

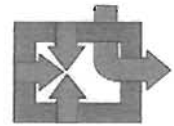


A.I.STOM.

Associazione Italiana Stomizzati

ONLUS - D.P.R. 15.1.87 (in G.U. n. 58 del 10.3.88)

MEMBRO ASSOCIATO DELLA IOA
INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION
ADERENTE CITTADINANZATTIVA - CONFONLUS - FAVO



Il tumore al colon retto, questo sconosciuto ...

Una patologia che affligge i Paesi Industrializzati

Il carcinoma del colon-retto (C.C.R.) è un tumore molto frequente nei Paesi ad elevato sviluppo economico ed in Italia è la seconda causa di morte per tumore, Infatti ogni anno 35.000 persone si ammalano di tumore al colon (e per poco meno del 50% costituisce causa di morte) e la sua identificazione precoce permette di effettuare interventi chirurgici poco demolitivi, ottenendo la completa guarigione in una buona percentuale dei casi.

I fattori di rischio

I principali fattori di rischio sono fondamentalmente quattro:

1. Prima di tutto **la storia personale o familiare** di carcinoma o di polipi del colon-retto: oggi è noto che una persona che ha avuto un parente di primo grado (madre-padre-fratello-sorella) affetto da CCR può essere maggiormente a rischio di sviluppare la stessa malattia. Tale rischio è aumentato anche in chi ha una storia personale di polipi multipli del colon. Possiamo identificare le due principali categorie di ereditarietà (10-15% dei casi):

a. la Poliposi Adenomatosa Familiare (PAF) è caratterizzata dalla presenza di 100-1000 polipi adenomatosi nel colon-retto. Anche se gli adenomi sono tumori benigni, possono evolvere verso la malignità nella quasi totalità dei casi. Oltre agli adenomi del grosso intestino, nella PAF, i pazienti possono essere affetti da altre patologie associate quali osteomi, cisti sebacee e lipomi, desmoidi, aree iperpigmentate della retina, polipi dello stomaco-duodeno, tumori della tiroide e cerebrali. Tale sindrome è sostenuta da un difetto genetico del cromosoma 5, che viene trasmesso ai figli con una probabilità pari al 50%;

b. i tumori ereditari del colon "non polipoidi" (sigla Internazionale HNPCC o sindrome di *Lynch*), anch'essi dovuti a mutazioni genetiche. Questa sindrome è caratterizzata dalla presenza di un CCR in più di una generazione, senza apparente "salto generazionale"; dalla precoce insorgenza del CCR (prima di 40 anni); dalla prevalente localizzazione del CCR nel colon destro; dalla frequente associazione con altri carcinomi (stomaco, utero, apparato uro-genitale). Queste situazioni necessitano di controlli clinici frequenti, per diagnosticare tempestivamente l'insorgere del tumore. Ne consegue che è importante ricostruire sempre l'albero genealogico di un paziente per identificare casi di ereditarietà magari sottovalutati: ciò è utilissimo per prevenire ulteriori casi di altri familiari viventi, con particolare riferimento ai più giovani;

2. **l'età**, si è visto che questo tumore è raro al di sotto dei 40 anni, diventa più frequente con l'avanzare dell'età ed il massimo dell'incidenza si raggiunge a 70 anni;

3. **la dieta e le abitudini di vita** sono molto importanti: è dimostrato che un'eccessiva assunzione di carne e uno scarso apporto in fibre vegetali, il fumo e un eccessivo consumo di bevande alcoliche ed una scarsa attività fisica sono influenti;

4. **le malattie infiammatorie croniche dell'intestino**, principalmente la rettocolite ulcerosa ed il morbo di *Crohn* (anche se meno importante) possono rappresentare fattori di rischio. Non sono ritenuti fattori di rischio emorroidi e diverticoli.

I primi sintomi

I sintomi (più frequenti e spesso trascurati) che dovrebbero guidare ad una diagnosi precoce sono diversi. Un sintomo comune e privo di specificità è il dolore addominale, spesso attribuito ad una cattiva

digestione. Un altro segnale è la proctorragia, ossia la presenza di sangue nelle feci, che molto spesso viene erroneamente attribuita alle emorroidi. E' bene fare attenzione anche ai cambiamenti delle abitudini intestinali, in particolare alla stitichezza e alla diarrea prolungata. Infine si possono verificare anemia e stanchezza: spesso sono correlate con la perdita continua di sangue dalla neoplasia.

Come diagnosticarlo

Dopo che si sono manifestati i primi segnali sono due i principali esami che vengono utilizzati per verificare lo stato dell'intestino:

1. **Esame endoscopico:** consente l'esplorazione diretta degli ultimi 25/30 cm di colon (rettosigmoidoscopia) o di tutto il colon (pancolonscopia). Eventuali lesioni riscontrate nel corso dell'esame possono essere biopsiate o, se piccole, asportate completamente. Il disagio procurato dalla procedura può essere eliminato attraverso una sedazione farmacologica;

2. **Clisma opaco:** è un esame radiologico effettuato mediante l'introduzione di bario e aria nel colon che permette di avere solo immagini indirette di come è fatto il nostro intestino. Pur essendo meno preciso e attendibile rispetto all'esame endoscopico, trova ancora una sua particolare indicazione nei pazienti in cui non si riesca ad avere una visione endoscopica completa.

Quanto è importante una diagnosi precoce

La diagnosi precoce è l'unica arma vincente per sconfiggere il tumore e per tale ragione si consiglia (a partire dai 50 anni) di effettuare ogni anno il *test* per la ricerca di sangue occulto nelle feci (*Hemoccult*). Inoltre è bene eseguire fra i 50 e i 60 anni un esame endoscopico. Queste procedure, correttamente applicate sulla popolazione generale (su larga scala) portano ad una riduzione dell'incidenza del tumore e di conseguenza ad una riduzione della mortalità pari al 15-30%.

Come si può vincere e quali sono le armi più efficaci?

Se viene diagnosticato un tumore del colon-retto le armi a nostra disposizione sono tre:

a. la chirurgia costituisce il trattamento standard. Viene asportato un ampio tratto dell'intestino interessato dal tumore insieme alle vie di drenaggio linfatico e linfonodi. Le tecniche chirurgiche attuali possono avvalersi di moderne suturatrici meccaniche che permettono interventi più conservativi, specie nel retto, evitando il più possibile spiacevoli deviazioni (o stomie). Oggigiorno questi interventi si effettuano anche con la "chirurgia robotica". Chirurgia robotica che oggi consente di intervenire in modo "preciso" salvando organi di vitale importanza come ad esempio quelli sessuali. Ma ritornando a quanto sopra descritto, fanno eccezione alcuni tumori che interessano il tratto più vicino all'ano, in questo caso si deve procedere all'amputazione completa del retto e dell'ano ed al confezionamento di una colostomia o, come viene spesso definita, una "deviazione": in altre parole, l'abboccamento del colon alla cute per scaricare le feci all'esterno. Nel caso in cui si debba procedere al confezionamento di una stomia bisogna distinguere fra quelle temporanee, che proteggono una sutura intestinale a rischio evitando il transito delle feci e che vengono chiuse a distanza di 3-6 mesi dall'intervento e quelle definitive, come per esempio nella situazione sopra citata. La "deviazione" è sicuramente un evento sgradevole, ma non un dramma. Col tempo è possibile familiarizzare col dispositivo e costringerlo, grazie alla metodica dell'irrigazione (praticabile unicamente dai pazienti colostomizzati), ad avere una sorta di controllo delle scariche, con vantaggi psicologici non indifferenti per poter affrontare una normale vita di relazione;

b. la radioterapia, invece, viene utilizzata nei tumori del retto prima o dopo l'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni del tumore stesso e la possibilità di ripresa di malattia nella stessa sede. Il trattamento viene eseguito con un acceleratore lineare mediante fotoni ad alta energia e la sua durata (dalle 3 alle 6 settimane) è in funzione della dose totale da somministrare e del frazionamento previsto;

c. la chemioterapia può essere utilizzata prima o dopo l'intervento, in eventuale combinazione con la radioterapia. Trova indicazione anche nella malattia metastatica in quanto consente, in alcuni casi, la scomparsa delle metastasi, un prolungamento della sopravvivenza ed un miglioramento dei sintomi collegati alla malattia.

In caso di stomia, che fare ?

In ogni evenienza rammentate che la stomia è un nuovo organo (ano *praeternaturale*) <salvavita> e non deve essere considerata come una "vergogna" da portarsi dietro. Ne consegue che è importante per

il neo-stomizzato riprendere la vita interrotta dall'intervento chirurgico, ritornare all'attività lavorativa (evitando gli sforzi, specie quelli intra-addominali, poiché notevole è il rischio di avere l'ernia peristomiale), agli *hobby* e soprattutto a frequentare le persone che più stanno a cuore. Per tali motivazioni, l'Associazione dei pazienti nella fase pre e post-operatoria suggerisce ai medici un <concreto> supporto psicologico del paziente. Sostegno psicologico che è vitale perché agevola l'intero percorso (intervento chirurgico, riabilitazione enterostomiale e reinserimento sociale) riabilitativo e sociale, fornendo al paziente una <buona> conoscenza di quanto lo attende (odori indesiderati, dermatiti, deiezioni, igiene personale, problematiche sessuali, ecc., ecc..).

Sei regole d'oro per prevenire una malattia in aumento

Il tumore del colon si può curare tanto più agevolmente quanto più precoce è la diagnosi. Oggi sono a disposizione i mezzi per identificare in anticipo quelle lesioni che, se trascurate, possono evolvere verso situazioni non più controllabili o suscettibili di trattamenti estremamente invasivi.

Le sei regole d'oro:

1. abitudini alimentari: più verdure e frutta, meno grassi
2. evitare una vita troppo sedentaria
3. limitare il consumo di alcool e sigarette
4. eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci una volta all'anno dopo i 50 anni
5. sottoporsi ad un esame endoscopico in caso di storia familiare di CCR
6. consultare il medico di famiglia in presenza di qualsiasi sintomo di allarme: ricordate che è fondamentale un buon rapporto con il vostro medico di medicina generale che saprà consigliarvi, aiutarvi ed indirizzarvi nel modo più corretto agli esami specialistici

Diagnosi e prevenzione

Ogni anno sono oltre 35.000 gli italiani colpiti, ma si può tenere sotto controllo per mezzo di una dieta equilibrata e dell'endoscopia. Lo stile di vita e le abitudini alimentari possono influenzare l'insorgenza di questa patologia, ma anche le tecniche attualmente a disposizione hanno cambiato l'approccio diagnostico. Le neoplasie colo-rettali come tutti i tumori maligni si sviluppano a causa di una serie di mutazioni genetiche ma sono forse il modello carcinogenetico umano in cui meglio si evidenzia la stretta correlazione tra fattori genetici e fattori ambientali, in particolare dietetici, nel determinismo della malattia. Le forme ereditarie sono quindi trasmesse geneticamente (come la poliposi adenomatosa familiare, il cancro colo-rettale ereditario senza poliposi) rappresentano solo il 5% di tutti i tumori del colon.

La malattia

L'epidemiologia dei tumori del colon sta cambiando, infatti si è verificato un progressivo aumento dei tumori del colon destro rispetto a quelli localizzati nel retto-sigma. La ragione per questo cambiamento di distribuzione non è chiara. E' stata messa in discussione l'accuratezza degli studi che hanno dimostrato questa migrazione, ma si può ipotizzare che una maggiore diffusione delle indagini endoscopiche estese al colon prossimale (cioè al cieco e al colon ascendente) abbia contribuito alla diagnosi precoce di lesioni non visibili, quando l'esplorazione del colon si limita all'ultimo tratto (retto e sigma). La diffusione di programmi di prevenzione consente anche di identificare i tumori più precocemente rispetto al passato, quando la giovane età dei pazienti era tipica delle forme ereditarie. Come esame di screening sulla popolazione si tende a privilegiare la colonscopia completa o pancolonscopia, che controlla tutto l'intestino, rispetto alla rettosigmoidoscopia, esame endoscopico che studia appunto le ultime porzioni di intestino (gli ultimi 50-60 cm).

L'alimentazione

Tra i fattori ambientali che influiscono sul cambiamento dell'epidemiologia dei tumori colo-rettali, la dieta occupa un posto di primo piano. Un elevato consumo di grassi animali, uno scarso apporto dietetico di fibre, di vitamine antiossidanti (A, C, E), di calcio e di microelementi come il selenio è associato a un

maggiore rischio di tumore colo-rettale. Il fattore di rischio più importante per il cancro sporadico del colon-retto rimane però l'età superiore a 50 anni. Circa il 75% dei casi di neoplasie del colon viene osservato in questa popolazione di pazienti, mentre un altro 20% ha una storia familiare di tumore colo-rettale. Il rischio raddoppia rispetto alla popolazione generale quando viene riferito almeno un parente di primo grado con tumore del colon.

Quando l'origine è benigna

E' comunque accertato che oltre il 95% dei tumori colo-rettali nasce da un polipo benigno, cioè da un adenoma. Nel contesto del polipo le cellule si trasformano, per effetto di successive mutazioni geniche, seguendo un lungo cammino che passa attraverso stadi progressivamente ingravescenti di displasia, fino ad arrivare alla neoplasia maligna, cioè al carcinoma, in un lasso di tempo non inferiore a 5-10 anni. Un'eccezione è rappresentata da cancri che complicano alcune malattie infiammatorie intestinali, in cui la neoplasia insorge su displasia in assenza di polipi. Da queste osservazioni scaturisce l'importanza dell'endoscopia, che consente di identificare tutte le lesioni sospette ed asportare i polipi benigni prima che degenerino in tumore maligno.

Prevenzione e diagnosi dei tumori del colon

Le metodiche endoscopiche sono tecniche molto importanti sia a fini di diagnosi precoce, in pazienti che abbiano dei sintomi, sia come screening in pazienti che stanno bene, ma che hanno un parente di primo grado con questo tipo di tumore, o in cui sia risultata positiva la ricerca del sangue occulto nelle feci. Quest'ultimo test dovrebbe essere eseguito ogni anno, possibilmente su tre campioni, a partire almeno dai 50 anni. Nei casi di aumentato rischio familiare è consigliabile, ai fini della prevenzione, effettuare la prima colonscopia a 40 anni e, in assenza di sintomi, ripeterla ogni 5 anni. I pazienti con storia familiare di poliposi adenomatosa o di cancro ereditario senza poliposi, come pure quelli con malattie infiammatorie croniche dell'intestino (in particolare la rettocolite ulcerosa), dovrebbero iniziare la sorveglianza del colon più precocemente e a intervalli più ravvicinati. In generale, l'intervallo di tempo tra due controlli successivi varia a seconda del rischio e della storia clinica personale, che comprende l'eventuale asportazione di adenomi o interventi chirurgici per tumore dell'intestino.

La pancolonscopia

E' ormai accettato che diverse condizioni o patologie possono predisporre o addirittura precedere lo sviluppo di un tumore del colon; un ruolo di primo piano è attribuito alla dieta con l'abbinamento di un elevato consumo di grassi e proteine ed una scarsa introduzione di fibre vegetali. Le lesioni precancerose a più alto rischio sono i polipi adenomatosi, con possibilità di degenerazione legata al diametro ed al tipo istologico del polipo. Si passa infatti da una percentuale di malignità dell'1,3% per i polipi di diametro inferiore a 1 cm., ad una percentuale del 9,5% per i polipi con diametro tra 1 e 2 cm., per giungere ad una percentuale del 46% per i polipi con diametro superiore ai 2 cm. Per quanto riguarda il tipo istologico si ha una percentuale di malignità del 5% per gli adenomi tubulari, del 20% per i tubuli villosi e del 40% per i villosi. Di fronte ad un carcinoma del colon, conclusa la fase chirurgica più affidabile e maggiormente diffusa, il malato che abbia o no una stomia, va sottoposto ad accurato *follow-up* (controlli periodici).

Gli schemi di *follow-up* maggiormente seguiti prevedono:

- controllo del CEA ogni tre mesi
- TAC ogni anno
- colonscopia ogni anno

A tal proposito è opportuno tener conto di alcune considerazioni. Molto spesso gli esami endoscopici eseguiti in fase pre-operatoria sono di necessità limitati nel loro giudizio diagnostico dalla presenza della lesione nel tratto terminale dell'intestino: essa può determinare un restringimento del lume ed impedire la risalita del colonscopio oltre la massa, non consentendo l'esplorazione dei segmenti colici soprastanti e per lo stesso motivo può determinare un abbondante ristagno di materiale fecale nei tratti a monte, che rende difficile il rilievo radiologico mediante clisma opaco di lesioni di piccole dimensioni. E' noto inoltre come i carcinomi del colon siano nel 3% dei casi accompagnati da un secondo tumore del grosso intestino. Se consideriamo inoltre che esistono dei fattori genetici predisponenti alla formazione di un tumore del colon è chiaro che questi fattori non vengono certamente rimossi con l'intervento chirurgico, per cui tali pazienti rimangono sempre a rischio per l'insorgenza di una nuova lesione: essi, infatti, hanno

notevoli possibilità di sviluppare nel tempo adenomi e/o carcinomi. A tale scopo l'esame endoscopico rappresenta il miglior metodo per un accurato *follow-up* in quanto consente, oltre alla diretta visualizzazione delle lesioni eventualmente presenti, l'esecuzione di biopsie nonché l'asportazione dei polipi potenzialmente maligni.

Testo elaborato da:
Massimo Dottor Castellano
Francesco Sig. Diomede
Francesco Dottor Pisani

NB.: in virtù del D. Legislativo n. 196/03 nessuna parte del testo può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro, senza l'autorizzazione dell'Associazione Italiana Stomizzati (www.aistom.org)