

KANCERI KOLOREKTAL DHE RITJA E INCIDENCËS SË TIJ TEK MOSHAT MË TË REJA



Leonitë Berisha

Doktor i Mjekësisë

Abstrakt

Ndryshe nga ulja e rasteve të kancerit kolorektal (CRC) te të moshuarit, incidenca tek të rinjtë është dyfishuar pothuajse që nga fillimi i viteve 1990. Sot, rreth 1 në 10 raste të reja të CRC diagnostikohet te individët nën 50 vjeç. Ndërsa rreziku për CRC zakonisht është vlerësuar bazuar në moshën dhe historinë familjare, tre nga katër raste të CRC me fillim të hershëm ndodhin tek pacientë pa histori familjare të sëmundjes. Rritja e shpejtë e shkallës së CRC tek të rinjtë mund të lidhet me ndryshimet në dietë, ekspozimet mjedisore dhe stilin e jetës. Ky rishikim shqyrton ndryshimet në incidencën e CRC gjatë viteve të fundit, zbulimet më të fundit në depistimin e CRC, të dhënat mbi faktorët e rrezikut gjenetikë dhe jo-gjenetikë si dhe gjetjet më të reja në metodologjitë diagnostikuese dhe të trajtimit, në mënyrë që të ofrohet një pamje e përditësuar e njohurive kryesore për këtë sëmundje.

Hyrje:

Kanceri kolorektal (CRC), është neoplazi malinje që origjinën e ka në indet e zorrës së trashë ose të rektumit. Zakonisht fillon si një polip, në pjesën e brendshme të zorrës së trashë ose të rektumit. Me kalimin e kohës disa nga këto polipe, sidomos polipet adenomatoze, pësojnë ndryshime displazike, të cilat dërgojnë në zhvillimin e kancerit invaziv nëse nuk zbulohen dhe nuk hiqen herët. Në fillimet e hershme CRC zakonisht nuk shoqërohet me paraqitje të simptomave. Paraqitja e simptomave varet nga madhësia e kancerit dhe lokalizimi i tij. Këto simptoma përfshijnë: ndryshime në zakonin e zorrëve (konstipacion ose diarje të vazhdueshme), gjakderdhje rektale (hematochezia), dhimbje të pazakonta dhe të shpeshta të barkut, fryrje e barkut, të vjella. [1]

Faktorët e riskut për CRC

Ndryshimet në mikrobiomën:

Ndryshimet në mikrobiomën e zorrëve, ndoshta për shkak të dietës, përdorimit të antibiotikëve dhe stilit të jetesës, po studiohen si kontribues në zhvillimin e CRC tek të rinjtë. Një çrregullim në ekuilibrin e baktereve të zorrëve mund të nxisë inflamacionin dhe ndryshime të tjera që mund të rrisin rrezikun e kancerit.

Ndryshimet e dietës dhe stilit të jetesës:

Dieta moderne, shpesh e pasur me ushqime të përpunuara, mish të kuq dhe të përpunuar dhe me pak fibra, mund të kontribuojë në rrezikun e CRC. [2] Për më tepër, mënyra e jetesës me aktivitet fizik të ulur dhe nivele më të larta të obezitetit janë faktorë të rëndësishëm rreziku.

Ekspozimet mjedisore:

Rritja e ekspozimit ndaj ndotësve dhe kimikateve në ushqimet e përpunuara dhe produktet shtëpiake është një tjetër fushë nën hetim. Studiuesit po eksplorojnë lidhjet midis ekspozimeve në fillimet e jetës dhe zhvillimit të CRC më vonë në jetë.

Faktorët gjenetikë:

Edhe pse historia familjare është një faktor rreziku i njohur, shumë pacientë të rinj me CRC nuk kanë një histori familjare të sëmundjes, duke sugjeruar që mutacionet gjenetike jo të trashëguara, ndryshimet epigjenetike të shkaktuara nga stili i jetesës ose ndërveprimet mes gjenetikës dhe mjedisit mund të luajnë një rol. [3]

Strategjitë e parandalimit dhe ndikimi i tyre në incidencën e kancerit kolorektal:

Ndërhyrjet dietike

Tabela 1. Stadifikimi i CRC sipas sistemit TNM, Edicioni i 7-të i AJCC (American Joint Committee on Cancer staging system).

T - Stadi tumoral	TX	Tumori primar nuk mund të përcaktohet
	T0	Tumori primar nuk identifikohet
	Tis	Karcinoma in situ, intraepitelial ose prek lamina propria
	T1	Tumori infiltrohet submukozën
	T2	Tumori infiltrohet muscularis propria
	T3	Tumori penetron muscularis propria dhe infiltrohet indin adipoz perikolorektal
	T4	Tumori penetron peritoneumin visceral (T4a) ose infiltrohet organet fqinje (T4b)
N - Stadi i limfonodujve	NX	Prekja e limfonodujve nuk mund të përcaktohet
	N0	Nuk ka metastazim në limfonoduj
	N1	Metastaza në 1-3 limfonoduj (N1a, N1b, N1c)
	N2	Metastaza në ≥ 4 limfonoduj (N2a, N2b)
M - Stadi i metastazave	M0	Pa metastaza
	M1	Metastaza në 1 ose më shumë organe të largëta (M1a, M1b)

Korrespondenca:
leoniteberisha@outlook.com

KANCERI KOLOREKTAL DHE RITJA E INCIDENCËS SË TIJ TEK MOSHAT MË TË REJA



Vildana Goga - Çmega

Specialist i Onkologjisë

Një dietë e pasur me fruta, perime, drithëra dhe fibra është e lidhur me një rrezik të reduktuar të kancerit kolorektal (CRC). Fibrat, në veçanti, ndihmojnë duke reduktuar kohën e kalimit të ushqimit në zorrë, duke ulur potencialisht ekspozimin e zorrës së trashë ndaj kancerogjenëve.

Aktiviteti fizik dhe menaxhimi i peshës

Aktiviteti i rregullt fizik dhe mbajtja e një peshe të shëndetshme janë strategji të rëndësishme parandaluese. Aktiviteti fizik mund të zvogëlojë inflamacionin, të përmirësojë funksionin imunitar dhe të promovojë funksionim më të shëndetshëm të zorrëve, e të gjitha këto ndihmojnë në uljen e rrezikut për CRC deri në 20-30%. [4]

Ulja e konsumit të alkoolit dhe shmangia e duhanit

Konsumi i tepërt i alkoolit dhe duhani janë të lidhur me një rritje të rrezikut për CRC. Alkooli mund të rrisë rrezikun duke ndikuar në metabolizmin e acidit folik dhe duke nxitur inflamacionin, ndërsa duhani përmban kancerogjenë që mund të ndikojnë drejtpërdrejt në traktin tretës.

Aspirina dhe antiinflamatorët

Hulumtimet sugjerojnë se aspirina dhe ilaçet antiinflamatore jo steroide (NSAIDs) mund të ulin rrezikun për CRC duke penguar enzimat e përfshira në inflamacion dhe përhapjen e qelizave, si COX-2. Megjithatë, këto ilaçe kanë rreziqe dhe nuk janë të përshtatshme për të gjithë, sidomos në pacientët e predispozuar për gjakderdhje gastrointestinale.

Promovimi i shëndetit të zorrëve përmes probiotikëve dhe prebiotikëve

Probiotikët (baktere të dobishme) dhe prebiotikët (fibra dietike që ushqejnë bakteret e zorrëve) mund të përmirësojnë shëndetin e zorrëve, duke ulur potencialisht rrezikun për CRC në atë mënyrë që ndikojnë në mbajtjen e një mikrobiome të ekuilibruar. Një mikrobiomë e shëndetshme mund të ulë inflamacionin dhe të përmirësojë funksionin e barrierës së zorrëve, gjë që ndihmon në parandalimin e zhvillimit të CRC. [5]

Programet e depistimit dhe zbulimit të hershëm

Metodat e depistimit si kolonoskopia, sigmoidoskopia dhe testet për gjakun okult në feçe (FOBT), mund të zbulojnë CRC në

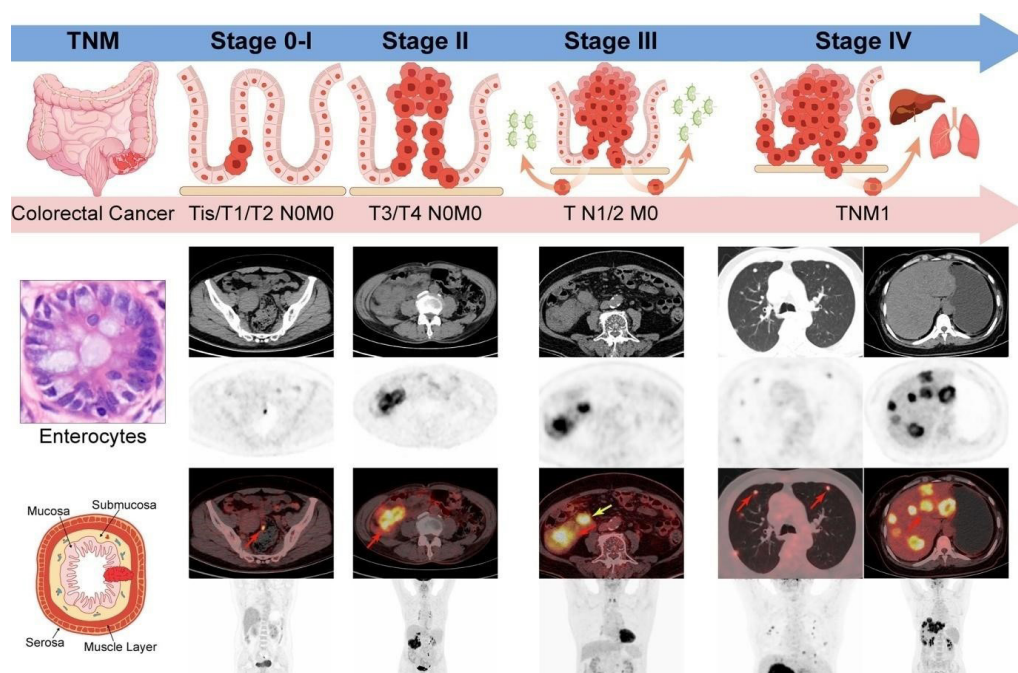


Figura 1. Stadifikimi TNM i CRC nga AJCC edicioni i 8-të.

Faza 0-I: Tumoret e përhapura brenda shtresave të muskujve pa nje limfatike ose metastaza të largëta (Tis/T1/T2N0M0);

Faza II: Tumoret përhapen në të gjitha shtresat ose ngjiten në indet e afërta pa nje limfatike ose metastaza të largëta (T3/4N0M0);

Faza III: Çdo stad T me përfshirjen e nyjave limfatike rajonale (TN1/2M0);

Faza IV: Çdo fazë T ose N me metastaza të largëta (TNM1); Shigjeta e kuqe: tumoret primare ose metastatike; shigjeta e verdhë: nyjat limfatike metastatike.

https://www.frontiersin.org/files/Articles/1062704/fonc-12-1062704-HTML/image_m/fonc-12-1062704-g001.jpg

Korrespondenca:
vildanagoga@hotmail.com

fazat e hershme ose të zbulojnë polipe parakanceroze para se të zhvillohen simptomat. Zbulimi i hershëm rrit ndjeshëm normat e mbijetesës dhe mund të parandalojë zhvillimin e kancerit duke hequr polipet. [6]

Shoqata Amerikane e Kancerit rekomandon që personat me rrezik të shtuar të kancerit kolorektal të fillojnë depistimin para moshës 45 vjeçare, kurse personat me rrezik mesatar të kancerit kolorektal të fillojnë kontrollin e rregullt në moshën 45 vjeçare, duke e përsëritur kontrollin në çdo 10 vite. [7]

Persona me rrezik të shtuar për CRC konsiderohen personat me:

- histori të fortë familjare të kancerit kolorektal ose llojeve të caktuara të polipeve
- histori personale të kancerit kolorektal ose disa lloje të polipeve
- histori personale të sëmundjes inflamatorë të zorrëve (koliti ulceroz ose sëmundja e Crohn)
- histori të njohur familjare të një sindromi të trashëguar të kancerit kolorektal (polipoza adenomatoze familjare (FAP) ose sindroma e Lynch)
- histori personale e rrezatimit në bark (abdomen) ose zonën e legenit për të trajtuar një kancer të mëparshëm.

Tabela 1. Stadifikimi i CRC sipas sistemit TNM, Edicioni i 7-të i AJCC (American Joint Committee on Cancer staging system).

T - Stadi tumoral	TX	Tumori primar nuk mund të përcaktohet
	T0	Tumori primar nuk identifikohet
	Tis	Karcinoma in situ, intraepitelial ose prek lamina propria
	T1	Tumori infiltrojnë submukozën
	T2	Tumori infiltrojnë muskularis propria
	T3	Tumori penetron muskularis propria dhe infiltrojnë indin adipoz perikolorektal
	T4	Tumori penetron peritoneumin visceral (T4a) ose infiltrojnë organet fqinje (T4b)
N - Stadi i limfonodujve	NX	Prekja e limfonodujve nuk mund të përcaktohet
	N0	Nuk ka metastazim në limfonoduj
	N1	Metastaza në 1-3 limfonoduj (N1a, N1b, N1c)
	N2	Metastaza në ≥ 4 limfonoduj (N2a, N2b)
M - Stadi i metastazave	M0	Pa metastaza
	M1	Metastaza në 1 ose më shumë organe të largëta (M1a, M1b)

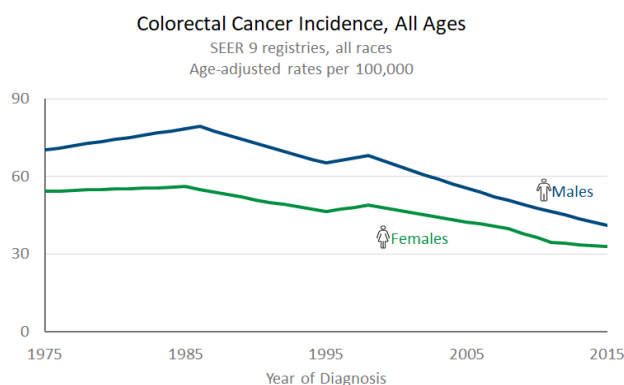


Figura 2. Rënia e incidencës së CRC gjatë viteve të fundit [11] <https://gis.cancer.gov/mapstory/CRC/index.html>

Testet për diagnostikimin e kancerit kolorektal përdoren për të konfirmuar praninë e sëmundjes pas identifikimit të një anomalie ose pas shfaqjes së simptomave. Këto teste janë më të thelluara dhe më të sakta se ato për depistim, dhe zakonisht janë të nevojshme kur ka dyshime për kancer pas testeve të depistimit pozitiv ose shfaqjes së simptomave. [8]

Përpos metodave të sipër përmendura kemi:

Biopsia

Nëse gjatë një kolonoskopie ose procedure tjetër vizualizimi (si sigmoidoskopia) gjendet një masë anormale, mund të merret një mostër e indit për ta dërguar në laborator për analiza histopatologjike. Biopsia është testi që përcakton me saktësi nëse një masë është kancerogjene dhe, po ashtu, ndihmon në përcaktimin e llojit të kancerit dhe gradës së tij.

Tomografia kompjuterike (CT) mund të përdoret për të marrë imazhe të hollësishme të trupit dhe për të parë nëse kanceri ka prekur organe të tjera (si mëlçia ose mushkëritë). CT mund të përdoret për të planifikuar kirurgjinë dhe për të vlerësuar përhapjen e kancerit (stadifikimin).

Rezonanca Magnetike (MRI) përdoret për të marrë imazhe të hollësishme të strukturave të trupit dhe mund të ndihmojë për të vlerësuar përhapjen e kancerit, sidomos në rastin e kancerit të rektumit, për të vlerësuar përfshirjen e indit përreth dhe për të planifikuar

trajtimin. MRI gjithashtu mund të përdoret për të vlerësuar përhapjen e kancerit në mëlçi ose organe të tjera.

Testet për Markuesit Tumoralë: testet e gjakut përdoren për të matur nivelet e markuesve tumoralë, substancave që ndodhin në gjak dhe që mund të jenë të pranishme në nivele të larta në praninë e kancerit. Disa markues të zakonshëm për kancerin kolorektal janë:

- CEA (Antigjeni embrional kanceror. Ky markues mund të rritet në rastin e kancerit të kolonit, megjithatë nivelet mund të jenë të larta edhe për kushte të tjera si inflamacioni i zorrëve.

- CA 19-9: mund të rritet në kancerin e kolonit, megjithatë ai është më shpesh i lidhur me kancerin pankreatik.

Analiza molekulare e ADN-së: nga mostrat tumorale mund të ofrojnë informacion të vlefshëm për karakteristikat gjenetike të kancerit. Kjo mund të ndihmojë për të kuptuar më mirë natyrën e sëmundjes dhe për të përcaktuar mundësinë e trajtimit të personalizuar, si dhe për të zbuluar mutacione të caktuara që mund të ndihmojnë në përcaktimin e përgjigjes ndaj trajtimit.

Diagnoza e vonuar: Personat në moshat më të reja shpesh diagnostikohen vonë sepse CRC zakonisht konsiderohet një sëmundje e të rriturve më të moshuar. Simptomat si gjakderdhja rektale, dhimbja e barkut dhe ndryshimet në zakonet e zorrëve ndonjëherë i atribuohen gabimisht kushteve më pak të rënda, të tilla si hemorroidet ose sindroma e zorrës së irrituar (IBS). [9] Për shkak të zbulimit të vonuar, pacientët më të rinj shpesh diagnostikohen në një fazë të mëvonshme, duke çuar në prognoza më të dobëta në krahasim me të rriturit e moshuar të diagnostikuar në fazat e hershme. CRC në fazën e vonë kërkon trajtime më agresive dhe ka një shkallë më të ulët të mbijetesës.

Parimet e trajtimit të CRC

Linja e parë e trajtimit për pacientët me CRC aktualisht përfshin një qasje multimodale të bazuar në karakteristikat e lidhura me tumorin (p.sh., numri dhe lokalizimi i metastazave, përparimi i tumorit, prania ose mungesa e markuesve biokimikë, etj.) dhe faktorëve të lidhur me pacientin (p.sh., bashkë morbiditeti, prognoza, etj.). Trajtimi i CRC konsiston në trajtimin kirurgjikal dhe atë onkologjik me anë të radiokimioterapisë [10]

Trajtimi kirurgjikal është trajtimi i zgjedhur për CRC. Qëllimi kryesor i tij është heqja e tumorit së bashku me limfonodulat përkatëse me anë të rezeksionit

total mezokolik. Studimet kanë treguar që kjo metodë ul shkallën e rekurencës dhe përmirëson mbijetesën e këtyre të sëmurëve. Ky trajtim mund të bëhet në mënyrë konvencionale ose laparoskopike.

Trajtimi onkologjik mund të paraprijë ose pasojë ndërhyrjen kirurgjikale. Studimet tregojnë që trajtimi neoadjuvant (kimioradioterapi dhe radioterapi) ka qenë efikas në trajtimin e CRC me risk të lartë duke përmirësuar mbijetesën e mortalitetin.

Krahas kimioterapisë, po studiohen edhe terapi alternative me qëllim të rritjes së efikasitetit të trajtimit dhe reduktimin e efekteve anësore si dhe rrezikun e zhvillimit të tumoreve dytësore. Fushat më të rëndësishme kërkimore aktualisht në progres janë përdorimi i makrorruazave të tumorit të agarezës, ilaçeve anti-inflamatore, probiotikëve dhe ilaçeve me bazë ari.

Rritja e incidencës tek moshat më të reja

Pas miratimit të programeve depistuese për CRC të popullatës së përgjithshme në vitet 1990, incidenca e CRC-së është ulur me më shumë se 35.4% në popullatën totale. Megjithatë, në kontrast me uljet e mëdha midis të rriturve të moshuar, incidenca e CRC tek të rriturit më të rinj pothuajse është dyfishuar në të njëjtën

periudhë kohore. Normat e incidencës janë rritur me shpejtësi në mesin e personave të moshës 20-49 vjeç në SHBA, nga 8.6 për 100,000 në 1992 në 13.1 për 100,000 në 2016, me rritjen më të madhe në mesin e të rriturve 40-49 vjeç. Edhe pse vdekshmëria nga CRC është ulur gjithashtu te të rriturit e moshuar, kryesisht për shkak të shqyrtimit dhe përparimeve në trajtim, 5, 6 vdekshmëria midis të rriturve më të rinj ka mbetur e qëndrueshme, në 2.8 për 100,000.

Metodologjia:

Ky artikull është i bazuar në metodologjinë 'rishikimi i literaturës ekzistuese'. Literatura është marrë nga punimet dhe studimet shkencore të publikuara në revistë.

Të gjitha burimet në të cilat është marrë materiali janë të cituara më poshtë.

Diskutimi dhe përfundimet

Për shkak të shkallës së lartë të incidencës dhe vdekshmërisë në mbarë botën, kanceri kolorektal (CRC) është bërë një problem global i shëndetit publik. Në mënyrë që të ulet incidenca e CRC, duhet të ndërgjegjësohet popullata lidhur me depistimin e hershëm, kontrollimin e menjëhershëm të simptomave dhe me përdorimin e një diete dhe stili jetese sa më të shëndetshme.

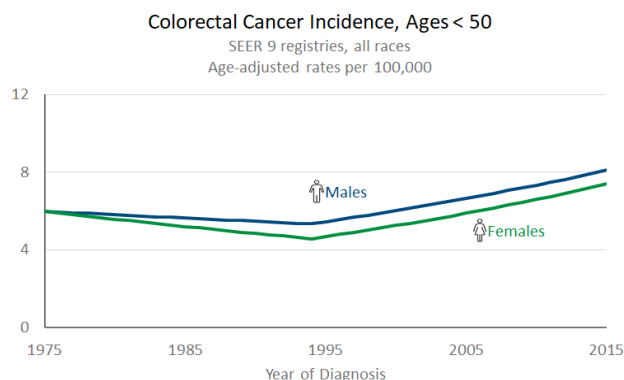


Figura 3. Rritja e incidencës së CRC tek personat nën 50 vjeç. [12] <https://gis.cancer.gov/mapstory/CRC/index.html>

Tabela2. Rastet e reja të raportuara për periudhën Janar - Dhjetor 2022 të neoplazmave malinje të zorrës së trashë sipas grup-moshës dhe gjinisë.

Rastet e reja të Neoplazmave malinje të zorrës së trashë (C18-C18.9)						
Grup mosha	F		M		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
0-24						
25-29			1	0.9	1	0.5
30-34	2	2.4	3	2.7	5	2.6
35-39	2	2.4	4	3.6	6	3.1
40-44		0.0	2	1.8	2	1.0
45-49	5	6.0	6	5.5	11	5.7
50-54	8	9.6	8	7.3	16	8.3
55-59	12	14.5	16	14.5	28	14.5
60-64	14	16.9	18	16.4	32	16.6
65-69	17	20.5	21	19.1	38	19.7
70-74	16	19.3	16	14.5	32	16.6
75-79	5	6.0	8	7.3	13	6.7
80+	2	2.4	6	5.5	8	4.1
Panjoher		0.0	1	0.9	1	0.5
Totali	83	100.0	110	100.0	193	100.0

Referencat:

- 1.American Cancer Society. Col-orectal cancer: Signs and symp-toms. Cancer.org. Updated June 24, 2023.
- 2.Larsson SC, Rafter J, Holmberg L, Bergkvist L, Wolk A. Red meat consumption and risk of cancers of the proximal colon, distal colon and rectum: the Swedish Mammogra-phy Cohort. International journal of cancer. 2005;113(5):829-834.
- 3.Zhu X, Ma S, Yang S, et al. Epi-demiology of early-onset colorectal cancer: A rising global challenge. PMC. 2019 Aug 13.
- 4.Karahalios A, English DR, Simp-son JA. Weight change and risk of colorectal cancer: a system-atic review and meta-analysis. American journal of epidemiology. 2015;181(11):832-845.
- 5.Katz S, Atallah S, Muni R, et al. The role of microbiota in the patho-genesis of colorectal cancer: A comprehensive review. PMC. 2021 Jun 29.
- 6.National Cancer Institute. Col-orectal cancer screening (PD-Q®)-Health professional version. Cancer.gov. Updated September 25, 2023.
- 7.American Cancer Society. Col-orectal cancer screening guidelines. Cancer.org. Updated March 8, 2023.
- 8.Buturovic S. Colonoscopy as a method of choice in the diagnosis of colorectal cancer. Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drust-va za medicinsku informatiku BiH. 2014;22(3):164-166.
- 9.Hannah J. Colorectal cancer rising in young adults. Medscape. Published October 24, 2024.
- 10.National Cancer Institute. Colon cancer treatment (PDQ®)-Patient version [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; [cited 2024 Nov 15].
- 11.National Cancer Institute. Col-orectal cancer incidence and mor-tality map. Cancer.gov
- 12.National Cancer Institute. Col-orectal cancer rates rising among younger adults. Cancer Currents. Published August 3, 2020.