



Screening - TUMORI DEL COLON RETTO

Prevenzione secondaria dei tumori del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano attualmente il 15% di tutti i tumori e sono un'importante causa di mortalità per entrambi i sessi : in Europa e nei paesi occidentali in genere è la seconda causa di morte per tumore sia nell'uomo, dopo le neoplasie del polmone, sia nelle donne, dopo le neoplasie della mammella.

In Italia, i dati si riferiscono al 1994, sono stati registrati 17.760 nuovi casi nel sesso maschile e 18.060 nel sesso femminile per un totale di decessi rispettivamente di 9.731 e 9.318; la probabilità di ammalare (per 100 soggetti in età fra 0 e 74 anni) è pari al 4,3 per il sesso maschile e 2,8 per il sesso femminile.

Il rischio globalmente considerato di ammalare di carcinoma del colon-retto varia fra Nord e Sud in entrambi i sessi ed è verosimilmente in relazione alle diverse abitudini alimentari e/o a stili di vita differenti ; infatti l'incidenza e la mortalità sono nettamente più elevate al Nord e al Centro rispetto al Sud con differenze fra i valori estremi vicine o superiori ad un fattore 2.

Confrontando la posizione del nostro paese nell'ambito dei tumori del colon-retto l'Italia attualmente si colloca in modo intermedio nella scala internazionale con tendenza all'allineamento ai livelli di frequenza più elevati tipici del Nord America e del Nord Europa. In generale l'incidenza è in aumento mentre la mortalità è stazionaria con un trend in discesa. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata negli ultimi 20 anni (percentuali stimate fra 6 e 8%) con un'attesa di circa il 60% ; questo dato positivo è dovuto ad una maggiore tempestività nella diagnosi e ad una maggiore efficacia dei trattamenti adiuvanti postchirurgici. Il tumore diagnosticato in fase iniziale di malattia è curabile radicalmente con la sola chirurgia; infatti le percentuali di guarigione a 5 anni sono proporzionali allo stadio di malattia e secondo la classificazione di Dukes sono le seguenti :

- Stadio A : 70%
- Stadio B : 60%
- Stadio C : 30%

Per quanto riguarda l'andamento temporale a differenza del rischio complessivo di ammalare di una malattia tumorale che è stabile, per il colon-retto è segnalato uno aumento dello stesso e in particolare al Centro-Nord. La prevalenza è di quasi 2 donne/1000 abitanti e di quasi 2 uomini/1000 negli ultimi 10 anni con un rapporto fra i due sessi di 1/1; da ricordare inoltre che tale dato aumenta con l'aumentare dell'età fino a raggiungere i 13 soggetti/1000 abitanti.

La localizzazione anatomica più frequente, pari a circa il 45-50%, è a livello del sigma-retto, il 30-35% dei tumori è localizzato nel colon destro. Questo dato, in crescita negli ultimi anni, ha valorizzato la scelta della colonscopia come esame di approfondimento.

L'istotipo predominante è l'adenocarcinoma nelle sue diverse varietà (semplice, mucinoso, a cellule ad anello con castone); rari sono i carcinomi semplici, a cellule squamose e gli adenoacantomi.

In considerazione di quanto detto, appare chiaro come la storia naturale della malattia possa essere influenzata dalla prevenzione e dalla diagnosi tempestiva; la prevenzione secondaria sarebbe quindi potenzialmente capace di ridurre sensibilmente la mortalità legata alla malattia.

Scopi principali dello screening del tumore del colon-retto sono :

- attuazione di una adeguata strategia di diagnosi precoce;
- identificare i pazienti asintomatici nella popolazione generale portatori di carcinoma del colon-retto in fase iniziale di malattia;
- identificare e curare i pazienti asintomatici portatori di patologia benigna del colon-retto ad alto rischio di cancerizzazione.

Elementi a favore dello screening sono:

- il basso grado di crescita di queste patologie neoplastiche;
- l'alta sensibilità diagnostica dei mezzi di indagine endoscopica e radiologica;
- la possibilità che lo screening faccia diagnosi di lesioni precancerose;
- la possibilità di rimozione di tali lesioni già in corso di screening (prevenzione della cancerizzazione).

I test disponibili per lo screening delle neoplasie del colon-retto sono :

- Sangue occulto nelle feci
 - Colonscopia
 - Rettosigmoidoscopia usata in alcuni programmi come unico esame di screening
 - Clisma opaco con doppio mezzo di contrasto utilizzato nei casi di impossibilità di esecuzione della colonscopia
- Dati recenti evidenziano che l'impiego dei test di screening aumentano la possibilità di scoprire forme di carcinomi del colon-retto in fase iniziale portando in questo modo ad una diminuzione della mortalità di tali patologie neoplastiche. Il National Cancer Institute degli U.S.A. e l'American Cancer Society raccomandano le seguenti regole :

- 1) praticare l'esplorazione rettale in corso di visita medica nei soggetti asintomatici di età ≥ 45 anni;
- 2) eseguire annualmente oltre i 50 anni il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e ogni 5 anni la rettosigmoidoscopia. L'American Geriatric Society suggerisce di attuare la ricerca del sangue occulto fino all'età di 85 anni. La rettosigmoidoscopia flessibile è un test altamente sensibile e l'American Cancer Society ne raccomanda l'esecuzione ogni 3-5 anni. Una sola rettosigmoidoscopia verso la fine della sesta decade dovrebbe permettere di identificare la maggior parte dei soggetti con adenomi distali a rischio di cancerizzazione.
- 3) monitorare i pazienti a rischio.

La colonscopia ha un'alta sensibilità e specificità (> 95%), ma è improbabile che diventi una procedura standard di screening in considerazione del suo costo elevato, della bassa compliance e della morbilità moderata; è un test da eseguire nei soggetti a medio ed alto rischio.

I fattori di rischio per tali neoplasie sono di tipo:

a) AMBIENTALE

- Età > a 50 anni,
- Dieta ricca di grassi e proteine, povera di fibre e micronutrienti,
- Obesità,
- Fumo/alcool
- Condizione sociale medio-alta

Sembra che i fattori ambientali, e in particolare quelli dietetici, siano responsabili della gran parte dei tumori del colon-retto. Gli studi epidemiologici delle abitudini alimentari e delle migrazioni delle popolazioni hanno evidenziato che la dieta ricca di grassi animali e di carne e povera di fibre aumenta il rischio per questi tumori.

Infatti

la dieta ad alto contenuto di proteine e di grassi di origine animale si associa con un elevato contenuto di acidi biliari e metaboliti del colesterolo nelle feci dei pazienti portatori di neoplasie del colon-retto. I fecapentaeni, i 3-chetosteroidi, i prodotti della pirolisi come il benzopirene, gli acidi colico e deossicolico sono ritenuti responsabili dei processi di cancerogenesi dei tumori colon-rettali. Altri dati importanti sono forniti dagli studi sulle migrazioni di diverse popolazioni. I giapponesi raggiungono dopo la prima generazione emigrata nelle Hawaii la stessa incidenza per i tumori del colon-retto delle popolazioni bianche ivi residenti pur essendo una popolazione a bassa incidenza per queste patologie neoplastiche nel paese d'origine (6 – 8 casi per 100.000). Il consumo di alimenti ricchi di colesterolo e di grassi e poveri di fibre, tipici dell'alimentazione statunitense, sembra essere la causa principale dell'aumento di incidenza del carcinoma del colon-retto nella prima generazione di immigranti giapponesi. Oltre le elevate concentrazioni di acidi grassi si ricordano anche la carenza di calcio e il pH alcalino delle feci; d'altra parte è dimostrato l'effetto protettivo della dieta ricca di verdure, di frutta e di cereali.

b) EREDITARIO

- Poliposi Adenomatosa Familiare (PAF): è una malattia autosomica dominante caratterizzata dalla presenza di numerosissimi polipi adenomatosi localizzati soprattutto a carico del colon Sn. I polipi non sono presenti alla nascita ma si evidenziano nella adolescenza avanzata superando in diversi casi il numero di mille. Tutti i soggetti affetti da questa patologia sono destinati a sviluppare nell'arco della loro vita un carcinoma del colon-retto
- Sindrome di Gardner: è simile ma meno frequente della PAF (1 su 14.000 nascite); è caratterizzata dalla copresenza di polipi dell'intestino tenue, di tumori desmoidi del mesentere e della parete addominale, di lipomi, di cisti sebacee, di osteomi e di fibromi; è una malattia autosomica dominante.
- Sindrome di Turcot: è autosomica recessiva ed è caratterizzata dall'associazione di poliposi con tumori maligni del sistema nervoso centrale.
- Sindrome di Peutz-Jeghers: è una poliposi dell'età giovanile caratterizzata dalla coesistenza di lesioni mucocutanee pigmentate e di amartomi dello intero intestino.
- Sindrome ereditaria del carcinoma colonrettale senza poliposi (HNPCC) è suddivisa in Lynch I e Lynch II. La Lynch I è una sindrome autosomica dominante caratterizzata dalla capacità di sviluppare il carcinoma coloretale in età precoce, a carico del colon destro e dall'elevata concomitanza di neoplasie primitive del colon. La Lynch II, simile alla precedente, si caratterizza per lo sviluppo precoce di adenocarcinomi del colon, dell'ovaio, del pancreas, della mammella, delle vie biliari, dell'uretere, della pelvi renale, dell'endometrio e dello stomaco.
- Nel 1991 il Gruppo Cooperativo Internazionale sulla HNPCC ha stabilito i criteri di definizione della HNPCC (Amsterdam criteria):
 - * carcinoma colonrettale, verificato istologicamente, in 3 o più parenti, uno dei quali è un parente di 1° grado di altri due;
 - * carcinoma colonrettale presente almeno in due generazioni successive;
 - * età al di sotto dei 50 anni.

c) PREDISPONENTE

- Colite ulcerosa
- Morbo di Crohn
- Precedente patologia neoplastica maligna
- Irradiazione pelvica
- Polipi adenomatosi
- Displasia/adenoma.

Ricordiamo infine le raccomandazioni del National Cancer Institute (NCI) degli Stati Uniti d'America per la PREVENZIONE PRIMARIA dei tumori del colon-retto :

- ridurre l'assunzione di grassi al 20 – 30% delle calorie totali;
 - includere nella dieta quotidiana frutta e verdura;
 - assumere alcoolici con moderazione
 - evitare l'obesità
 - aumentare l'apporto giornaliero di fibre a 20 – 30 gr
 - diminuire il consumo di cibi conservati.
-