

TUMORE DEL COLON-RETTO: UNA RISPOSTA ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI DEL PAZIENTE.

Collana “per saperne di più”



WHAT'S NEW IN
MONTALLEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Prof. Valter Ferrando



Dott. Emanuele Romairone



Dott. Edoardo Rimini



Dott. Stefano Scabini

CHIRURGIA ONCOLOGICA
E DEI SISTEMI IMPIANTABILI
IRCCS SAN MARTINO-IST GENOVA

Valter Ferrando, Emanuele Romairone, Edoardo Rimini e Stefano Scabini garantiscono di essere gli autori e unici titolari di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Tumore del colon-retto: una risposta alle domande più frequenti del Paziente".

Essi si impegnano pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

COSA SI INTENDE PER TUMORE DEL COLON-RETTO?

Il cancro del colon è una neoplasia assai frequente. Considerando un'unica entità il cancro colico e quello rettale, il tumore occupa il secondo posto come frequenza sia nell'uomo (dopo il cancro polmonare), sia nella donna (dopo il cancro della mammella).

Le statistiche parlano di un'incidenza annuale approssimativa di 36 casi su 100.000 abitanti, con una prevalenza del 40% delle forme a livello rettale. Vi è una lieve maggiore incidenza nel maschio e, in rapporto all'età, la maggiore frequenza si ha dopo i sessanta anni. Sembra documentata la familiarità.

La distribuzione delle neoplasie del colon varia dal 20% di interessamento del colon destro, al 10% del colon trasverso, al 5% del colon sinistro sino a raggiungere il 25% e il 40% rispettivamente nel sigma e nel retto. Un'entità a parte vanno considerati i tumori dell'ano e del canale anale, che rappresentano globalmente (adenocarcinoma, carcinoma epidermoidale o, in misura minore, carcinoide e melanoma) l'1-2 % dei tumori maligni del tubo digerente.

DA CHE COSA DERIVA?

All'origine del carcinoma coloretale vi è quasi sempre una lesione cosiddetta "pre-cancerosa", inizialmente benigna, chiamata polipo adenomatoso; la trasformazione maligna, in modelli sperimentali, sembrerebbe avvenire in un intervallo di tempo di circa 3-7 anni.

I polipi possono essere classificati in singoli o multipli; nell'ambito di questi ultimi vengono descritte le "poliposi" di tipo familiare, trasmissibili geneticamente (poliposi adenomatosa familiare ad altissimo rischio per lo sviluppo di un tumore del colon-retto) o di tipo sporadico, occasionale (le più frequenti).

È grazie a tecniche endoscopiche, che hanno valenza sia diagnostica

(colonscopia diagnostica) sia terapeutica (colonscopia operativa), che i polipi benigni possono essere asportati prima della loro evoluzione in lesioni maligne. L'endoscopia fornisce quindi uno strumento fondamentale per la diagnosi precoce di questo tumore, oltretutto per il trattamento delle forme benigne (polipi non ancora degenerati) o delle forme neoplastiche iniziali. Occorre tenere in considerazione alcune condizioni particolari.

FAMILIARITÀ PER IL CANCRO Colorettale (sindrome di Lynch). È una condizione rara; in questi Pazienti il tumore colorettale si presenta con frequenza maggiore (2-3 volte) rispetto alla popolazione generale; tale condizione interessa parenti di primo grado (figli) di individui affetti.

MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO. Nella storia naturale della rettocolite ulcerosa la degenerazione maligna è una conseguenza discretamente frequente (7-15%); in particolare sono a rischio Pazienti con colite ulcerosa insorta in giovane età, con sintomatologia importante (addominalgie, diarrea mucosanguinolenta frequente, anemia grave); è estesa a tutto il colon ed è di lunga durata (oltre i 10 anni). Una certa predisposizione allo sviluppo di neoplasie colorettali è descritta anche, seppur a livelli significativamente più bassi, in soggetti affetti da morbo di Crohn.

PREDISPOSIZIONE FAMILIARE. Tutti i carcinomi del colon-retto hanno una componente genetica di tipo ereditario, elemento al giorno d'oggi assai studiato da genetisti e biologi molecolari, e questo riguarda anche i tumori cosiddetti "sporadici".

FATTORI DIETETICI. È stato visto che una dieta povera di fibre (frutta e verdura) e ricca di grassi gioca un ruolo importante nello sviluppo delle neoplasie colorettali.

PREGRESSE NEOPLASIE GASTROINTESTINALI.

IRRADIAZIONE (RADIOTERAPIA) DELLA PELVI, eseguita per il trattamento di altri tipi di tumori (es. dell'apparato genitale femminile).

QUALI SONO I SINTOMI DI QUESTA NEOPLASIA?

I sintomi sviluppati dal Paziente possono essere di vario tipo.

Sintomatologia "sito-specifica".

È più probabile se il tumore è situato vicino all'ano. Ci può essere un cambiamento delle abitudini intestinali (nuova insorgenza di stitichezza o diarrea, in assenza di un'altra causa) e una sensazione di defecazione incompleta (tenesmo rettale) o una riduzione del diametro delle feci; tenesmo e cambiamento di forma delle feci sono entrambi caratteristici del cancro del retto (ultima porzione dell'intestino crasso). Anche un sanguinamento cronico, compreso il passaggio di sangue rosso vivo nelle feci, o la maggiore presenza di muco possono indicare un cancro del colon-retto. La melena, ossia la presenza di sangue digerito nelle feci, può essere a volte associata a neoplasie del colon destro. Se la neoplasia occupa l'intero lume dell'intestino può causare ostruzione intestinale. Il Paziente lamenterà stipsi, dolore addominale, distensione addominale e vomito. L'intestino ostruito e disteso può andare incontro a perforazione e provocare una peritonite.

La malattia può invadere altri organi e causare comparsa di sangue o aria nelle urine (invasione della vescica) o perdite vaginali (invasione del tratto riproduttivo femminile).

Sintomatologia generica.

Anemia, astenia e pallore, in caso di sanguinamento cronico occulto e/o perdita di peso, generalmente a causa di una riduzione dell'appetito, sono spesso associati a neoplasie colorettrali.

Segni costituzionali.

Febbre o le cosiddette "sindromi paraneoplastiche", la più frequente delle quali è rappresentata dalla trombosi venosa profonda, si possono associare all'insorgenza del cancro del colon.

Sintomatologia da metastasi.

Il cancro del colon-retto più comunemente si diffonde al fegato. Può passare inosservato, ma grandi metastasi nel fegato possono causare dolori addominali e ittero.

COME SI FA LA DIAGNOSI?

È fondamentale raccogliere un'attenta anamnesi interrogando il Paziente, che potrà rivelarci sintomi più o meno specifici; fondamentale sarà un'esplorazione rettale per escludere emorroidi o ragadi anali, nonché per poter eventualmente palpare i tumori del retto. Un esame semplice e relativamente poco costoso è rappresentato dalla ricerca del sangue occulto nelle feci. Questo ci potrà orientare verso l'esecuzione di

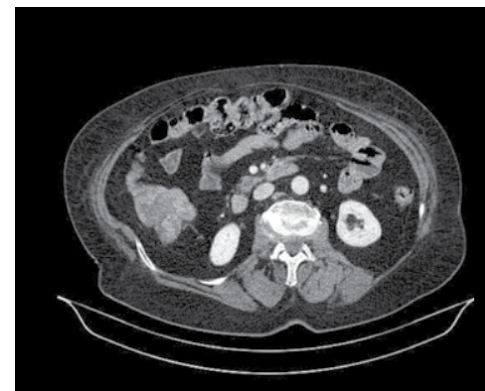
una colonscopia, che ci permette una diagnosi di certezza e la visualizzazione diretta della lesione tumorale, procedendo a una biopsia per l'esame istologico. Esami alternativi alla colonscopia sono il clisma-TC del colon e la colonscopia virtuale, in ogni caso meno specifici e limitati dall'impossibilità a eseguire prelievi biotici, riservati a coloro che non tollerano la colonscopia.



Neoplasia del colon evidenziata durante colonscopia.

Ecografia e TC addominale sono soprattutto significative per documentare eventuali disseminazioni a distanza e quindi indispensabili per la stadiazione pre-operatoria della neoplasia.

RMN della pelvi ed eco-endoscopia rettale sono fondamentali per la stadiazione (cioè per la verifica dell'espansione anatomica) dei tumori del retto.



TC addominale in corso di staging per neoplasia del colon destro.

COS'È LO STADIO DEL TUMORE?

Il cancro del colon si classifica secondo i seguenti stadi:

Stadio 0

La malattia è in fase iniziale, le cellule neoplastiche sono presenti solo nello strato (mucosa) più interno del colon. Si definisce anche carcinoma "in situ".

Stadio I

Il tumore si è esteso fino agli strati intermedi della parete intestinale. Spesso si indica anche come tumore di Dukes A.

Stadio II

Le cellule tumorali si sono diffuse al tessuto circostante il colon; non vi è invasione dei linfonodi. Spesso il tumore del colon di stadio II si indica anche come tumore di Dukes B.

Stadio III

Nello stadio III, il tumore si è esteso a tutta la parete del colon ed ha invaso i linfonodi regionali. Spesso il tumore del colon di stadio III si indica anche come tumore di Dukes C.

Stadio IV

Il tumore ha invaso i linfonodi regionali e ha raggiunto altri organi (es. fegato e polmoni). Spesso il tumore del colon di stadio IV si indica anche come tumore di Dukes D.

QUAL È IL TRATTAMENTO?

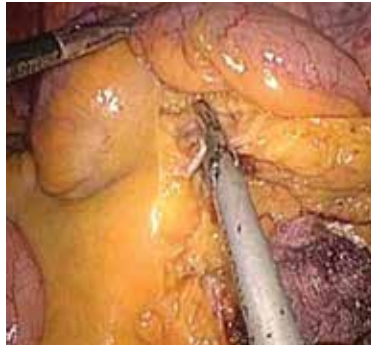
La terapia di scelta è la chirurgia: sulla base della posizione del tumore, si procederà alternativamente a un'emicolectomia destra (l'emicolectomia è l'asportazione chirurgica di una metà del colon), una resezione del trasverso, un'emicolectomia sinistra, una resezione anteriore del retto con conservazione degli sfinteri o un'amputazione addomino-perinale, in caso di neoplasie site in prossimità dell'ano, ove non sia possibile, per motivi oncologici o anatomici, preservare l'apparato sfinteriale.

Correlazione tra classificazione TNM e DUKES (Modificata Astler-Collier, MAC)				
Stadio 0	Tis	N0	M0	
Stadio I	T1	N0	M0 (r)	A
	T2	N0	M0	B1
Stadio II	T3	N0	M0 (r)	B2
	T4	N0	M0	B3
Stadio III	Ogni T	N1	M0 (r)	C1(T2) - C2(T3)- C3(T4)
	Ogni T	N2, N3	M0	C1(T2) - C2(T3)- C3(T4)
Stadio IV	Ogni T	Ogni T	M1	D

L'intervento deve essere eseguito da uno Specialista in chirurgia dell'apparato gastrointestinale, in particolare da un Chirurgo ad "alto volume" di attività in chirurgia coloretale (oltre 20-25 interventi/anno). Con l'intervento viene asportato il tratto intestinale in cui è localizzato il tumore e i linfonodi loco-regionali adiacenti, primo sito ove il tumore potrebbe diffondersi.

Negli ultimi anni la chirurgia ha avuto evoluzioni tecnologiche importanti, per cui, in centri dedicati e specializzati, le resezioni coloretali sono in gran parte eseguite con tecniche laparoscopiche o, in casi scelti, robotiche. La laparoscopia, a differenza della chirurgia tradizio-

nale, prevede piccole incisioni (da 0,5 a 1 cm circa) attraverso le quali vengono posizionati i ferri chirurgici dedicati, attraverso tubi detti "trocar" operativi. Se da un lato si è dimostrato che questi interventi sono "oncologicamente" sicuri per il Paziente, dall'altro ne facilitano il decorso post-operatorio, in quanto mediamente caratterizzati da minore degenza post-operatoria e dolore post-chirurgico. La cura di tutti gli aspetti pre-, intra- e post-operatori (alimentazione, tecniche anestesiológicas, controllo del dolore post-operatorio, ecc.), associata a tecniche chirurgiche mini-invasive, rappresenta oggi presso centri specializzati di eccellenza il "gold standard" nel trattamento dei tumori coloretali e prende il nome di "fast-track surgery".



Tempo operatorio e risultato finale in Paziente affetto da tumore del colon e sottoposto a intervento videolaparoscopico.

Se il tumore è in stadio avanzato, la chirurgia può talvolta essere preceduta (stadio IV o con metastasi a distanza) o seguita (stadio II a "rischio" o stadio III) dalla chemioterapia o dalla radioterapia.

La chemioterapia svolge un ruolo fondamentale nella malattia avanzata non operabile, ma non solo. Recentemente sono stati pubblicati diversi studi che evidenziano il ruolo di un trattamento chemioterapico cosiddetto adiuvante, cioè effettuato dopo l'intervento chirurgico, nel diminuire il rischio di ricaduta. Sono positivi anche gli studi sulla terapia neoadiuvante nel cancro del retto (chemio e radioterapia, soprattutto in caso di cancro del retto, effettuata prima dell'intervento) per ridurre la dimensione del tumore e facilitare il compito del Chirurgo, ma anche per prolungare la sopravvivenza e l'intervallo libero da malattia.

Un discorso a parte meritano i farmaci biologici, utilizzati al momento solo in alcune situazioni particolari, sui quali numerosi e promettenti sono al momento gli studi clinici.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

per saperne di più



MONTALLEGRO

TITOLO

Tumore del colon-retto: una risposta
alle domande più frequenti del Paziente.

AUTORI

Prof. Valter Ferrando, Dott. Emanuele Romairone,
Dott. Edoardo Rimini, Dott. Stefano Scabini.

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di dicembre 2012



COLLANA "PER SAPERNE DI PIÙ"

Le neoplasie, insieme alle patologie cardiovascolari, sono oggi le malattie più gravi nel mondo occidentale. "per saperne di più" si propone di fornire ai nostri Pazienti, con l'aiuto dei nostri Professionisti, un'informazione chiara e semplice sulle neoplasie più comuni perché è anche con la conoscenza che si vince la battaglia contro la malattia.

Altre pubblicazioni della stessa collana:

Tumore della mammella: una risposta alle domande più frequenti della Paziente.

Tumore della prostata: una risposta alle domande più frequenti del Paziente.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

