

IL TUMORE DEL COLON RETTO

Il **cancri del colon retto** (CCR) rappresenta il piú frequente tumore maligno gastrointestinale; la sua incidenza nella popolazione generale è dello 0,4-0,8/1000 soggetti.

Il CCR è il terzo per frequenza e secondo per mortalità in Europa. In Italia si colloca al terzo posto negli uomini, dopo quello del polmone e della prostata; al secondo posto nelle donne dopo il tumore della mammella.

La sopravvivenza mediana in Italia a 5 anni risulta del 60,8% (1,2).

Le evidenze disponibili indicano che le abitudini alimentari ed il livello di attività fisica rappresentano fattori di rischio molto rilevanti e possono avere un impatto importante sul rischio di CCR sia a livello di popolazione che a livello individuale (3).

Altri fattori di rischio per CCR sono:

- età maggiore di 50 anni
- presenza di polipi adenomatosi già diagnosticati in precedenti esami endoscopici
- storia familiare di CCR
- poliposi familiare del colon (adenomatosa o amartomatosa)
- sindromi ereditarie di CCR senza poliposi (HNPCC: Hereditary Non Polyposis Colo-rectal Cancer)
- malattie infiammatorie intestinali (Retto colite ulcerosa e Morbo di Crhon)
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- presenza di tumore dell'endometrio, ovaio o mammella

Sempre maggiore rilevanza sembra oggi avere la flora batterica intestinale. Alcune condizioni di disbiosi (alterazioni della flora e comparsa di Bacteroidetes Fragilis e di Escherichia Coli) si associano ad adenomatosi (4); la presenza di Fusobacteria Nucleatum correla invece con il tumore del colon retto (5).

Nella tabella si riporta il rischio cumulativo per CCR in relazione all'età, in assenza di altri fattori di rischio ed in assenza di sintomi.

Età del soggetto	Rischio di ammalare di CCR entro i prossimi			
	5 anni	10 anni	15 anni	20 anni
30 anni	1/7000	1/2000	1/700	1/350
40 anni	1/1200	1/400	1/200	1/90
50 anni	1/300	1/100	1/50	1/30
60 anni	1/100	1/50	1/30	1/20
70 anni	1/65	1/30	1/20	1/15
80 anni	1/50	1/25		

In Italia il 2-5% della popolazione si ammala di CCR dopo i 50 anni; la sua incidenza si aggira sui 45-60 nuovi casi/100.000/anno, con una tendenza all'aumento progressivo di incidenza in tutti i

segmenti colici; a questo aumento, tuttavia, è corrisposta una lieve, ma significativa riduzione della mortalità in entrambi i sessi.

Negli anni recenti assistiamo ad una riduzione o stabilizzazione della mortalità, ad un aumento delle nuove diagnosi e ad un miglioramento della sopravvivenza (6,7). Il fenomeno risente almeno in parte dal miglioramento della diagnosi e dal potenziamento dei servizi di diagnostica endoscopica, ma anche dalla crescente diffusione di iniziative di diagnosi precoce e di screening, basate sulla ricerca del sangue occulto fecale o della rettosigmoidoscopia a livello della popolazione (8,9). Questi programmi di screening e la successiva sorveglianza, hanno permesso l'individuazione e l'asportazione perendoscopica delle lesioni (polipo) in uno stadio precoce e curabile, con conseguente riduzione della mortalità. (10,11) La qualità delle prestazioni offerte oggi in Italia è elevata (12); indispensabile è una adeguata sorveglianza post-polipectomia. (13)

La storia naturale di questa malattia ad altissimo impatto epidemiologico può essere radicalmente modificata grazie alla possibilità di identificare e rimuovere i precursori neoplastici. La colonscopia con resezione della lesione precancerosa (polipo) si può considerare lo strumento di prevenzione più potente ed efficace della moderna medicina clinica. Pertanto, il gold standard diagnostico oggi è l'esecuzione della colonscopia. (14)

I miei consigli: una colonscopia di screening è indicata per chiunque abbia superato l'età di 50 anni, e successivamente ogni 10 anni (la colonscopia "preventiva" è già riconosciuta totalmente gratuita dal Servizio Sanitario Nazionale se eseguita con cadenza quinquennale); questa strategia ha dimostrato il più favorevole rapporto costo/efficacia. Il programma endoscopico cambia in casi di fattori di rischio associati; in merito ai casi particolari, si deve fare riferimento alle linee guida europee (ESGE) recentemente aggiornate (15).

Nella tabella seguente riporto i casi in cui il rischio di CCR risulta aumentato:

Rischio familiare	
un familiare di 1° grado con CCR	rischio aumentato di 2-3 volte
due familiari di 1° grado con CCR	rischio aumentato di 3-4 volte
un familiare di 1° grado con CCR diagnosticato ad età < 50 anni:	rischio aumentato di 3-4 volte
un familiare di 2° o 3° grado con CCR:	rischio aumentato di ~ 1.5 volte
due familiari di secondo grado con CCR:	rischio aumentato di ~2-3 volte
un familiare di 1° grado con un polipo adenomatoso	rischio aumentato di ~ 2 volte
Altre condizioni di rischio aumentato	
Malattie infiammatorie intestinali	
Malattia di Crohn	(5-10%)
Colite ulcerosa	(34% dopo 30 anni di pancolite)
Storia personale di polipi adenomatosi e di cancro colo-rettale:	
Rischio aumentato, non quantificabile (rientrano nei protocolli di sorveglianza)	

Il rischio familiare merita particolare attenzione. L'età di inizio e la frequenza dei controlli endoscopici devono essere definiti in modo rigoroso. Il suggerimento è di sottoporre a colonscopia genitori e fratelli nel momento della diagnosi di cancro del familiare. Per i figli invece il controllo deve iniziare a 50 anni o – se non li hanno ancora compiuti - ad un'età pari a 10 anni in meno rispetto all'età del genitore nel momento della diagnosi di cancro (esempio: se il tumore è stato diagnosticato nel padre all'età di 55 anni, la colonscopia di prevenzione nei figli deve iniziare a 45 anni).

In Europa l'incidenza del tumore del colon retto sembra in aumento, in particolare nei giovani-adulti nell'età tra i 20 e 39 anni. (16); in Italia non è attualmente giustificato anticipare l'età di inizio dello screening a 45 anni, come si è proposto in alcuni stati europei.

Nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), la Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (Age.Na.S) ha pubblicato il documento "Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto". Il documento integrale è disponibile on line sul sito dell'Agenzia, nella sezione Linee guida (www.agenas.it).

Bibliografia:

- 1) I numeri del cancro in Italia 2016. Registro Tumori Ed 2016 AIRTUM. Il Pensiero Scientifico Editore 00138 Roma; pag 96-100
- 2) Ferlay J, Steliana-Foucher E et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 49;1374: 2013
- 3) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, and Physical Activity, and the Prevention of Cancer. A Global Perspective. Washington DC AICR 2007
- 4) Dejea CM, et al. Patients with familial adenomatous polyposis harbour colonic biofilm containing tumorigenic bacteria. *Science* 359(6375);592:2018
- 5) Holtz RA, et al. Tumor potentiating mechanisms of *Fusobacterium Nucleatum*, a multifaceted microbe. *Gastroenterology* 152(4);694:2017
- 6) Smith RA, Brooks D et al. Cancer screening in the United States 2013: a review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. *CA Cancer J Clin* 63(2);88:2013
- 7) Brenner H, Bouvier AM et al. Progress in colorectal cancer survival in Europe from the late 1980s to the early 21st century: the EURO CARE study. *Int J Cancer* 131;1649:2012
- 8) Cairns SR et al, British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups. *Gut* 59(5);666:2010
- 9) Levin B et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps.2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 134(5);1570:2008
- 10) Arditi C et al. EPAGE II Study Group. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Surveillance after polypectomy and after resection of colorectal cancer. *Endoscopy* 41(3); 209:2009
- 11) Benson AB 3rd et al. Colon cancer, version3 2014. *J Natl Compr Canc Netw* Jul,12(7); 1028: 2014

- 12) Zorzi M et al: Quality of colonoscopy in an organised colorectal cancer screening programme with immunochemical faecal occult blood test: the EQUIPE study (Evaluating Quality Indicators of the Performance of Endoscopy). Gut 64(9);1389:2015
- 13) Zorzi M et al: Appropriateness of endoscopic surveillance recommendations in organized colorectal cancer screening programmes based on the faecal immunochemical test. Gut 2015 Aug 21.pii:gutjnl-2015310109,doi:10.1136/gutjnl-2015-310139
- 14) Zauber A G et al: Coloscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal cancer death. NEJM 366; 687:2012
- 15) Hassan C. et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline-Update 2020. Endoscopy 52(8); 687:2020
- 16) Vuik Fer et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. GUT 2019;0;1-7 dei:101136/gutjnl.2018-317592

 Pubblicato in [Gastroenterologia](#), [Tumore colon-retto, come prevenirlo](#) | [Nessun commento »](#)