

**Bibliografie**

1. Ferec C., Cutting G.R. *Assessing the Disease-Liability of Mutations in CFTR*. In: Cold. Spring. Harb. Perspect. Med., 2012 Dec. 1, nr. 2(12), p. a009480.
2. Frizzell R.A, Hanrahan J.W. *Physiology of epithelial chloride and fluid secretion*. In: Cold. Spring. Harb. Perspect. Med., 2012 Jun; nr. 2(6), p. a009563.
3. LaRusch J., Whitcomb D.C. *Genetics of pancreatitis*. In: Curr. Opin. Gastroenterol., 2011, nr. 27, p. 467-74.
4. LaRusch J., Jinsei Jung J. et al. and the North American Pancreatitis Study Group. *Mechanisms of CFTR Functional Variants That Impair Regulated Bicarbonate Permeation and Increase Risk for Pancreatitis but Not for Cystic Fibrosis*. In: PLoS Genet., Jul. 2014, nr. 10(7), p. e1004376.
5. Lee M.G., Ohana E., Park H.W. et al. *Molecular mechanism of pancreatic and salivary gland fluid and HCO<sub>3</sub> secretion*. In: Physiol Rev., 2012 Jan, nr. 92(1), p. 39-74.
6. Ooi C.Y., Durie P.R. *Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) gene mutations in pancreatitis*. In: J. Cyst. Fibros., 2012 Sep, nr. 11(5), p. 355-62.
7. Rosendahl J., Landt O., Bernadova J. et al. *CFTR, SPINK1, CTSC and PRSS1 variants in chronic pancreatitis: is the role of mutated CFTR overestimated?* In: Gut, nr. 62, 2013, p. 582-592.
8. Rubera I., C. Duranton, N. Melis et al. *Role of CFTR in oxidative stress and suicidal death of renal cells during cisplatin-induced nephrotoxicity* Open., In: Cell. Death and Disease, 2013, nr. (4), p. e817.
9. Sosnay P.R., Siklosi K.R., Van Goor F. et al. *Defining the disease liability of variants in the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene*. In: Nat. Genet., 2013, nr. 45, p. 1160-1167.

**Rodica Bugai**, asist. univ.,  
Disciplina Medicină Internă,  
Departamentul Medicină Internă,  
USMF Nicolae Testemițanu,  
Tel.: 069762166,  
E-mail: rodica.bugai@usmf.md

## IMPORTANȚA SCREENINGULUI PENTRU CANCERUL COLONIC. CAZ CLINIC

**Viorica NĂSTASE, Radu NĂSTASE,**  
IMSP Spitalul Clinic Municipal Sfânta Treime

**Summary****Importance of colon cancer screening**

*Applying a screening program and choosing a healthy lifestyle is the best current preventive methods to reduce the risk of developing RCC.*

**Keywords:** screening program, preventive methods, RCC

**Резюме****Значимость скрининга рака толстой кишки**

*Применение программы скрининга и выбора здорового образа жизни является лучшим в настоящее время методом профилактики для снижения риска развития рака толстой кишки.*

**Ключевые слова:** программа скрининга, профилактика, рак толстой кишки

**Introducere**

În Republica Moldova, conform datelor statistice pentru anul 2013, pe primul loc printre tumorile maligne s-a plasat cancerul colorectal (CCR) cu 12,3%, urmat de cancerul glandei mamare cu 11,8%, apoi cancerul pulmonar cu 10,5%. 25-31% din bolnavi cu cancer colorectal sunt depistați în stadiile tardive, din cauza lipsei vigilenței oncologice, a examinării și investigării incomplete și adresării întârziate a bolnavilor la medic [7].

Un rol important în diagnosticul, tratamentul, reabilitarea adecvată îl are depistarea la timp a CCR. În 2013, acest indice a constituit 28,1% cu cancer al colonului și 41,4% cu cancer al rectului. Doar 10% din populația țării se adresează la medic în starea incipientă de CCR. În 60% cazuri se înlătură tumoarea împreună cu o parte din intestinul gros, iar în 30% cazuri sunt deja MT. Este important istoricul familial: rude de gradul I cu CCR, polipi colonici sau rectali [2].

**Caz clinic**

Bolnava J., în vârstă de 74 de ani, a fost trimisă de către medicul de familie în secția terapie a Spitalului Sfânta Treime cu diagnosticul de anemie ferodeficientă de etiologie neidentificată. Acuzele bolnavei la internare: disconfort în regiunea superioară a abdomenului, scaun instabil, pierdere în greutate în ultimele 6 luni, slăbiciune generală.

**Istoricul bolii.** Starea generală s-a înrăutățit cu 4 luni în urmă, când s-a depistat anemia. A folosit preparate cu fier, dar fără efect pozitiv. A mai fost internată de urgentă cu suspjecție de hemoragie gastrointestinală și consultată de către proctolog, care a exclus hemoragia.

**Boli concomitente.** Din istoricul vieții: suferă de DZ timp de 5 ani, primește metfogama 1000 mg de 2 ori/zi. A suportat lobectomia glandei tiroide în 2007, suferă de hipotiroidie, administrează L-tiroxin 100 mg/zi; HTA gr. II.

**Anamneza eredocolaterală.** Tata a decedat de cancer colorectal la vârsta de 67 ani, mama a decedat de cancer colorectal la vârsta de 64 de ani.

**Examen obiectiv:** tegumentele și mucoasele palide, uscate; nodulii limfatici periferici nu se palpează; edeme moderate la gambe; zgomotele cordului sunt ritmice, accentul zg. II pe aortă, suflu sistolic la apex, frecvența batăilor cordului 80/min, TA 150/80 mmHg.

Abdomenul de formă obișnuită, moderat sensibil la palpare în hipocondri și în regiunea epigastrică. La palparea intestinului gros se determină o formațiune 2,5-3 cm în diametru sub rebordul costal drept.

S-au efectuat urmatoarele investigații: AGS Hb 71 g/l, Er 3,  $7 \times 10^{12}$  /l. Ic 0,58. Tr  $608 \times 10^9$  g/l, Leuc. 5,  $1 \times 10^9$  g/l. Nes  $9 \times 10^9$  g/l, Seg.  $67 \times 10^9$  g/l, Eoz  $1 \times 10^9$  g/l, Limf  $21 \times 10^9$  g/l, Mon  $2 \times 10^9$  g/l, VSH 41 mm/oră. Aniz. ++, poikilocitoză++.

Biochimia sângelui: glucoza 6,4 mmol/l, feritina 48 ng/dl, Fe seric 3,4 mkmol/l.

Analiza biochimică – fără devieri de la normă; analiza generală de urină – în limitele normei.

**FEGDS. Concluzie.** Însuficiența cardiei gr. II, polip gastric erozat, gastrită hemoragică antrală, polip fals al bulbului duodenal.

**Analiza histologică:** 3 fragmente din polip fals pe curbura mare.

**Concluzie patohistologică:** polip glandular gastric cu dilatarea chistică și o hiperplazie vacuolară a epitelului unor glande moderat exprimată.

**Fibrocolonoscopia.** În unghiul hepatic se depistează o tumoare circulară cu distrucție și stenoază compensată. S-a preluat biopsia.

**Concluzie endoscopică:** cancer al colonului în unghiul hepatic.

**Ecografia.** În regiunea unghiului hepatic se depistează o cocardă patologică de aproximativ 60 mm.

**Concluzie patologo-histologică.** Fragmente din mucoasa colonului cu modificări distrofice de tip vacuolar, sunt și focare mai mari cu hiperplazie și displazia epitelului glandular, printre care se găsesc celule polimorfe atipice hiper cromatice, după care nu se exclude adenocarcinomul.

Pacientei i-a fost efectuată transfuzie de concentrat eritrocitar, Hb după transfuzie 105 g/l, Er  $3,9 \times 10^{12}$ /l.

**S-a stabilit diagnosticul clinic de:** adenocarcinom al intestinului gros (unghiul hepatic), anemie feriprivă, gastrită cronică în acutizare, polip gastric fals, polip duodenal fals.

Pacienta a fost trimisă la medicul de familie pentru a fi supusă unei intervenții chirurgicale. S-a recomandat evidența la oncoproctolog.

Este important de efectuat screeningul de rutină pentru cancerul colonic la persoanele cu vârstă peste 50 de ani [5]. Testul pentru hemoragie ocultă din scaun în fiecare an, sigmoidoscopia flexibilă la fiecare 5 ani, irigografia cu bariu în dublu contrast o dată la 5-10 ani, colonoscopia la fiecare 10 ani [1, 2, 5, 6].

Dacă există un risc crescut (istoric familial de cancer colonic), screeningul se va face de la 40 de ani sau la o vârstă cu 10 ani mai mica decât a membrului familiei cu CCR. Este important de efectuat testul AND pentru identificarea anomaliilor genetice celulare din scaun, markerii tumorali: CEA, CA19-9 [3-6].

## Concluzie

Aplicarea unui program de screening și alegerea unui stil de viață sănătos constituie cele mai bune metode curente preventive de reducere a riscului apariției CCR.

## Bibliografie

1. L. Buligescu. *Tratat de hepatogastrologie*. București: Editura medicală AMALTEA, 1997.
2. Pascu O., Pogoga C. *Screeningul cancerului colorectal*. În: Stanciu C. (ed). *Cancerul colorectal*. Iași: Editura "Gr. T. Popa", 2003.
3. Hotineanu V. *Chirurgie. Indicații metodice pentru studenții anilor 5-6*. Ch.: Centrul Ed.-poligr. Medicina, 2008, p. 264-311.
4. Grigorescu M. *Tratat de gastroenterologie*. Vol. 2. București: Ed. Medicală Națională, 2001, p. 120.
5. Miușescu B. și coaut. *Effectiveness of the immunochemical fecal test (fit) for detection of advanced adenomas in colorectal carcinoma screening in an asymptomatic population*. În: *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat.*, Iași, 2013, vol. 117, nr. 2, p. 302-307.
6. Scorobete M. *Metode de screening în cancerul colorectal*. În: *J. Gastrointestin. Liver. Dis.*, June 2015, vol. 24, p. 141-142.
7. Hotineanu V. *Chirurgie. Curs selectiv*. Ch.: Centrul Ed.-poligr. "Medicina", 2008, p. 606-698.

## Viorica Năstase,

Secția Gastroenterologie,

SCM Sfânta Treime

Tel: 079441843

E-mail: viorica\_nastase@mail.ru