tipuri histologice erau adenocarcinomul (45%), tumorile carcinoide (29%), limfomul (16%) și sarcomul (10%). (7)

În anul 2000, tumorile carcinoide au surclasat adenocarcinomul și au fost raportate către NCDB (National Cancer Data Base) ca fiind cel mai des întâlnite tumori de intestin subțire. (5)

Între 1985 și 2005, proporția pacienților cu tumori carcinoide a crescut de la 28% la 44%, iar proporția de adenocarcinoame a scăzut de la 42% la 33%. Proporția pacienților cu tumori stromale și limfoame rămâne stabilă, de 17%, respectiv 8%. (6)

Adenocarcinomul este localizat preponderent la nivelul duodenului, tumorile carcinoide la nivelul ileonului, în timp ce sarcoamele și limfoamele se pot dezvolta pe toată lungimea intestinului subțire. (6)

### Epidemiologie

Societatea Americană de Cancer estima în 2015: (2)

- 9.410 de persoane din SUA vor fi diagnosticate cu cancer de intestin subțire, dintre care 3.140 vor fi diagnosticate cu adenocarcinom;
- aproximativ 1.260 de pacienți ar putea deceda din cauza cancerului de intestin subțire.

Incidența cancerului de intestin subțire este mai mare în SUA și Europa de Vest, una dintre cele mai mari incidențe ajustată cu vârsta fiind întâlnită în SUA, creșterea incidenței fiind progresivă după vârsta de 40 ani, cu vârful în decadele 7 și 8.

Deși intestinul subțire reprezintă aproximativ 75% din lungimea tractului digestiv și 90% din suprafață, cancerul de intestin subțire reprezintă doar 3% dintre toate neoplaziile de tract gastro-intestinal și 0,5% dintre toate neoplaziile în SUA. (5) În opoziție, aproximativ 132.700 de noi cazuri de cancer de colon apar în fiecare an în SUA.

## DISCUȚII

Există câteva teorii care ar putea explica rata scăzută de malignitate la nivelul intestinului subțire în raport cu cancerul de colon, și anume: (5)

- un conținut diluat și lichid al intestinului subțire determină mai puțină iritare a mucoasei acestuia decât un conținut cu consistență crescută;
- tranzitul intestinal rapid limitează timpul de contact al mucoasei cu agenții carcinogeni;
- volumul mare ale chimului digestiv produce diluarea iritanților intraluminali;
- în intestinul subțire au fost detectate niveluri crescute de benzyl peroxidază față de stomac și intestin, cu rol în detoxifierea agenților carcinogeni și sunt notate, de asemenea, niveluri crescute de IgA;
- pH-ul intestinal alcalin și colonizarea bacteriană scăzută la acest nivel se constituie în factori protectori.

Din cauza rarității și multiplelor subtipuri histologice, acest tip de cancer a fost mai puțin studiat și înțelegerea sa a fost limitată.

S-a observat însă, că în timp ce rata cancerului de colon s-a stabilizat sau a scăzut, incidența cancerului de intestin subțire a crescut, cel puțin în SUA.

Vârsta medie de diagnostic al neoplasmului de intestin subțire este de 65 de ani, cu o ușoară predominanță la sexul masculin (M:F = 1,5:1) și o incidență mai mare la afroamericani față de caucazieni. (4)

Ca o regulă generală, s-a constatat că pacienții cu adenocarcinom de intestin subțire au o incidență mai mare de a dezvolta neoplazii secundare la nivelul colonului, rectului, ampula lui Vater, endometru și ovare. De asemenea, adenocarcinomul este mai frecvent diagnosticat în țările industrializate, față de limfom, care este mai des diagnosticat în țările în curs de dezvoltare. Limfomul mediteranean apare în Orientul Apropiat și în Africa de Nord, îndeosebi la populația săracă și la tineri. (4)

### Factori de risc

În prezent, cu câteva excepții, precum obezitatea și fumatul, nu există factori de risc modificabili care ar putea furniza fundamentul unui program de prevenție care să reducă incidența și mortalitatea cancerelor de intestin subțire. (3,4)

1. Sexul masculin
2. Vârsta peste 60 de ani
3. Fumatul și abuzul de alcool
4. Alimentația: consumul de pește și carne sărată sau afumată, consumul mare de zahăr
5. Obezitatea
6. Boala celiacă (intoleranța la gluten), o boală autoimună declanșată de ingestia de gluten (proteina din grâu, secară și orz) la indivizii predispuși genetic și care poate deteriora mucoasa intestinului subțire
7. Boala Crohn: riscul dezvoltării cancerului de intestin subțire este de 100 de ori mai mare la pacienții care suferă de 10-20 de ani de această afecțiune. La cei care au boala Crohn, tumora se dezvoltă de obicei în ileon, deoarece ileonul se inflamează cel mai frecvent în urma acestei boli.
8. Cauze ereditare: sindrom de polipoză familială adenomatoasă; sindromul Lynch (cancer colorectal ereditar non-polipozic); sindromul Peutz-Jeghers; fibroza chistică (risc crescut de a dezvolta adenocarcinom la nivelul ileonului)
9. Cancerul colorectal

10. Neoplazii asociate cu cancerul de intestin subțire: limfomul non-Hodgkin, cancerul de prostată și cancerul genital

11. Alți factori de risc: colecistita și litiata biliară; hepatita și ciroza hepatică; infecția cu *H. Pylori*, limfom de intestin subțire; corticosteroizii și expunerea la radiații prin tratament medical.

### Modalități de prevenție

Medicina de familie este o specialitate care se încadrează în asistența medicală primară și în care prevenția reprezintă o prioritate.

Asocierea cancerului de intestin subțire cu alte afecțiuni poate face posibilă identificarea categoriilor cu risc crescut și permite elaborarea unor programe speciale de screening.

Pacienților cu celiachie li se va recomanda dieta fără gluten. Dacă persoana care suferă de boală celiacă prezintă simptomatologie precum scădere bruscă în greutate, diaree sau dureri abdominale trebuie să solicite consult medical (CT abdominal sau radiografie cu bariu).

Pacienților cu polipoză familială adenomatoasă li se recomandă sigmoidoscopie flexibilă de la vârsta de 12-15 ani, înainte ca polipoza să se dezvolte, apoi intervenție chirurgicală profilactică. Dacă testele genetice sunt neconcludente și polipoza nu s-a dezvoltat, se va efectua sigmoidoscopie la fiecare 3 ani după vârsta de 35 ani. (11)

La pacienții cu cancer colo-rectal ereditar non-polipozic se va face colonoscopie la fiecare 2 ani după 25 de ani. (11)

## CONCLUZII

Rolul medicului de familie în diagnosticul cancerului de intestin subțire:

- anamneză (APP și AHC);
- examen clinic;
- examene de bilanț: hemogramă și biochimie. Cancerul de intestin subțire adeseori produce anemie prin pierderi oculte de sânge în scaun.
- emite bilete de trimitere către investigații paraclinice: Rx cu bariu; endoscopie; biopsie; CT.

Diagnosticul precoce al cancerului de intestin subțire impune o strategie terapeutică corectă, care presupune educarea populației pentru cunoașterea semnelor precoce ale bolii și instruirea oncologică a medicului de familie cu acțiuni de screening pentru anumite categorii de pa-

cienti care prezintă risc crescut de a dezvolta neoplasm de intestin subțire.

Așadar, rolul principal al MF în diagnosticul cancerului de intestin subțire este stabilirea populației țintă pentru screening, cunoscând APP, AHC și factorii de risc. De asemenea, acesta ocupă un loc important în dispensarizarea post-operatorie, creșterea calității vieții și asigurarea confortului pe parcursul tratamentului oncologic. Bineînțeles că medicul de familie trebuie să se afle într-o bună colaborare cu medicul specialist oncolog. Medicul de familie are rol în depistarea precoce a recidivelor prin examene de bilanț realizate la intervale de timp pe care le stabilește cu medicul oncolog. Aceștia reprezintă o echipă care împreună cu pacientul vor stabili

un program personalizat de recuperare care va depinde de tipul și stadiul cancerului, efecte secundare, preferințe personale, asigurare medicală.

Pacientul trebuie informat într-o formă și manieră în așa fel încât să înțeleagă problema și opțiunile de tratament pe care le are la dispoziție și trebuie să se țină cont de personalitatea acestuia, așteptări, temeri, valori și nivelul social și cultural.

Pacientul și membrii familiei acestuia trebuie să beneficieze de consiliere și sprijin moral din partea medicului de familie, întrucât această afecțiune reprezintă o traumă pentru pacient și familia lui.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Pătrașcu T., Doran H., Strambu V., Vazicu M.** Romanian Society of Surgery Magazine, Tumori de intestin subțire. Particularități clinice, terapeutice și evolutive, *Chirurgia* 101(5): 477-481
2. www.cancer.org, American Cancer Society – Small intestine cancer. Epidemiology
3. www.cancer.org, American Cancer Society – Small intestine cancer. Risk factors
4. **Pan S.Y., Morisson H.** Epidemiology of cancer of the small intestine, *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2011 Mar.15;3(3):33-42
5. www.uptodate.com, Epidemiology, clinical features and types of small bowel neoplasms
6. **Bilimoria K., Bentrem D., Wayne J., Ko C.Y., Bennett C., Talamonti M.** Small bowel cancer în US: changes în epidemiology, treatment and survival over the last 20 years, *Ann Surg.* 2009; 249(1):63
7. **Weiss N., Yang C.P.** Incidence of histologic types of cancer of the small intestine – *J Natl Cancer Inst.* 1987; 78(4):653
8. Chow W., Linet M., Laughlin J., Hsing A., Chien H., Blot W. Risk factors for small intestine cancer, *Cancer Causes Control.* 1993; 4(2):163
9. www.sitemedical.ro, Explicația detaliată a cancerului diferitelor porțiuni de intestin subțire: simptomele și semnele, stadiile, diagnosticul, tratamentul (incomplet)
10. www.cancer.net, Small Bowel Cancer: Risk factors
11. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer, Edition 3, July 2008 (incomplet)

Vizitați site-ul revistei

**PRACTICA MEDICALĂ**

**pm.medica.ro**