

IL TUMORE DEL COLON

A cura del

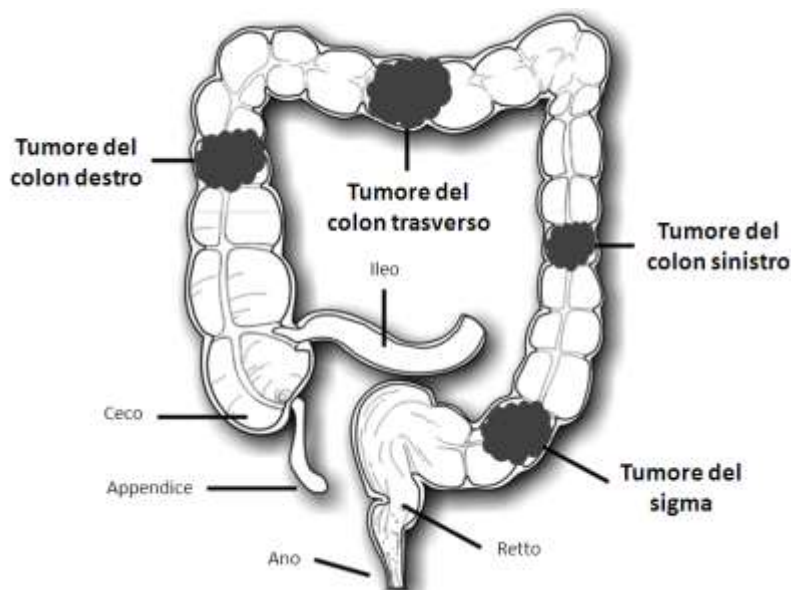
Dott. Claudio Mattana Chirurgia Generale 1, Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma

Il cancro del colon (CC) è una patologia comune negli Stati Uniti. Il trattamento dei pazienti con CC può essere complicato e richiedere un team di chirurghi e medici specialisti. Questo lavoro d'équipe deve fornire informazioni generali ai pazienti e alle loro famiglie riguardo al cancro del colon, i suoi fattori di rischio, i sintomi, l'evoluzione del cancro e gli stadi e i più comuni metodi di cura. Non vengono inclusi in queste info dati riguardanti il tumore del retto per le diverse caratteristiche di questo tumore.

IL COLON

Il colon e il retto sono parti dell'apparato digerente e formano il grosso intestino. Il colon rappresenta circa 100 centimetri del grande intestino, il retto gli ultimi 15 centimetri. I residui alimentari, parzialmente digeriti, il entrano nel colon dal piccolo intestino. Il colon assorbe acqua e nutrienti del contenuto, trasformando il resto in feci. Le feci passano dal colon nel retto e poi vengono espulse attraverso l'ano.

IL CANCRO DEL COLON



Il cancro (adenocarcinoma) origina prevalentemente dalle cellule della mucosa del colon (la parte più interna del grosso intestino). Normalmente le cellule crescono e si dividono per formare nuove cellule laddove il corpo ne ha bisogno. Quando le cellule invecchiano muoiono e nuove cellule prendono il loro posto. In pazienti con CC, le nuove cellule si formano quando il corpo non ne ha bisogno e le vecchie cellule non muoiono quando dovrebbero. Queste cellule, che presentano caratteristiche diverse dalle cellule mucose normali, riescono ad invadere le pareti del colon o a diffondersi nei linfonodi o altri organi. Il trattamento



chirurgico del CC è di solito finalizzato alla rimozione del cancro e dei linfonodi vicini al cancro. Il trattamento medico del CC, di solito, viene affiancato a quello chirurgico.

DIFFUSIONE

Negli Stati Uniti, il CC è al quarto posto tra i tumori più comuni sia tra gli uomini che tra le donne. In Italia l'incidenza annuale di questa neoplasia è progressivamente aumentata negli ultimi 40 anni, fino a raggiungere il tasso di 70 nuovi casi ogni 100.000 abitanti all'anno. Il CC si può, di solito, prevenire, trattare e, in molti casi, curare. La chirurgia è la forma primaria di trattamento. La sopravvivenza dei pazienti è direttamente correlata allo stadio del cancro. Lo stadio può essere accuratamente definito mediante l'esame istologico ottenuto dopo la rimozione del cancro stesso. Fondamentale è l'individuazione e il trattamento della patologia al suo insorgere. Il ripresentarsi di tessuto canceroso dopo l'operazione costituisce un grave problema e necessita di terapie particolari.

FATTORI DI RISCHIO

Nessuno conosce le cause esatte del cancro del colon. Le ricerche hanno mostrato che è più probabile che persone con certi fattori di rischio sviluppino il CC. Si dice fattore di rischio qualcosa che può accrescere la possibilità di sviluppare una malattia. Questi possono essere:

Età oltre i 50: il CC è più probabile che si sviluppi con l'avanzare dell'età. Tale malattia viene diagnosticata per il 90% a persone che hanno superato i 50. L'età media di diagnosi è 72 anni.

Dieta: Studi dimostrano che una dieta ricca di grassi, specie grassi animali, e bassa in calcio, folati e fibre vegetali può aumentare il rischio di tale cancro. Tuttavia i risultati degli studi relativi alla dieta non sempre appaiono uniformi e ulteriori ricerche sono necessarie per meglio comprendere come questa influenzi il rischio di CC.

Polipi colorettali: I polipi sono escrescenze che originano dalla mucosa del colon o del retto. Sono comuni negli ultracinquantenni. Nascono come formazioni benigne, ma, se non asportati, possono evolvere in un cancro. Individuare e rimuovere i polipi riduce il rischio di CC.

Storia familiare di cancro al colon: Parenti di primo grado di una persona con una storia di CC hanno più probabilità di sviluppare questa malattia, specialmente se il parente ha avuto la malattia in giovane età. Se più parenti stretti hanno una storia di cancro al colon, il rischio è maggiore.

Alterazioni genetiche: Cambiamenti in taluni geni accrescono il rischio di cancro al colon. L' HNPCC (Cancro del colon ereditario non polipoide) è il tipo più comune di cancro genetico ereditario. Tuttavia, riguarda solo una piccola percentuale di casi. La FAP (poliposi familiare) viene causata dal cambiamento in un gene specifico chiamato gene APC. Consiste in centinaia di polipi che insorgono dalla mucosa colica e che conducono a cancro, se non trattati con la rimozione del colon, intorno ai 40 anni. La FAP rappresenta meno dell'1% di tutti i casi di cancro del colon.

Storia personale di cancro: Una persona che ha già avuto un cancro del colon può svilupparne un altro; pertanto è importante che il paziente si sottoponga a stretto follow-up (controllo) dopo il trattamento della prima neoplasia. Anche le donne con una storia di cancro alle ovaie, all'utero o al seno sono a rischio più alto di sviluppare un CC.



Colite ulcerosa o morbo di Crohn: Maggiore è la durata di queste malattie infiammatorie del colon maggiore è il rischio di sviluppare un CC.

Fumo di sigaretta: Una persona che fuma può presentare un rischio più alto di sviluppare polipi e CC.

PREVENZIONE

Il CC si può, in larga misura, prevenire. Il momento più importante nella prevenzione è lo screening. A causa della ormai dimostrata lenta crescita delle lesioni, uno screening per il CC dovrebbe essere effettuato in tutti gli adulti oltre i 50 anni. Coloro che hanno una familiarità, dovrebbero cominciare 10 anni prima. Oltre alla colonscopia altri test di screening possono essere l'esame del sangue occulto nelle feci, il DNA fecale, la colonscopia virtuale (TAC). Qualsiasi di questi esami non nella norma dovrebbe essere seguito da una colonscopia. Una colonscopia consiste in un esame dell'intestino effettuato con uno strumento a fibre ottiche che esplora tutto il colon attraverso l'ano. Attraverso la colonscopia possono essere identificati e rimossi eventuali polipi. I membri di famiglie di persone che presentano HNPCC o FAP possono sottoporsi ad esami (test) genetici per verificare alterazioni genetiche.

SINTOMI DEL CANCRO DEL COLON

Molti CC possono essere asintomatici e scoperti casualmente durante gli esami di screening. Il sintomo più comune del CC è un cambiamento nelle abitudini defecatorie. Talvolta gli stessi sintomi sono gli stessi di altre malattie non neoplastiche (es. colon irritabile, malattia diverticolare ecc.). Tuttavia chiunque presenti sintomi simili a quelli sottoelencati dovrebbe consultare un medico per avere una diagnosi di certezza di assenza di neoplasia colica.

I sintomi del CC possono includere:

- diarrea e costipazione
- la sensazione che l'intestino non si svuoti completamente
- sangue nelle feci
- feci filiformi
- dolori o crampi da distensione gassosa, oppure sensazione di pienezza e gonfiore.
- perdita di peso non motivata
- affaticamento.
- Nausea o vomito

Bisogna ricordare che, molto spesso, un cancro iniziale non causa dolore ed in genere questo sintomo compare tardivamente.

DIAGNOSI

La colonscopia è il metodo più comune di diagnosi. Durante la colonscopia è possibile esaminare, eseguire una biopsia ed eventualmente rimuovere qualsiasi lesione per verificare la presenza di cellule neoplastiche. Al momento, non ci sono esami del sangue sicuri per la diagnosi precoce del CC.

TIPI DI NEOPLASIA



Più del 95% dei cancri dei CC sono adenocarcinomi. Altri tipi di tumori, molto meno frequenti, sono i calcinoidi, i GIST, i linfomi e i sarcomi.

DIFFUSIONE DEL CANCRO DEL COLON

Una volta fatta la diagnosi di cancro è necessario individuare lo stadio della malattia per decidere il trattamento. Lo stadio viene stabilito in base all' infiltrazione del tumore dei tessuti adiacenti e alla sua diffusione verso organi distanti (metastasi). Gli organi più colpiti dalle metastasi del CC sono il fegato e i polmoni. Completano la stadiazione lo studio dei linfonodi che drenano la linfa dal settore di colon interessato dalla neoplasia. Gli esami più usati per la stadiazione sono la TAC di tutto il corpo (totalbody), l'ecografia epatica, la Rx del torace.

Gli stadi del CC si dividono in:

- **Stadio 0:** il cancro si trovava soltanto nella parete più interna del colon a livello della mucosa (Carcinoma in situ)
- **Stadio 1:** Il tumore è cresciuto nella parete del colon senza raggiungere l'esterno della stessa.
- **Stadio 2:** il tumore si estende più profondamente all'interno o attraverso la parete del colon. Può aver invaso i tessuti adiacenti, ma le cellule neoplastiche sono assenti nei linfonodi.
- **Stadio 3:** Il cancro si è diffuso ai linfonodi adiacenti ma non ha dato metastasi a distanza.
- **Stadio 4:** il cancro si è diffuso ad altre parti del corpo, quali il fegato ed i polmoni.

La stadiazione può dirsi completa solo dopo l'intervento di asportazione del CC, quando si possono esaminare istologicamente i linfonodi asportati.

TRATTAMENTO DEL CC

Il perno del trattamento è la chirurgia e la scelta del trattamento dipende soprattutto dalla localizzazione del tumore e dallo stadio della malattia. Può essere associata a una chemioterapia o a una combinazione di trattamenti. A differenza del cancro del retto, la radioterapia è raramente utilizzata nel cancro del colon, sebbene essa abbia una sua valenza nel trattamento di tumori avanzati o recidive. Quando il cancro viene diagnosticato al 4° stadio, la chemioterapia può rappresentare l'unico trattamento o può precedere l'intervento.

La rimozione chirurgica della parte interessata del colon costituisce il più comune trattamento del CC e i due principali approcci chirurgici sono:

Chirurgia aperta: il chirurgo pratica una grande incisione sull'addome (laparotomia) per asportare il tumore, una parte del colon e i linfonodi connessi a quel tratto di colon.

Laparoscopia: E' lo stesso intervento praticato mediante l'ausilio di telecamere e strumenti particolari che entrano nell'addome attraverso piccole incisioni (in genere 4 o 5). Il laparoscopia può essere usato anche in associazioni con apparecchi particolari (robot) che però non offrono sostanziali vantaggi rispetto alla chirurgia laparoscopica.

Se il CC si trova a destra nel colon si effettuerà un intervento di emicolectomia destra (asportazione del colon destro e linfonodi); per mantenere la continuità intestinale si confezionerà un'anastomosi (giunzione tra le due parti di intestino) tra il piccolo intestino e il colon residuo.

Se il CC si trova nel lato sinistro del colon l'intervento praticato sarà l'emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon e dei linfonodi); la continuità dell'intestino sarà garantita dall'anastomosi tra il colon residuo ed il retto. Talvolta, specie nel colon sinistro, tuttavia l'anastomosi tra le due parti dell'intestino



non è possibile. In tal caso può essere necessaria la confezione di una stomia addominale (abbottonamento del colon alla parete addominale), in genere temporanea, per poter espellere le feci. La ripresa dell'alimentazione

è in genere precoce (1-3 giorni) e la degenza, se non ci sono complicanze è di solito di 5-6 giorni dopo l'intervento.

Dopo l'intervento, negli stadi tumorali 3 o 4 in genere si deve associare la chemioterapia.

Un accurato follow-up (controlli periodici con visita ed esami) dopo il trattamento è molto importante al fine di prevenire recidive della malattia o scoprire la presenza di nuovi tumori.

BIBLIOGRAFIA

Chang GJ, Kaiser AM, Mills S et al. Practice parameters for the management of colon cancer. Diseases of the Colon & Rectum. 2012; 55:831-843.