

## **Cancro al colon-retto**

Il Cancro del Colon Retto (CCR) è il secondo killer per neoplasie in Italia e in Europa dopo il polmone e la mammella. Colpisce in eguale misura gli uomini e le donne. L'incidenza del CCR è tuttora in aumento in molti Paesi, Italia compresa. I tassi d'incidenza, così come quelli di mortalità, variano da regione a regione e, soprattutto tra quelli del Nord e quelli del Sud ; **i più elevati di carcinoma colo-rettale si registrano nel centro-Nord Italia.** In Emilia Romagna l'incidenza è più elevata rispetto alla media nazionale, in particolare permangono elevati , oltre ai tumori colon rettali, quelli allo stomaco nella provincia di forlì'-Cesena.

Nei primi anni 90 l'A.R.R.T. ideò e finanziò un progetto pilota per la diagnosi precoce nei tumori gastro-enterici. Seguendo la linea guida indicata da tale progetto, dal 1992, presso gli ambulatori dell'A.R.R.T., vengono distribuiti, alla popolazione a rischio (uomini e donne asintomatici, con età superiore ai 50 anni), il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, e suggerito, a pazienti a rischio per familiarità e altre patologie gastroenteriche., l'esame strumentale endoscopico. A marzo 2004 le società nazionali ed europee convalidano la linea strategica dell'A.R.R.T.

<b><u>L'INCIDENZA IN ITALIA</u></b>	<b><u>L'INCIDENZA REGIONALE</u></b>
<b>34.000</b> i soggetti che si ammalano di CCR	<b>3324</b> i soggetti che si ammalano di CCR di cui:
<b>15.000</b> i soggetti che muoiono di CCR entro 5 anni	· 286 nella provincia di FC · 307 nella provincia di RA · 205 nella provincia di RN
75% la percentuale di soggetti che può guarire se il CCR viene diagnosticato precocemente	<b>1973</b> i soggetti che si ammalano di Cancro allo stomaco di cui:
	· 195 nella provincia FC · 187 nella provincia di RA · 132 nella provincia di RN

### **DOVE SI FORMA**

Il Cancro del Colon Retto è un tumore che colpisce l'ultima parte dell'intestino, chiamata **grosso intestino**. (vedi glossario)

## COME SI FORMA

Il Cancro del Colon retto ha origine da piccole formazioni benigne, chiamate **polipi** (vedi glossario), che si sviluppano nell'intestino. Se i **polipi adenomatosi** (vedi glossario) non vengono asportati, si evolvono in cancro.

## FATTORI DI RISCHIO

Il rischio di sviluppare il Cancro del Colon Retto è determinato da:

- familiarità (presente in circa il 15% dei tumori colici)
- storia di polipi **adenomatosi** del colon retto
- Colite Ulcerosa o Malattia di **Crohn** (vedi glossario)
- età

In base alla storia familiare e all'età si distinguono soggetti a rischio aumentato e a rischio generico

### Soggetti a rischio aumentato

I fattori di rischio aumentato sono:

- la familiarità cioè l'appartenenza ad una famiglia che presenta casi di: neoplasia colica, sindromi ereditarie come la poliposi colica familiare e il CCR ereditario non poliposico. In questo caso il rischio è diverso, minore se è presente un solo familiare malato (familiarità semplice), o più elevato (familiarità complessa) se sono presenti più soggetti.
- la storia di malattia infiammatoria intestinale: Colite Ulcerosa e malattia di **Crohn**
- la storia di poliposi (adenomi) colici

### Soggetti a rischio generico

Il Cancro del Colon Retto diventa significativamente frequente sopra i 50 anni di età, indipendentemente dal sesso, infatti il 90% dei casi diagnosticati su base clinica interessa individui sopra i 50 anni.

## Stile di vita

Lo stile di vita può influenzare lo sviluppo del cancro del colon.

Numerosi studi suggeriscono alcune regole da seguire.

- Diminuire i cibi carnei nella dieta e, in generale, la quantità di calorie nell'alimentazione. Ridurre comunque il consumo di grassi di origine animale e zuccheri complessi.
- Aumentare il consumo di vegetali e di frutta
- Mantenere un adeguato peso corporeo
- Fare regolarmente attività fisica (basta mezz'ora al giorno di camminata veloce).

-

## **Test**

Il test è volto a fornire dei consigli orientativi sui comportamenti da seguire nelle specifiche situazioni individuate dalle domande.

L'esito del test NON si pone in nessun caso come sostitutivo di una visita specialistica, ma tende anzi ad incoraggiarla se necessaria.

### **1**

Hai più di 50 anni?    Si                      No

Si: consulta il tuo medico curante per conoscere il test più adatto. Generalmente, in assenza di altri fattori di rischio, si consiglia il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

No: segui un'alimentazione ricca in verdura e frutta, pane e pasta, bevi molti liquidi, fai attività fisica. Quando raggiungerai i 50 anni, consulta il tuo medico curante per scegliere il tipo di screening più adatto

### **2**

Hai un parente di primo grado colpito da CCR?    Si              No

Si: si consiglia l'esame del sangue occulto nelle feci ogni anno e la sigmoidoscopia ogni 5 anni a partire dai 40 anni di età compiuta

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno

**3**

Hai due parenti di primo grado colpiti da CCR?    Si            No

Si: si consiglia la colonscopia ogni 10 anni, iniziando a 50 anni oppure 10 anni prima dell'età in cui è comparso il tumore nel parente più giovane.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

**4**

Soffri di colite ulcerosa estesa a tutto il colon?    Si            No

Si: si consiglia colonscopia + biopsia ogni 2 anni, iniziando 8 anni dopo la diagnosi della malattia.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

**5**

Soffri di colite ulcerosa limitata al colon sinistro?    Si            No

Si: si consiglia colonscopia + biopsia ogni 2 anni, iniziando 15 anni dopo la diagnosi della malattia.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

**6**

Soffri di malattia di Crohn e questa interessa il colon?    Si            No

Si: si consiglia colonscopia + biopsia ogni 2 anni, iniziando 8 anni dopo la diagnosi della malattia.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

**7**

Ci sono nella tua famiglia casi di poliposi adenomatosa familiare (FAP)?    Si            No

Si: si consiglia il test genetico + la sigmoidoscopia ogni anno a partire dai 12 anni di età'.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

## 8

Nella tua famiglia ci sono almeno 3 parenti di primo grado affetti da qualche tipo di cancro, distribuiti in due generazioni e con almeno un caso emerso prima dei 50 anni?    Si        No

Si: si consiglia la colonscopia ogni due anni fra i 20 e i 40 anni e ogni anno dopo i 40 anni.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

## 9

Ti sono stati diagnosticati polipi?    Si        No

Si: si consiglia colonscopia dopo 3 anni dall'asportazione dei polipi e successivamente ogni 5 anni.

No: se hai superato i 50 anni, consulta il tuo medico curante ed esegui il test del sangue occulto nelle feci ogni anno.

## LA DIAGNOSI PRECOCE

Spesso il CCR non presenta sintomi e non si evidenziano segni che possano far sospettare la sua presenza. Il 50% dei soggetti affetti da CCR non guarisce spesso perché la malattia viene diagnosticata troppo tardi.

Il CCR può essere diagnosticato precocemente effettuando controlli periodici usando una serie di test. Nel caso in cui venga individuata la presenza di polipi **adenomatosi**, si può prevenire la loro evoluzione in cancro, asportando queste formazioni ancora benigne, generalmente senza intervento chirurgico, ma con un intervento endoscopico

### Quando consultare il medico

Il CCR è curabile se diagnosticato in tempo. E' per questo che è importante riferire prontamente al medico curante un'eventuale comparsa recente di sanguinamento rettale o modificazioni recenti delle abitudini intestinali o, infine, la comparsa di anemia non riconducibile ad altre cause.

I soggetti che presentano sintomi suggestivi, "di allarme" per CCR e/o polipi [adenomatosi](#) devono essere sottoposti ad accertamenti al fine di identificare la neoplasia in tempo utile per una terapia efficace.

Se avverti i seguenti sintomi di allarme, consulta il tuo medico

- [rettorragie](#) (vedi glossario)
- presenza di sangue e muco nelle feci
- [tenesmo](#) (vedi glossario)
- defecazione in più tempi ravvicinati
- stipsi di recente insorgenza
- senso di incompleta evacuazione
- febbricola, specie alla sera
- dimagrimento senza causa evidente

-

### **Gli esami**

E' necessario effettuare dei controlli periodici usando una serie di test:

- Verifica del sangue occulto nelle feci a partire dai 50 anni
- Colonscopia a partire dai 50 anni
- [Polipectomia](#) Endoscopica

### **ESAME DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI**

L'esame del sangue occulto nelle feci si basa sul presupposto che i cancri ed i polipi

sanguinano più facilmente della mucosa normale e che quindi la scoperta del sangue porta alla diagnosi in una fase precoce. La quantità di sangue tende ad aumentare con le dimensioni della lesione ed il suo stadio di sviluppo. I polipi più piccoli sanguinano raramente, mentre quelli di dimensioni superiori sanguinano più spesso. Effettuare più prelievi e ripetere il test negli anni aumenta la probabilità di rilevare lesioni. In caso di positività il paziente viene avviato all'indagine di II livello che è rappresentata dalla colonscopia che permette la diagnosi, il prelievo biptico e l'asportazione del polipo.

Un esito positivo, ovvero la presenza di sangue occulto non indica di per sé la presenza di un tumore, ma è un segno di allarme che va approfondito. Un esito negativo del test non deve, comunque, evitare di sottoporsi all'esame endoscopico, se si hanno sintomi di allarme o esiste una condizione di rischio.

## COLONSCOPIA

La colonscopia è un esame endoscopico eseguibile in sedazione e in sicurezza, con uno strumento flessibile, che permette di visualizzare le pareti di tutto il colon.

E' l'unica metodica attualmente disponibile che consente l'osservazione, il prelievo biptico e la polipectomia in tutto il colon, dal retto al fondo ciecale. La colonscopia deve essere considerata la tecnica più efficace per lo screening del CCR.

Presenta molti vantaggi rispetto alla ricerca del sangue occulto nelle feci perché permette l'osservazione diretta della parete interna di tutto il viscere e la biopsia o l'asportazione delle lesioni. E' molto sensibile e specifica per il riconoscimento delle lesioni.

Per questi motivi ha sostituito due metodiche un tempo consigliate: la rettosigmoidoscopia (esame endoscopico che esplora solo gli ultimi 40 cm. di colon, "perdendo" circa il 35% dei polipi che insorge nel colon di destra e trasverso) ed il clisma opaco a doppio contrasto (esame radiologico che però non permette l'esecuzione di biopsie o l'asportazione delle lesioni).

## POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA

La **Polipectomia** Endoscopica consiste nell'asportazione di uno o più polipi durante un esame endoscopico e in genere viene eseguita ambulatorialmente nel corso dell'esame

stesso.

## **GLOSSARIO**

### [Malattia di Crohn](#)

Colite Ulcerosa

### [Grosso intestino](#)

### [Polipo](#)

### [Polipo adenomatoso](#)

### [Polipectomia endoscopica](#)

### [Rettorragia](#)

### [Tenesmo](#)

#### **Malattia di Crohn**

La Malattia di Crohn è una malattia infiammatoria cronica che, a differenza della colite ulcerosa, può coinvolgere qualsiasi tratto del tubo digerente. La sua localizzazione più tipica è quella a carico dell'ultima porzione dell'intestino tenue, ma in una certa percentuale di casi può interessare esclusivamente il colon (colite di Crohn). In questi casi la localizzazione delle lesioni è in genere discontinua ed è limitata a brevi tratti di colon. In alcuni casi la colite di Crohn può invece essere estesa a tutto il colon, ponendo problemi di diagnosi differenziale con la colite ulcerosa.

Il processo infiammatorio nella Malattia di Crohn è tipicamente segmentario (presenza di tratti sani alternati a tratti di intestino malati) ed è caratterizzato da presenza di granulomi sotto lo spessore della parete e possibile evoluzione verso il restringimento del lume intestinale.

La colite di Crohn è clinicamente caratterizzata da dolore addominale e diarrea, mentre il sanguinamento rettale, tipico della colite ulcerosa, è infrequente. Nella Malattia di Crohn possono essere presenti fistole (spesso perianali) ed ascessi.

#### **Colite Ulcerosa**

E' una malattia infiammatoria cronica che interessa il colon in alcune sue parti o nella sua interezza, la cui causa è ancora sconosciuta. Il processo infiammatorio, caratterizzato da erosioni ed ulcerazioni della mucosa del colon con tendenza al

sanguinamento, interessa solitamente il retto e da qui si può estendere in modo continuo ad interessare altri segmenti del colon situati più in alto. In base alla sua estensione la colite ulcerosa può essere distinta in 3 forme principali: la colite ulcerosa distale (con interessamento del retto e del sigma), la colite ulcerosa sinistra (che si estende fino alla flessura sinistra) e la colite estesa (con estensione oltre la flessura sinistra fino a poter coinvolgere l'intero colon). Da un punto di vista clinico il sintomo cardine della colite ulcerosa è rappresentato dalla diarrea muco-ematica, eventualmente associata a tenesmo e dolori addominali. Generalmente il decorso clinico delle Malattie Infiammatorie Croniche intestinali (Colite ulcerosa e Malattia di Crohn) è caratterizzato dall'alternanza di periodi di remissione clinica e di periodi di acuzie. Più raramente la malattia si mantiene cronicamente attiva o in stato di remissione stabile.

## Grosso intestino

E' la porzione terminale dell'intestino, che origina al termine dell'intestino tenue, con il quale comunica attraverso la valvola ileo-ciecale, e che sbocca all'esterno attraverso il canale anale. Viene così definito per le dimensioni maggiori del calibro rispetto all'intestino tenue. La lunghezza del grosso intestino è estremamente variabile, di solito tra 120 e 150 cm, mentre il diametro decresce dalla sua porzione iniziale (cieco) a quella terminale (canale anale). Nel grosso intestino si riconoscono alcune porzioni che, procedendo verso il canale anale, sono rappresentate da: cieco, colon ascendente, colon trasverso, colon discendente, sigma e retto. Tra colon ascendente e trasverso e tra questo ed il colon discendente il viscerale forma due grosse curvature dette flessure (rispettivamente destra, epatica, e sinistra, esplemica).

A livello del grosso intestino non avvengono più fenomeni di digestione e di assorbimento di nutrienti. Il suo compito principale è quello di assorbire acqua e sali minerali dal contenuto intestinale. Inoltre si comporta da "serbatoio" per le feci e, attraverso la sua motilità, ne permette l'espulsione all'esterno attraverso la defecazione. La sua funzione è anche quella di ospitare la flora intestinale, fondamentale per la produzione di alcune vitamine (es. vitamina K) e per la regolazione del nostro sistema immunitario.

## Polipo

Per polipo si intende una qualsiasi neoformazione che sporge nel lume intestinale. In

base alla conformazione si dividono in peduncolati, se si continuano con la parete intestinale attraverso una porzione cilindrica ed allungata detta peduncolo, o sessili, se hanno una larga base d'impianto.

Il polipo può essere costituito da una lesione malformativa, da un processo infiammatorio o da una lesione neoplastica (benigna o maligna).

### **Polipo adenomatoso**

E' costituito dalla proliferazione abnorme delle strutture ghiandolari della mucosa del colon. Il polipo adenomatoso, che rappresenta il più frequente tumore benigno del grosso intestino, ha una certa tendenza alla trasformazione maligna. Di fatto si ritiene che la maggioranza dei carcinomi del colon-retto origini dalla degenerazione di polipi adenomatosi. Non tutti i polipi adenomatosi però si trasformano in cancro ed il tempo di trasformazione è comunque lungo (almeno 10 anni).

### **Polipectomia endoscopica**

Consiste nella asportazione di un polipo gastro-intestinale mediante esame endoscopico. Attraverso un apposito canale dell'endoscopio si fa penetrare nel lume intestinale un filo metallico con un'ansa alla sua estremità, con la quale si può stringere, a mo' di cappio, la base del polipo. Quindi attraverso l'ansa viene fatta passare corrente elettrica che permette la sezione della base d'impianto del polipo, provvedendo nel contempo alla sua coagulazione. La manovra è del tutto indolore e solo raramente può portare a complicanze (emorragia, perforazione).

### **Rettorragia**

Emissione di sangue rosso vivo dal retto, da solo o frammisto a feci. Solitamente è l'effetto di un sanguinamento che avviene a livello del grosso intestino, sia a causa di una patologia benigna (diverticoli, malattie infiammatorie, emorroidi, ecc) che di una patologia neoplastica (carcinomi colo-rettali).

### **Tenesmo**

Sensazione dolorosa, tipo spasmo, a livello dello sfintere anale, associato a stimolo all'evacuazione anche senza emissione di materiale fecale. E' di solito espressione di un processo di irritazione ( di tipo infiammatorio o neoplastico) dell'ampolla rettale.

La Campagna per la Prevenzione del Cancro Colo-Rettale vuole comunicare a tutti gli italiani il rischio rappresentato dalla malattia, ma al tempo stesso la reale possibilità di prevenire questo tipo di tumore attraverso lo screening.

La Campagna per la Prevenzione del Cancro Colo-Rettale gode dell'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica Italiana e del patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero della Salute.

(dati raccolti dal sito internet [www.cancrocolon.it](http://www.cancrocolon.it))