

CANCRO DEL COLON RETTO.

FATTORI DI RISCHIO, DIAGNOSI E PREVENZIONE

Informazioni generali

Colon e retto fanno parte dell'apparato digerente. L'apparato digerente ha il compito di processare gli alimenti, di assorbire nutrienti (vitamine, minerali, carboidrati, grassi, proteine e acqua) e di eliminare materiale di scarto. E' composto da bocca, faringe, esofago, stomaco, piccolo e grosso intestino. Il colon è la prima parte del grosso intestino, mentre il retto e il canale anale rappresentano l'ultima parte. Il canale anale termina con l'ano, attraverso il quale l'intestino si apre all'esterno.



Il cancro dell'intestino prende il nome dalla sede in cui si sviluppa: cancro del colon e cancro del retto, se le sedi di origine sono il colon e rispettivamente il retto.

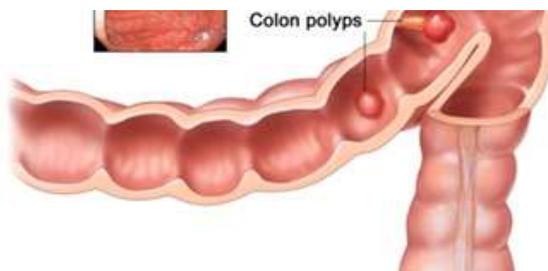
Nei Paesi industrializzati, il cancro colo-rettale rappresenta una delle principali cause di morte per tumore.

Recentemente si è verificata una lieve riduzione dei casi totali, eccetto che in adulti di età inferiore a 50 anni in cui sembra esservi un progressivo incremento.

Una più elevata incidenza del tumore si è osservata nel sesso maschile, rispetto a quello femminile.

Fattori di rischio per lo sviluppo di tumore del colon-retto sono correlati all'età e alla storia familiare. In particolare:

- Età superiore a 50 anni
- Avere una storia personale di
 - Cancro del colon o del retto
 - Polipi del colon o del retto
 - Cancro dell'ovaio, dell'endometrio o della mammella
 - Colite ulcerativa o morbo di Crohn
- Avere un genitore, fratello, sorella o figlio con cancro del colon-retto
- Ereditarietà per condizioni quali la Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP) e il cancro ereditario del colon non poliposico (sindrome di Lynch).

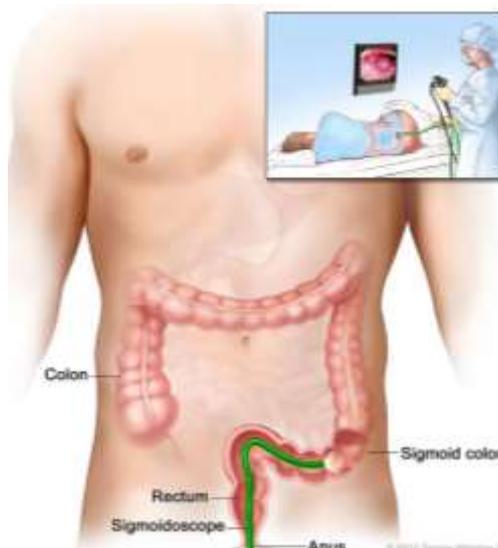


Altri fattori che aumentano il rischio di cancro colo-rettale sono: l'abuso di alcolici (più di 3 bicchieri al giorno), il fumo di sigaretta e l'obesità.

SCREENING

Numerosi studi hanno dimostrato che lo screening riduce il numero di morti per cancro del colon-retto. Sono disponibili quattro test di screening:

- Ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT). Un piccolo campione di feci viene sistemato in un contenitore speciale e inviato in laboratorio. La presenza di sangue è segno di polipo o di tumore
- Clisma di Bario. Attraverso il retto viene introdotta una soluzione di solfato di Bario (composto metallico bianco-argenteo) che facilita la visione del tratto intestinale inferiore permettendo di effettuare una serie di radiografie
- Sigmoidoscopia. Procedura che permette di ricercare polipi, aree anomale o il cancro a livello dell'ultimo tratto del colon (sigma) e del retto. Il sigmoidoscopio ha la struttura di tubo sottile flessibile, dotato di una lente, un fascio luminoso e uno strumento che permette di rimuovere polipi o campioni di tessuto da esaminare, in maggior dettaglio, al microscopio
- Colonscopia. L'apparecchiatura è simile al sigmoidoscopio ed offre le stesse prestazioni: consente l'identificazione di aree anomale, polipi e cancro lungo tutto il colon.



Altri metodi di screening

- Esplorazione rettale. Può far parte di un esame obiettivo di routine. Con le dita ricoperte da un guanto e lubrificate, il medico ricerca eventuali anomalie nel retto. L'esplorazione rettale di per sé non rappresenta un metodo di screening del cancro colo-rettale
- Colonscopia virtuale (CT colongrafia). Attraverso Tomografia Computerizzata (CT) si ottiene una serie di immagini del colon e si identificano polipi o anomalie della superficie
- DNA test fecale. Il test ricerca la presenza nelle feci di alterazioni genetiche che potrebbero essere segno di cancro colo-rettale.

Rischi dello screening.

Comprendono:

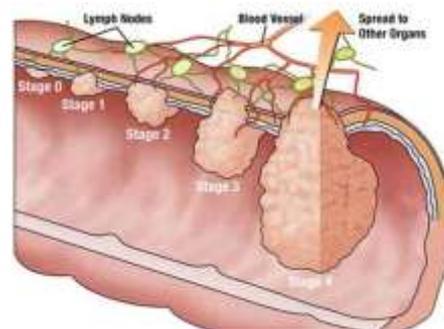
- Risultati falso- negativi. Possono ritardare la cura, sino a quando non compaiano chiari sintomi di malattia
- Risultati falso – positivi. Oltre a preoccupare inutilmente il paziente, possono indurre ad effettuare indagini (biopsia) non necessarie
- Positività della ricerca di sangue occulto in assenza di cancro. Tale evenienza può creare uno stato d'ansia e portare ad approfondimenti diagnostici, fastidiosi per il paziente e non privi di rischi (colon e sigmoidoscopia)
- Colonscopia e sigmoidoscopia possono provocare dolore (specie nella donna), sanguinamento, lesioni della mucosa; tali complicanze sono, in genere, più frequenti nell'anziano.

STADIAZIONE DEL CANCRO COLO-RETTALE

Con la stadiazione è possibile definire quanto il cancro si è diffuso. Conoscere lo stadio della malattia permette di pianificare il trattamento e di stabilire una prognosi.

La diffusione del cancro avviene per contiguità, attraverso la via linfatica o la via ematica.

- Stadio 0. Le cellule anomale si trovano a livello della mucosa, possono trasformarsi in cancro e diffondersi. Lo stadio 0 è anche chiamato carcinoma in situ
- Stadio 1. Dalla mucosa, il cancro si diffonde allo strato sottomucoso sino ad arrivare al tessuto muscolare
- Stadio 2. Il cancro attraversa la parete del colon, arriva alla sierosa (stadio 2A), può superarla (stadio 2B) e diffondere negli organi vicini (stadio 2C)
- Stadio 3. Il cancro può interessare parzialmente o per intero la parete del colon: sono coinvolti linfonodi in numero variabile e /o può esservi diffusione agli organi vicini (stadi 3A,3B,3C)
- Stadio 4. Il cancro ha superato la parete intestinale, interessato i linfonodi e gli organi vicini e si è diffuso in uno (stadio 4A) o più (stadio 4B) organi lontani.



PREVENZIONE DEL CANCRO COLO-RETTALE

Obiettivo della prevenzione è ridurre il rischio di comparsa di tumore e, di conseguenza, anche il numero di persone che muoiono a causa di tale patologia. Con la prevenzione si cerca di incidere sui fattori di rischio, ben sapendo che alcune cause possono essere modificate o eliminate, mentre altre, nella fattispecie quelle di tipo ereditario, non sono modificabili.

Fattori "protettivi" che avrebbero dimostrato di ridurre il rischio di cancro colo-rettale:

- Modifiche dello stile di vita, comprendenti regolare attività fisica
- Riduzione dell'uso di alcolici e stop al fumo
- Assunzione giornaliera di aspirina per almeno 5 anni, o a giorni alterni per 10 anni (non sottostimare il rischio di possibili emorragie da stomaco, intestino, cervello)
- Terapia ormonale sostitutiva con estrogeni e progestinici in post menopausa. Tale terapia, per contro, può aumentare il rischio di cancro alla mammella, cardiopatia, trombosi
- Rimozione di polipi, in particolare quelli di dimensioni superiori a 1 cm.



Fattori "in studio" che, al momento, non avrebbero dimostrato di ridurre il rischio di cancro al colon:

- Farmaci antinfiammatori non steroidei (sulindac, celecoxib, naproxen, ibuprofen). Tali composti riducono, dopo rimozione, la comparsa di adenomi colo-rettali e/o il numero e le dimensioni di polipi in pazienti con Poliposi Adenomatosa Familiare: non è chiaro se tali risultati si accompagnino anche ad una riduzione del rischio di cancro colo-rettale
- Supplementazione di calcio
- Dieta a basso contenuto di grassi e proteine, ricca di fibre, frutta e verdura.

Fattori che non incidono sulla comparsa di cancro colo-rettale:

- Terapia sostitutiva con estrogeni
- Statine (farmaci che riducono i livelli di colesterolo).

RIFERIMENTI

National Cancer Institute: PDQ® Colorectal Cancer Screening. Bethesda, MD: National Cancer Institute. July 2015. <http://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq>.

ASPIC ODV Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso

Sede c/o Centro SERVIZI Vol.To, Via Giolitti 21, 10123 Torino

CF. 97574720013 www.aspiconlus.it +39 3343898714 info@aspiconlus.it

