Příčiny kolorektálního karcinomu

Ve většině případů kolorektálního karcinomu se jedná o kombinaci genetických a zevních faktorů.

I. Zevní faktory

Obezita

Obezita způsobená nedostatkem pohybu a zvýšeným energetickým příjmem je rizikovým faktorem vzniku kolorektálního karcinomu. Dvojnásobně vyšší riziko je u jedinců s BMI nad 30.

Dietní vlivy

Předpokládá se zvýšené riziko u červeného **masa**, zvláště je-li tepelně upravené pečením, nebo smažením, dále pak u diety obsahující vysoké **množství tuků**. Zvýšený přísun **vápníku** a dostatečný příjem **vlákniny** a **vitaminů** v ovoci a zelenině naopak riziko karcinomu kolorekta snižuje. Ochranný vliv má i dostatek **folátu** a **selenu** v potravě. **Alkohol** má zřejmě negativní vliv, předpokládá se, že tvrdý alkohol je rizikovější než pivo a víno.

Hormonální vlivy

U nulipar je vyšší riziko kolorektálního karcinomu, naopak u žen po vícečetném těhotenství a u uživatelek hormonální antikoncepce je riziko sníženo.

Nesteroidní antrevmatika

Studie jasně prokazují protektivní vliv kyseliny acetylsalicylové. Způsobuje redukci velikosti již vzniklých adenomů a snižuje riziko vzniku dalších. Nesteroidní antirevmatika snižují expresi beta-cateninu v nádorových buňkách a také snižují schopnost adheze nádorových buněk.

II. Genetické faktory

Do této skupiny patří zejména některé střevní polypózy (FAP, MUTYH, Peutz-Jeghersův syndrom, juvenilní polypóza aj.), hereditární nepolypózní kolorektální karcinom a stavy s pozitivní rodinnou anamnézou kolorektálního karcinomu.

Pozitivní rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu

Genetické syndromy jsou zodpovědné za vznik asi 3-5% případů kolorektálního karcinomu. Celkově se ovšem rodinný výskyt kolorektálního karcinomu udává asi u 20% případů a to i v nepřítomnosti některého z jasně definovaných syndromů. Z toho důvodu je nutné přistupovat k jedincům, u jejichž příbuzných prvního stupně (rodiče, sourozenci, děti) se vyskytl karcinom kolorekta, jako k jedincům s vyšším rizikem.

III. Další rizikové faktory

Osobní anamnéza kolorektálního karcinomu nebo adenomů

Jedinci této skupiny mají vyšší riziko výskytu synchronního (současného) i metachronního (následného) karcinomu.

Idiopatické střevní záněty

Předpokládá se, že riziko kolorektálního karcinomu roste asi o 0.5-1% každým rokem po 8-10 letech trvání ulcerózní kolitidy, celkově je větší riziko u pankolitidy než u levostranné formy.

U Crohnovy nemoci je riziko rozvoje kolorektálního karcinomu asi 8% po 22letém trvání choroby.

Akromegalie

Většina studií prokázala přesvědčivou asociaci mezi kolorektálním karcinomem a akromegálií.

Diabetes

Zvýšené riziko kolorektálního karcinomu je u diabetu 2. typu. Je to důsledek metabolických faktorů, obezity, nedostatku pohybu a nevhodných stravovacích návyků s hyperinzulinémií, která vyvolává zvýšenou proliferaci buněk.

Dermatomyozitida a polymyozitida

Tyto autominutitní choroby svalů jsou asociovány s mnoha malignitami včetně kolorektálního karcinomu.