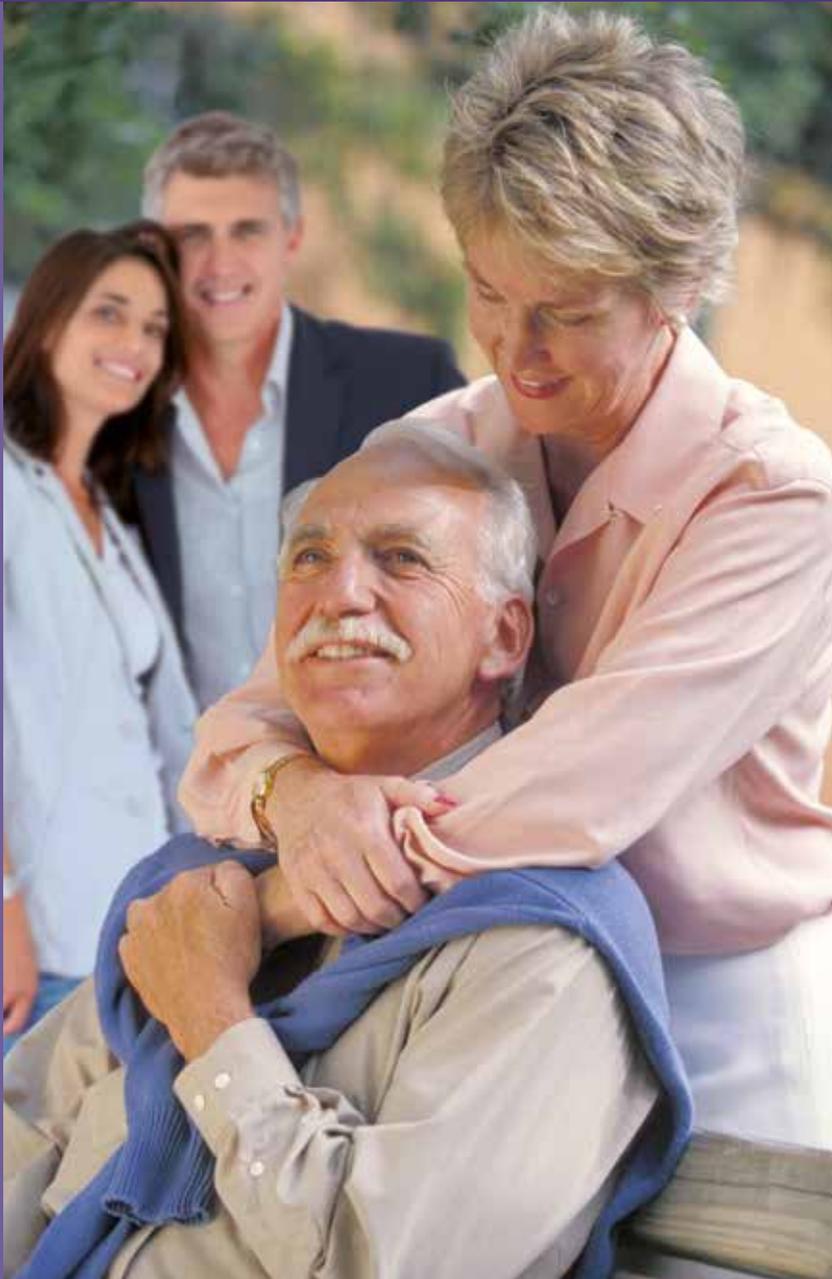




LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

SEZIONE
PROVINCIALE
DI PISA



Il tumore del colon retto



Indice

Prefazione	pag. 3
Cos'è il tumore del colon retto?	pag. 4
Come si origina il tumore del colon retto?	pag. 6
Quali sono i principali fattori di rischio?	pag. 7
È possibile prevenire il tumore del colon retto?	pag. 9
Quali sono i sintomi che devono indurre a visita medica?	pag. 10
Quali esami possono diagnosticare il tumore del colon retto?	pag. 11
Come si cura il tumore del colon retto?	pag. 13
Raccomandazioni	pag. 15
La LILT	pag. 18
■ Chi è la LILT	pag. 18
■ La Mission	pag. 18
■ Le attività	pag. 19
■ Come sostenere la LILT	pag. 20
Sezioni Provinciali della LILT	pag. 20



Prefazione

Per decenni le patologie tumorali sono state considerate un vero e proprio tabù, un messaggio di sofferenza e dolore, quasi privo di speranza. E il non parlarne, il far finta di niente era il modo più semplice, anche se il più rischioso, per allontanare la paura del tumore. Ma non il cancro stesso.

Oggi, l'atteggiamento psico-sociale, per fortuna, è cambiato e fondamentali passi in avanti sono stati compiuti grazie alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia.

Si è in particolare sviluppata la cultura della prevenzione e della diagnosi precoce, che si stanno sempre più diffondendo e consolidando. Attraverso la prevenzione, infatti, è possibile oggi sconfiggere il tumore. Bastano salutari comportamenti, semplici accortezze e periodici controlli clinico-strumentali. La prevenzione e la diagnosi precoce guariscono oltre il 54% dei casi di cancro e siamo altresì consapevoli che intensificando le campagne di sensibilizzazione potremmo arrivare ad una guaribilità superiore all'80%.

Tuttavia, nonostante i tanti traguardi scientifici raggiunti, il livello di guardia deve restare ancora alto sul fronte della sensibilizzazione, soprattutto nei confronti dei giovani.

Questa certezza fa sì che la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sia sempre più attivamente impegnata sul fronte della "prevenzione". Intesa sia come prevenzione primaria (adozione di stili e comportamenti di vita salutari: niente fumo – responsabile del 30% dei tumori –, corretta alimentazione, attività fisica e lotta alla cancerogenesi ambientale e professionale), sia come prevenzione secondaria (diagnosi precoce per i tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon retto, della prostata, del testicolo, del cavo orale e della cute).

Prevenire significa vivere. Più a lungo e bene.

"L'informazione corretta e l'educazione alla salute sono elementi basilari per un'efficace prevenzione".

Prof. Francesco Schittulli
Presidente Nazionale
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Cos'è il tumore del colon retto?

È il tumore più frequente dell'intestino crasso o grosso intestino (fig. 1), che origina dalla trasformazione maligna delle cellule del rivestimento (mucosa) del lume intestinale, deputate alla produzione del muco che serve a facilitare il transito intestinale.

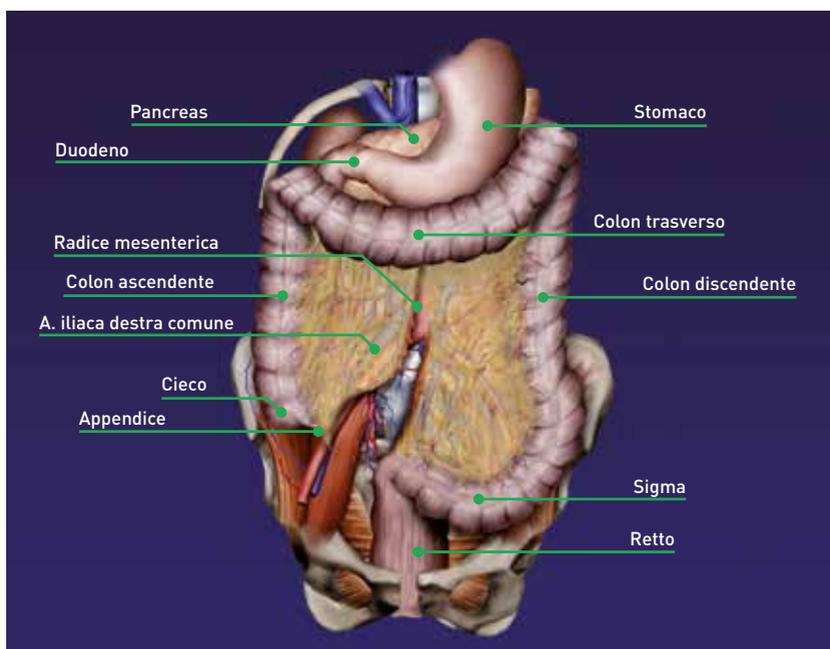


Fig. 1. Rappresentazione schematica dell'intestino crasso

L'intestino crasso si suddivide da destra verso sinistra in: cieco, colon ascendente, colon trasverso, colon discendente, sigma, retto ed ano. Sigma e retto costituiscono le sedi più frequentemente interessate da questa neoplasia (fig. 2).

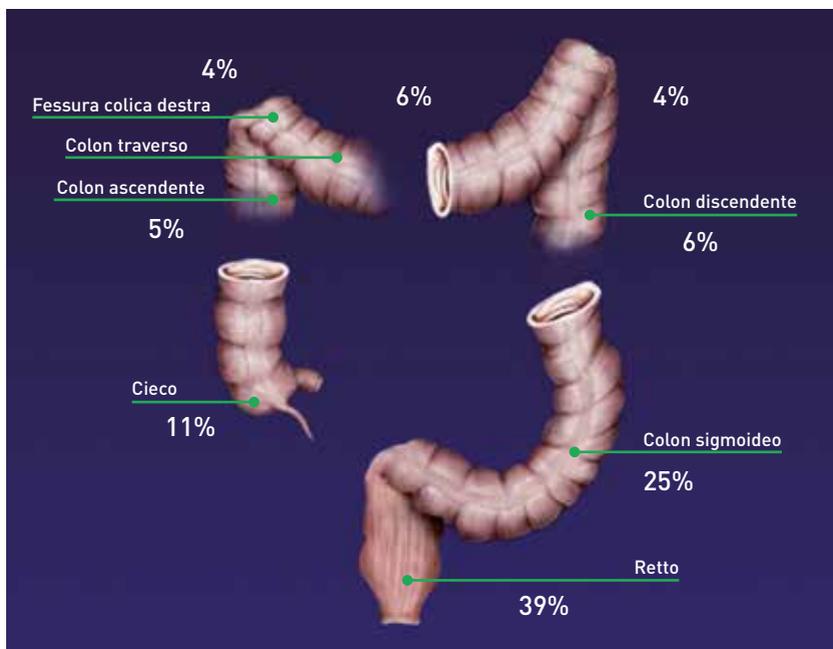


Fig. 2. Distribuzione in percentuale del tumore coloretale

Il tumore del colon retto (d'ora in avanti CCR), con una mortalità di oltre 15.000 decessi l'anno, rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia in Italia, dopo il tumore del polmone nell'uomo e quello della mammella nella donna.

Ogni anno nel nostro Paese si registrano oltre 40.000 nuovi casi, con un'insorgenza prevalente dopo i 40 anni e con una pressoché analoga frequenza negli uomini e nelle donne.

Come si origina il tumore del colon retto?

Quasi tutti i CCR si sviluppano a partire da lesioni benigne del colon o del retto denominate *polipi adenomatosi (adenomi)*. Altri tipi di polipi intestinali (infiammatori, iperplastici o amartomatosi) non si trasformano mai in cancro.

Il rischio di trasformazione da polipo benigno a tumore maligno dipende dai seguenti fattori:

- tipo di adenoma (rischio maggiore negli adenomi villosi);
- numero e dimensione dei polipi (rischio maggiore per i polipi multipli e di diametro superiore a 1cm);
- alterazioni cellulari del polipo dette displasie (rischio maggiore in displasie gravi rispetto a quelle lievi).

È stato calcolato che occorre un periodo dai 10 ai 15 anni perché un adenoma si trasformi in cancro invasivo.

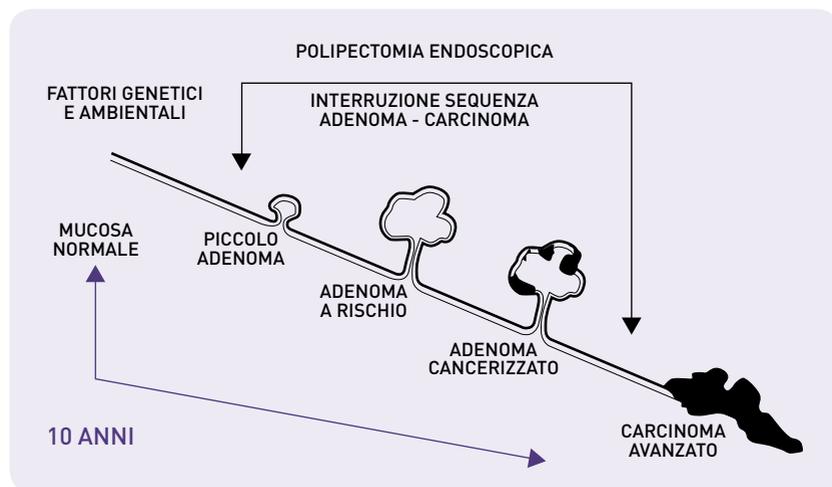


Fig. 3. Storia naturale del tumore del colon retto



Vista la lunga sequenza temporale per la formazione del carcinoma, è possibile interrompere e prevenire lo sviluppo del tumore maligno attraverso la rimozione endoscopica di adenomi eventualmente riscontrati.

Quali sono i principali fattori di rischio?

ETÀ

È il fattore determinante nel 50-60% dei CCR. Sebbene possa svilupparsi a qualunque età, nel 90% dei casi questa forma tumorale si verifica dopo i 40 anni, con un rischio che raddoppia ogni 10 anni dopo tale età.

FAMILIARITÀ

Una familiarità per CCR (parenti di 1° grado: fratelli, sorelle, genitori, figli) si riscontra nel 30-40% dei casi. In particolare, rispetto a soggetti senza alcuna familiarità, il rischio aumenta di:

- 2-3 volte, per chi abbia 1 familiare di 1° grado già affetto da CCR;
- 3-4 volte, per chi abbia 2 familiari di 1° grado affetti da CCR o 1 familiare di 1° grado con CCR diagnosticato in età inferiore ai 50 anni.



FATTORI EREDITARI

Il 4-6% dei casi di CCR è ereditario. Esso può insorgere, infatti, in età giovanile negli individui con elevato rischio dovuto a specifiche alterazioni genetiche, trasmesse dai genitori ai figli, come nel caso della Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP) e delle Sindromi di Gardner, di Lynch e di Peutz-Jehgers.

NOTA BENE: in presenza o nel sospetto di tali patologie è consigliato rivolgersi a Centri di Consulenza Genetica altamente qualificati per l'esecuzione di analisi genetiche e capaci di fornire adeguati percorsi diagnostici.

FATTORI PERSONALI

Si tratta di fattori legati allo stile di vita e all'esistenza di patologie "favorevoli" quali:

- malattie infiammatorie croniche intestinali (Rettocolite Ulcerosa e Morbo di Crohn);
- precedenti polipi del colon;
- pregresse neoplasie in altre sedi (in prevalenza utero, ovaio e mammella);
- sovrappeso e obesità;
- dieta ipercalorica, ricca di grassi animali, con elevato consumo di carni rosse ed alcool e povera di fibre;
- vita sedentaria.

È possibile prevenire il tumore del colon retto?

Sì!! Si può. Con due modalità:

PREVENZIONE PRIMARIA

Ha lo scopo di prevenire l'insorgenza del tumore, rimuovendo, ove possibile, i fattori di rischio della malattia e si attua osservando:

- una dieta equilibrata ricca di frutta e fibre, a basso contenuto di grassi e povera di carni rosse;
- un esercizio fisico costante (30 minuti dedicati per almeno 5 giorni la settimana).

Studi ancora in corso indicano che anche apporti nutritivi di acido folico, vitamina D e Magnesio (in particolare per le donne) possono svolgere un'azione protettiva. L'assunzione cronica di aspirina, che appare svolgere un'attività di controllo della crescita dei polipi, va discussa con il proprio medico in considerazione delle possibili controindicazioni. Lo stesso vale per la terapia ormonale sostitutiva nelle donne in età post-menopausale.

PREVENZIONE SECONDARIA O DIAGNOSI PRECOCE

Ha lo scopo di individuare precocemente la presenza del tumore e si attua partecipando ai programmi di screening ove organizzati oppure, qualora tali programmi non siano attivi o in presenza di eventuali fattori di rischio, rivolgendosi al proprio medico di fiducia che illustrerà le opzioni diagnostiche disponibili, spiegandone vantaggi e svantaggi per concordare eventuali programmi individuali di prevenzione e di diagnosi precoce.

Dal momento che la maggior parte dei CCR è preceduto dalla comparsa di polipi adenomatosi, l'individuazione di quest'ultimi e la loro rimozione endoscopica, interrompendo la sequenza polipo-cancro, rappresenta una strategia vincente nella prevenzione del tumore coloretale.

Inoltre, la scoperta di un tumore in uno stadio iniziale, comporta una cura meno aggressiva, con più elevata probabilità di guarigione ed una migliore qualità di vita.



Quali sono i sintomi che devono indurre a visita medica?

SINTOMI PRECOCI

- presenza di sangue nelle feci e/o abbondante muco;
- alterazioni improvvise e persistenti della regolarità intestinale (stitichezza, diarrea o alternanza di stitichezza e diarrea);
- anemia senza causa evidente.

SINTOMI TARDIVI

- dolori addominali persistenti;
- perdita di peso.

ATTENZIONE!

Molti polipi e CCR allo stadio iniziale non danno segni o sintomi; per tale motivo è importante che le persone con uno o più fattori di rischio si sottopongano a periodici esami di controllo.

Quali esami possono diagnosticare il tumore del colon retto?

ESAME CLINICO GENERALE ED ESPLORAZIONE RETTALE

Palpazione dell'addome alla ricerca di eventuali masse addominali associata all'esplorazione rettale; quest'ultima può individuare tumori del retto anche nel 10-15% dei casi.

TEST DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (SOF)

Esame che ricerca nelle feci le tracce di un eventuale sanguinamento, da parte di un polipo o di un tumore colo-rettale.

I test più utilizzati sono quelli al guaiaco, che richiedono delle restrizioni dietetiche prima dell'esecuzione per evitare risultati falsi positivi, e quelli immunochimici, che non richiedono alcuna restrizione dietetica grazie all'elevata specificità del metodo. L'eventuale positività del test non deve comunque allarmare particolarmente poiché anche un semplice sanguinamento gengivale può dare un esito positivo. Viceversa, un esito negativo del test non deve neanche evitare di sottoporsi agli esami endoscopici se si hanno sintomi di allarme o esiste un fattore di rischio.

RETTOSIGMOIDOSCOPIA FLESSIBILE (RSS)

Esame endoscopico che attraverso uno strumento flessibile munito di una fonte luminosa consente di esaminare esclusivamente il sigma e il retto, ovvero il tratto di colon dove insorge il 70% dei CCR.

È un esame di facile esecuzione, ben tollerato, che richiede una semplice preparazione (2 clisteri). Il principale limite consiste nella mancata visualizzazione di eventuali neoplasie localizzate negli altri segmenti del colon.



COLONSCOPIA

Esame dotato di maggiore accuratezza diagnostica, in quanto consente un'indagine completa ed accurata di tutto il colon. In alcuni casi oltre alla funzione diagnostica può svolgere un ruolo terapeutico, consentendo la rimozione di lesioni pre-tumorali (polipi). Richiede una buona pulizia intestinale e, se eseguito in lieve anestesia, è ben tollerato dal paziente.

COLONSCOPIA VIRTUALE

Nuova procedura diagnostica, attualmente disponibile presso Centri specializzati, che consente di ottenere immagini tridimensionali della parte interna intestinale attraverso la tecnologia digitale e l'informatica associata alla tomografia computerizzata (TC). Anche essa richiede una preparazione intestinale.

L'esame è utile nei casi in cui non sia stata effettuata un'endoscopia completa, consentendo inoltre di eseguire contestualmente la stadiazione delle lesioni maligne. Tuttavia, contrariamente alla colonscopia tradizionale, non permette la rimozione delle lesioni a rischio e l'esecuzione delle biopsie.

Sono in corso studi per l'utilizzo di altri test, come l'analisi molecolare di alterazioni geniche nelle cellule di esfoliazione del colon presenti nelle feci, al momento oggetto soprattutto di ricerca scientifica.

Come si cura il tumore del colon retto?

1. La **chirurgia**: rappresenta in genere il primo atto terapeutico e consiste nell'asportazione sia del tratto di colon o retto interessato dal tumore sia del grasso pericolic o perirettale contenenti i vasi ed i linfonodi che drenano il tratto intestinale interessato dal tumore. Durante lo stesso intervento, più spesso rispetto al passato, si procede, laddove è possibile, alla ricostituzione della continuità del tubo intestinale (anastomosi).

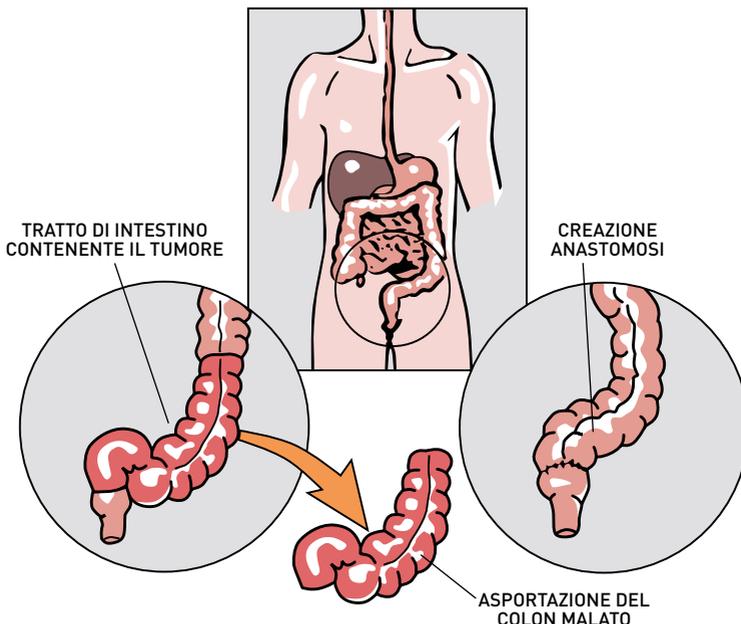


Fig. 4 . *Intervento chirurgico di resezione di un tratto intestinale per un tumore a localizzazione rettale e successiva anastomosi.*



Se non è possibile eseguire l'anastomosi, si confeziona un ano artificiale (stomia) abbotocato alla parete addominale, che può essere *definitivo* o *provvisorio*.

L'asportazione del tumore è possibile anche per via laparoscopica, ovvero senza apertura della parete addominale, ma attraverso piccoli fori nella parete che consentono l'introduzione degli strumenti necessari all'intervento. Tale metodica consente, in quanto mini-invasiva, una più rapida ripresa delle normali attività e, in mani esperte, raggiunge gli stessi risultati dell'intervento chirurgico tradizionale.

2. La **radioterapia** e/o la **chemioterapia** sono trattamenti complementari dei CCR sia nel periodo pre-chirurgico (in questo caso si parla di *terapia neoadiuvante*) che in quello post-chirurgico (*terapia adiuvante*).
 - Le *terapie neoadiuvanti*, indicate in caso di tumori diagnosticati in uno stadio avanzato, hanno l'obiettivo di ridurre la massa tumorale, facilitandone poi l'asportazione chirurgica completa, diminuendo l'incidenza delle recidive tumorali locali e consentendo, in una maggiore percentuale di casi, anche il salvataggio delle funzioni anali.
 - Le *terapie adiuvanti*, invece, sono utilizzate in caso di tumori asportati in fase avanzata e quindi a maggior rischio di produrre recidive locali o metastasi a distanza. In questi casi sono entrati nella pratica clinica, in associazione con i farmaci chemioterapici classici, farmaci biologici, che hanno l'obiettivo di ridurre la crescita e la massa del tumore, anche diminuendone l'apporto nutritivo sanguigno.

Raccomandazioni

Come per altre forme tumorali, la prevenzione primaria e la diagnosi precoce rappresentano gli strumenti più efficaci per ridurre l'incidenza e la mortalità del tumore del colon retto. Prima il tumore viene diagnosticato, più alte sono le probabilità di curarlo con migliore qualità della vita.

Nell'ambito della diagnosi precoce si inseriscono i programmi di screening* organizzati.

****SCREENING** è un termine inglese che significa selezione. Nel caso specifico per screening si intende la selezione di persone appartenenti alla popolazione presunta sana ma in possesso di un requisito, in particolare il fattore età, ritenuto a rischio rispetto all'insorgenza di una determinata malattia.*

In Italia i programmi di screening, realizzati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso le Regioni, si esplicano con l'invito personale ad entrare in un percorso in cui sono assicurati sia il test di screening che ulteriori esami con finalità diagnostiche e relativi trattamenti eventualmente necessari.

Lo screening per il tumore del colon retto rientra tra i 3 programmi di screening oncologici risultati "efficaci" nella riduzione della mortalità, insieme agli screening del tumore della cervice uterina e della mammella.



La maggioranza dei programmi di screening organizzati per la prevenzione del tumore del colon retto attivati ad oggi dalle Regioni adotta come test di primo livello la ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof) con cadenza biennale per le donne e gli uomini tra i 50 e i 70 o 74 anni; alcuni programmi propongono invece la rettosigmoidoscopia ai 58enni o ai 60enni da ripetere eventualmente ogni 10 anni, altri ancora una combinazione di entrambi i test.

Diversamente dai tumori della mammella e della cervice uterina per i quali sono stati individuati test di screening più validi di altri, nel caso del tumore del colon retto, esistono diversi test a disposizione che si sono dimostrati tutti egualmente efficaci. Le attuali linee guida internazionali quindi non indicano quale sia il test migliore da utilizzare nello screening organizzato, ma presentano tutte le opzioni disponibili.

Dal 2001 il nostro SSN prevede che i test di screening, se prescritti dal medico, siano esenti da ticket.

Nei casi risultati positivi ai test di screening di primo livello (Sof e Rss), è sempre indicato sottoporsi ad una colonscopia totale.

La LILT raccomanda vivamente alle donne e agli uomini tra i 50 e i 70/74 anni, in assenza di altri fattori di rischio, di partecipare ai programmi di screening organizzati realizzati dal Servizio Sanitario Nazionale nelle Regioni di appartenenza ed offre la più ampia disponibilità collaborativa per una capillare sensibilizzazione della popolazione, anche attraverso le proprie Sezioni Provinciali.



Nel caso in cui non siano ancora disponibili programmi di screening organizzati o si appartenga ad una fascia di età alla quale non si estende l'invito allo screening, si consiglia di rivolgersi al proprio medico di fiducia, che suggerirà l'età di inizio e la frequenza dei controlli periodici, concordando il test diagnostico più idoneo, scegliendo tra le seguenti opzioni indicate dalle attuali linee guida internazionali:

- Ricerca del sangue occulto fecale (Sof) con test immunologico, preferibilmente ogni anno
- Rettosigmoidoscopia ogni 5 anni
- Colonscopia ogni 10 anni
- Colonscopia virtuale ogni 5 anni

(Il suo impiego può essere valido in sedi ove siano presenti adeguate risorse strumentali e una documentata esperienza nell'interpretazione dei risultati)

Qualora invece si appartenga ad una categoria maggiormente a rischio rispetto alla popolazione generale per la presenza di uno o più fattori precedentemente elencati, si consiglia di rivolgersi sempre al proprio medico di fiducia. Quest'ultimo, sulla base del rischio specifico del paziente, suggerirà programmi di controllo individuali che possono prevedere l'esecuzione di una colonscopia o di test meno invasivi, secondo uno degli schemi sopra riportati.



La LILT

CHI È LA LILT

La LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, è l'unico Ente Pubblico su base associativa esistente in Italia con la specifica finalità di combattere il cancro.

La LILT è la più antica organizzazione nazionale del settore. Venne infatti fondata nel 1922 e già nel 1927 ottenne il riconoscimento giuridico e la qualifica di "Ente Morale" con decreto di Vittorio Emanuele III, re d'Italia.

Opera senza fini di lucro su tutto il territorio nazionale, sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e la vigilanza del Ministero della Salute. Collabora con lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni e gli altri enti ed organismi operanti in campo oncologico. È membro dell'European Cancer Leagues (ECL), dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e svolge un ruolo istituzionale nell'ambito della programmazione oncologica europea. Mantiene rapporti con l'European Cancer Society e con analoghe istituzioni in Cina, Albania e Kosovo. Nell'agosto 2009 la LILT ha aderito al network internazionale European Men's Health Forum (EMHF).

LA MISSION

L'obiettivo principale della LILT è sconfiggere i tumori attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La Prevenzione, infatti, è considerata da sempre il compito istituzionale prioritario della LILT – così come ben evidenziato dallo stesso pay-off "Prevenire è vivere" – e rappresenta ancora l'arma più efficace nella lotta contro il cancro. Un dato confermato dalla ridotta mortalità per alcune neoplasie e dall'allungamento e miglioramento della qualità della vita del malato oncologico.



LE ATTIVITÀ

La LILT è, da sempre, un punto di riferimento nel panorama della prevenzione oncologica, sia in Italia che all'estero, offrendo numerosi servizi e stimolando, attraverso convenzioni e protocolli d'intesa, uno scambio di informazioni ed esperienze al fine di stabilire e realizzare proficue sinergie. Indubbiamente la promozione e l'attuazione di una cultura della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) rappresenta l'attività principale della LILT. Per questo è la più grande associazione dedicata alla lotta contro i tumori, intesa in tutti i suoi aspetti.

Prevenzione primaria: corretta alimentazione ed educazione alla salute attraverso la diffusione di materiale didattico-informativo (campagne di sensibilizzazione, incontri nelle scuole, ecc.); realizzazione di eventi a carattere provinciale e regionale; manifestazioni a carattere nazionale; lotta al tabagismo (percorsi per smettere di fumare, campagne informative, linea verde SOS LILT 800 998877).

Prevenzione secondaria: visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce con l'obiettivo di identificare eventuali forme tumorali allo stadio iniziale, aumentando così notevolmente la possibilità di completa guarigione e di ricorrere a cure poco aggressive.

Prevenzione terziaria: riabilitazione fisica, psichica, sociale e occupazionale del malato oncologico: un prezioso compito che la LILT è in grado di offrire grazie all'attività delle Sezioni Provinciali, dei punti Prevenzione (ambulatori) e in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale. Assistenza domiciliare: preziosa integrazione alle cure ospedaliere, tramite le Sezioni Provinciali, che garantiscono un'assistenza di tipo medico, psicologico, infermieristico e in molti casi anche psico-sociale ed economico. Particolare attenzione verso il malato oncologico, per costruire attorno a lui una rete di solidarietà, di sicurezza e di informazione, per offrirgli la certezza di non essere solo. A tal proposito, la LILT ha contribuito in maniera sostanziale alla redazione e promozione del Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico, che tutela il malato e la sua famiglia sia in ambito lavorativo che sociale.

COME SOSTENERE LA LILT

L.I.L.T.

Lega Italiana Lotta Tumori

Sezione Provinciale di Pisa

Via Cesare Abba, 3 - tel. 050 830684

- È possibile sostenere la LILT con una donazione mediante versamento presso:
Banco Popolare di Pisa, Ag. 6
IBAN IT 19 E 05034 14026 000000002121 - c/c postale 14257562
- Destinando il 5 per mille nella dichiarazione dei redditi, firmando nella categoria Associazioni e indicando
LILT PISA - C:F: 93040660503



legatumoripisa@gmail.com

www.liltpisa.it



LILT Pisa