

Tumori maligni del colon e del retto

CARCINOMA COLORETTALE

KEY POINTS:

-  **Epidemiologia**
-  **Fattori di Rischio**
-  **Biologia**
-  **Anatomia patologica e staging**
-  **Segni Clinici**
-  **Diagnosi**
-  **Prevenzione primaria e secondaria**
-  **Terapia**

CARCINOMA COLORETTALE

EPIDEMIOLOGIA

- E' al terzo posto fra i tumori maligni nel mondo (1999);
- 1.000.000 casi diagnosticati e 500.000 morti ogni anno (World Health Association)
- Incidenza più alta nei paesi industrializzati (USA, Canada, Europa occidentale, Nuova Zelanda) ma con rapido aumento anche nei paesi in via di sviluppo;
- E' il terzo "killer cancer" nell'uomo dopo ca del polmone e prostata , al secondo posto nella donna dopo il cancro della mammella;
- Il rischio nella vita di ognuno di noi è all'incirca del 5%; 1 persona su 20 sviluppa un cancro del colon nel corso della sua vita; nel 1997 negli USA è stato diagnosticato un cancro ogni 4 minuti e si è registrato un nuovo decesso per cancro coloretale ogni 10 minuti;
- Durante il passato decennio l'incidenza è diminuita da 50/100.000 a 40/100.000 , la mortalità del 10% (diagnosi precoce, minore mortalità operatoria, maggiore diffusione di sorveglianza e di polipectomia endoscopica).

CARCINOMA COLORETTALE

EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

- ETA' > 50 anni (75%)
- STORIA FAMILIARE (20%)
- ALIMENTAZIONE
- EREDITARIETA' (5%)
- MALATTIE INFIAMM. INTESTINALI IDIOPATICHE (1%)

CARCINOMA COLORETTALE

ALIMENTAZIONE

- Dieta con alto contenuto in grassi e in proteine → aumento degli acidi biliari nel lume intestinale → più intensa proliferazione cellulare della mucosa colica;
- Conversione di derivati del colesterolo in carcinogeni da parte della flora batterica intestinale;
- Ruolo protettivo delle fibre;
- Ruolo protettivo di una dieta ricca in calcio e vitamina D → inibizione della proliferazione cellulare e precipitazione di sostanze citotossiche come i sali biliari e gli acidi grassi.

CARCINOMA COLORETTALE

EREDITARIETA' (5%)

- Sindrome della Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP)
- Sindrome del Cancro coloretale ereditario non poliposico (HNPCC) (Lynch I e Lynch II)
- Sindrome di Gardner (Poliposi del colon retto + osteomi,tumori desmoidi,cisti epidermoidali)
- Sindrome di Turcot (Poliposi del colon retto+ tumori maligni SNC)
- Sindrome di Cronkhite- Gardner (Poliposi del colon retto, stomaco, tenue +lesioni oculari)

CARCINOMA COLORETTALE

MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI IDIOPATICHE

- Malattia di Crohn (5%)
- Rettocolite ulcerosa (5-15%) Rischio più elevato dopo 20 di malattia (5%) 30 anni (15%) e se è interessato l'intero colon (35%)

CARCINOMA COLORETTALE

Sequenza adenoma carcinoma

E' opinione comune che quasi tutti i carcinomi coloretali derivano da un precedente adenoma

La progressione adenoma -->carcinoma si verifica nel 10% degli adenomi ed impiega dai 5 ai 10 anni

NB* Dopo una polipectomia endoscopica occorrono almeno 5 anni per sviluppare un adenoma “de novo” nella zona bonificata, altri 2-3 anni affinché il nuovo adenoma sviluppi una atipia moderata-grave, ed altri tre anni per progredire fino ad un cancro invasivo.

CARCINOMA COLORETTALE

MODELLO GENETICO DI ISTOGENESI

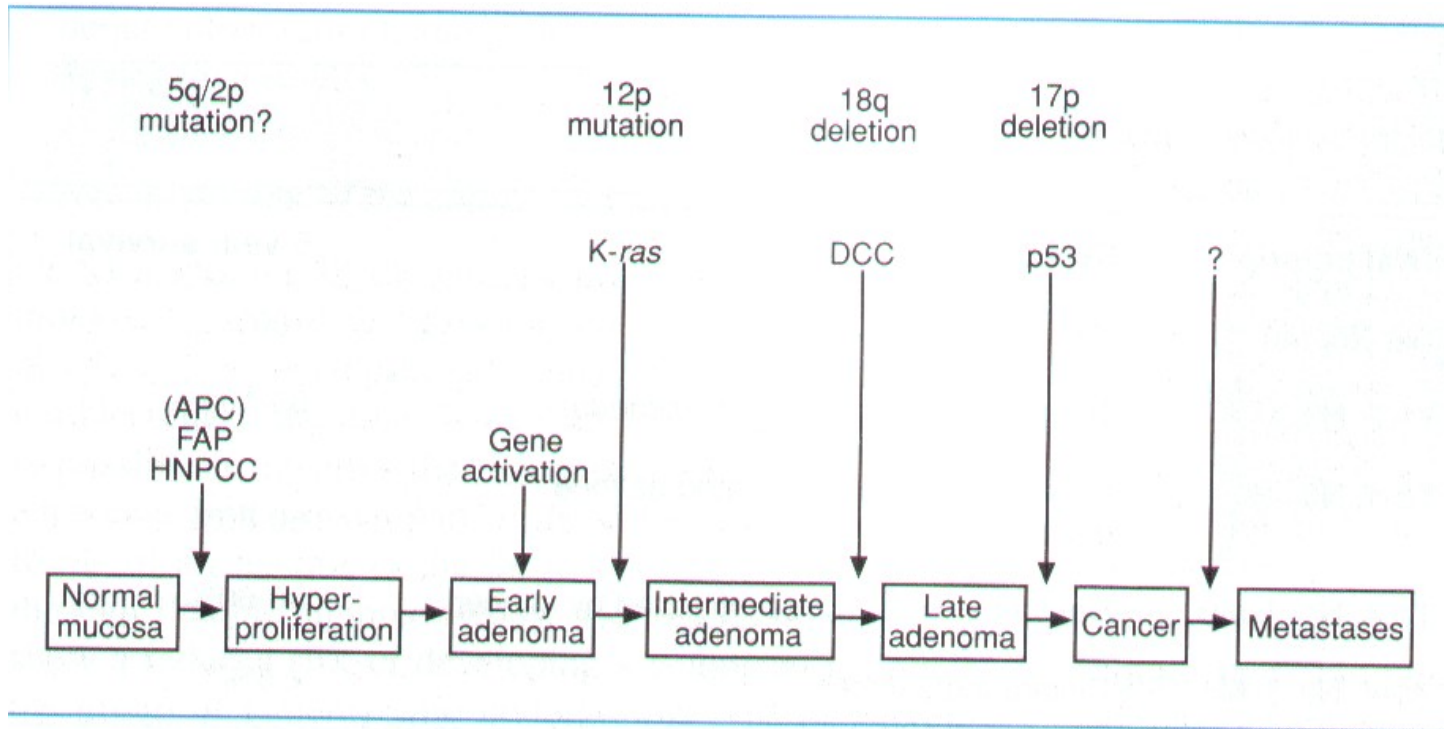


Figure 39.1 A genetic model of colorectal tumor genesis. (Adapted from Vogelstein B. et al. Genetic alterations during colorectal tumor development. N Engl J Med 1988;319:525.)

CARCINOMA COLORETTALE

ANATOMIA PATOLOGICA

Aspetto microscopico:

Nella stragrande maggioranza adenocarcinomi (95%)
G1 – G2 – G3 . Quelli scarsamente differenziati o
indifferenziati si trovano inn persone < 45 anni o con
HNPCC ed hanno una prognosi infausta.

Aspetto macroscopico:

- Vegetante
- Ulcerato
- Infiltrante
- Anulare stenosante

CARCINOMA COLORETTALE

ANATOMIA PATOLOGICA

*Quelli prossimali (ceco e colon destro) sono in aumento .

La distribuzione attuale è la seguente:

25% nel colon prossimale

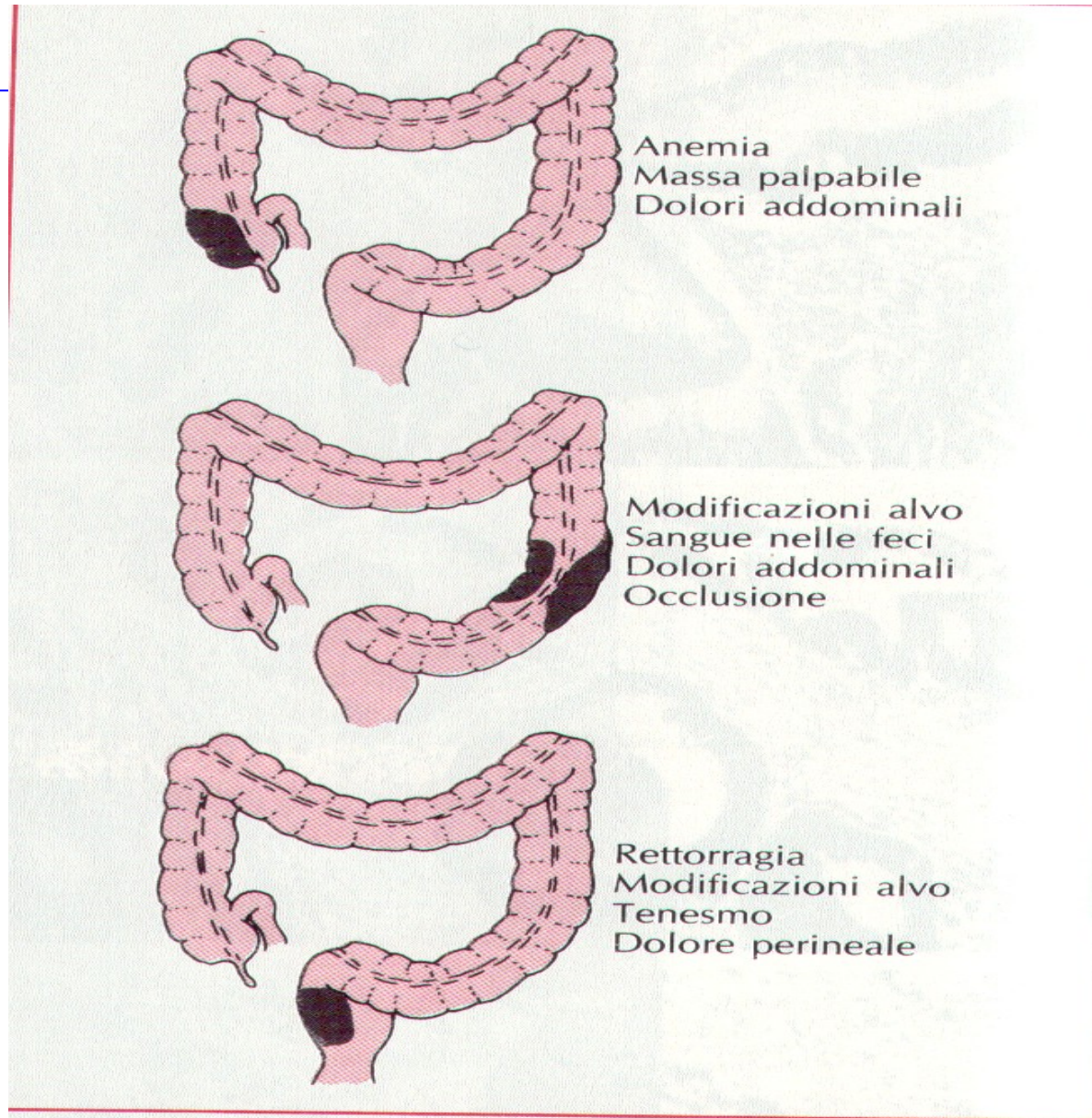
10% nel colon trasverso

35% solo nel colon distale

30% nel retto

CARCINOMA COLORETTALE

SINTOMATOLOGIA

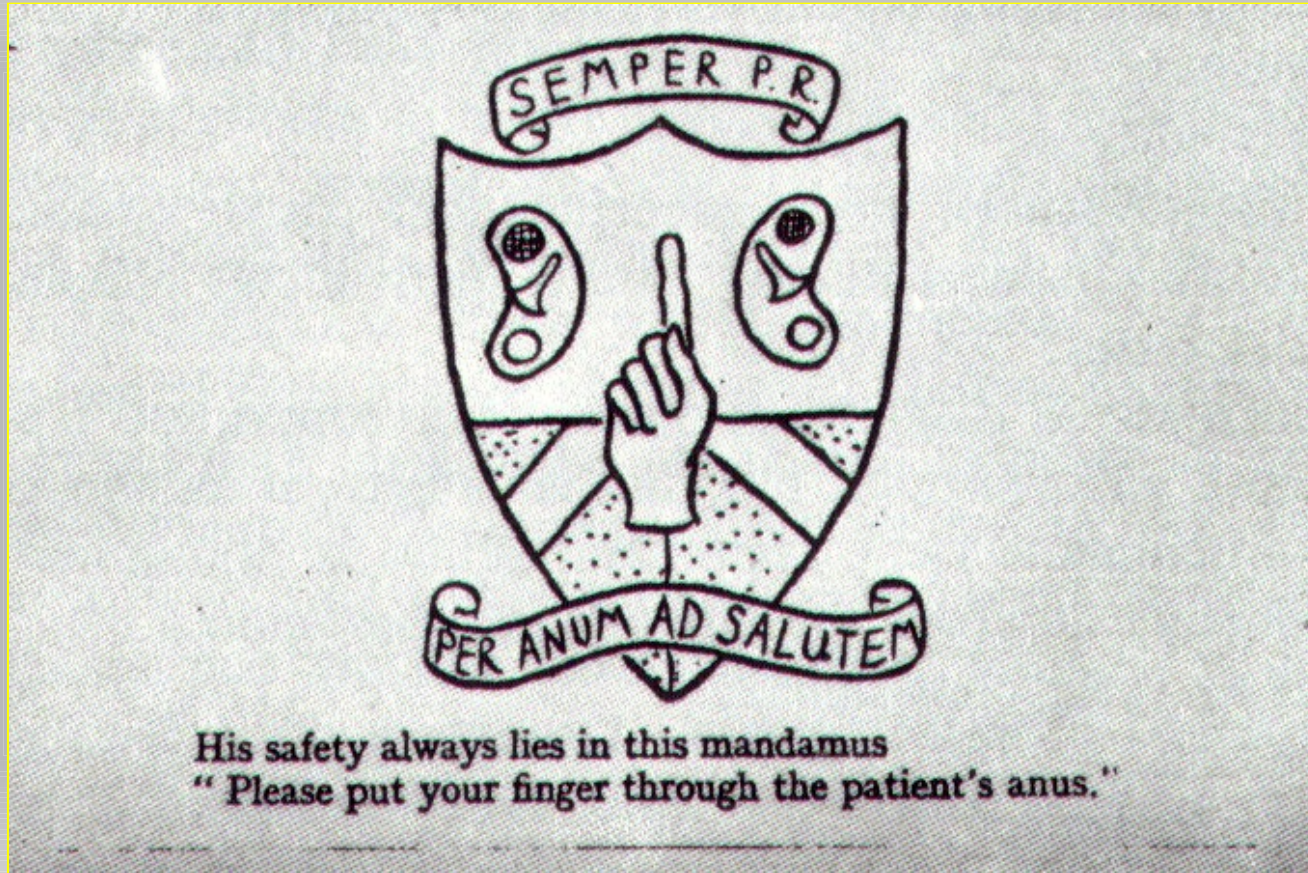


CARCINOMA COLORETTALE

DIAGNOSI

- ESPLORAZIONE RETTALE
- RETTOCOLONSCOPIA (sensitiv. 95%)
- CLISMA OPACO (sensitiv. 85%)
- ECOENDOSCOPIA
- ECOGRAFIA ADDOMINALE
- TAC

CARCINOMA COLORETTALE



CARCINOMA COLORETTALE

Prevenzione

- a) Primaria : identificazione ed eliminazione dei fattori che possono essere responsabili del cancro
- b) Screening e sorveglianza

CARCINOMA COLORETTALE

Prevenzione primaria

Dieta povera di grassi e ricca di fibre:	Riduzione del rischio del 50%
Esercizio regolare	: 50%
Mantenimento del peso corporeo ideale:	20%
Eliminazione del fumo	: 20%
Eliminazione dell'alcol	: 10%

CARCINOMA COLORETTALE

Prevenzione secondaria

Linee guida per lo screening e la sorveglianza

Pazienti a rischio normale : età > 50 anni

Opzioni di Screening

FOBT f. 1 anno

FS f. 5 anni

DCBE f. 5-10 anni

Colonscopia f. 10 anni

Se positive

Colonscopia o DCBE+ FS

Colonscopia

Colonscopia

CARCINOMA COLORETTALE

Prevenzione secondaria

Linee guida per lo screening e la sorveglianza

Pazienti ad alto rischio :

- **+1 consanguineo con cancro coloretale: come per il rischio normale ma < 40 a.**
- **Poliposi adenomatosa familiare : test genetico e FS f. 1 anno dalla pubertà**
- **Storia familiare di HNPCC: test genetico , colonscopia f. 1-2 anni dai 20 anni, colonscopia f.1 anno dopo i 40 anni**
- **+ 2 consanguinei con cancro coloretale : come HNCPP (?)**

CARCINOMA COLORETTALE

STADIAZIONE

Dukes stages A B C D

Astler Coller stages A B1 B2 C1 C2 D

TNM T1 T2 T3 T4 N0 N1 N2 N3 M0 M1

CARCINOMA COLORETTALE

STADIAZIONE

-DUKE'S

-ASTLER COLLER

-TNM

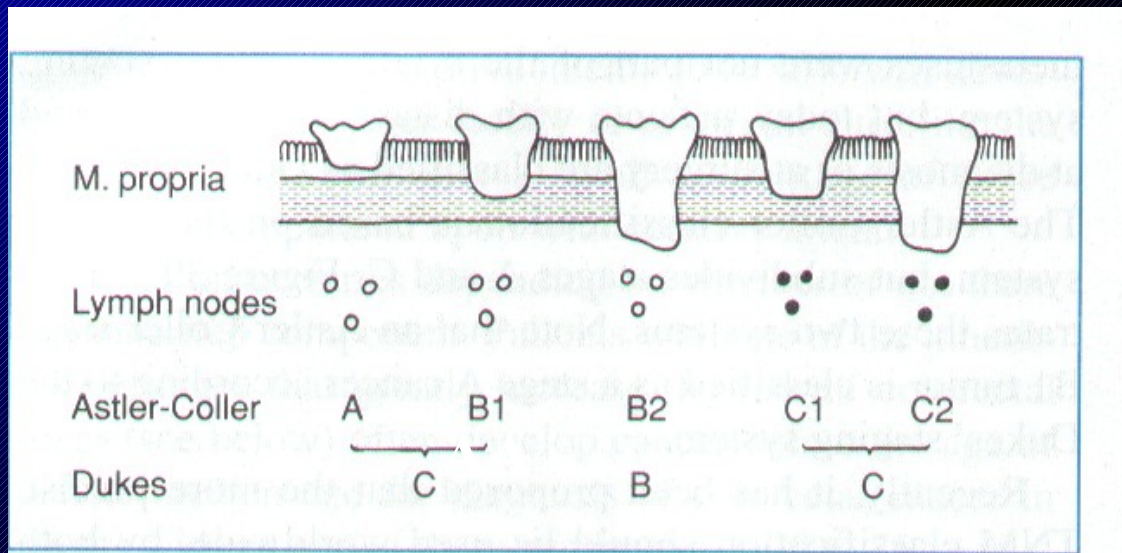


Table 39.1 TMN staging subcategories

Primary tumor (T)

- TX Primary tumor cannot be assessed
- T0 No evidence of primary tumor
- Tis Carcinoma in situ, intraepithelial location or invasion of lamina propria
- T1 Tumor invades submucosa
- T2 Tumor invades muscularis propria
- T3 Tumor invades through muscularis propria into subserosa or into nonperitonealized pericolic or perirectal tissue
- T4 Tumor invades other organs or structures and/or perforates visceral peritoneum

Regional lymph nodes (N)

- Nx Regional lymph nodes cannot be assessed
- N0 No regional lymph node metastasis
- N1 Metastasis in 1 to 3 paracolic or pararectal lymph nodes
- N2 Metastasis in > 3 paracolic or pararectal lymph nodes
- N3 Metastasis to any lymph node along the course of a named vascular trunk and/or metastasis to apical node(s)

Distant metastasis (M)

- Mx Presence of distant metastasis cannot be assessed
- M0 No distant metastasis
- M1 Distant metastasis present

CARCINOMA COLORETTALE

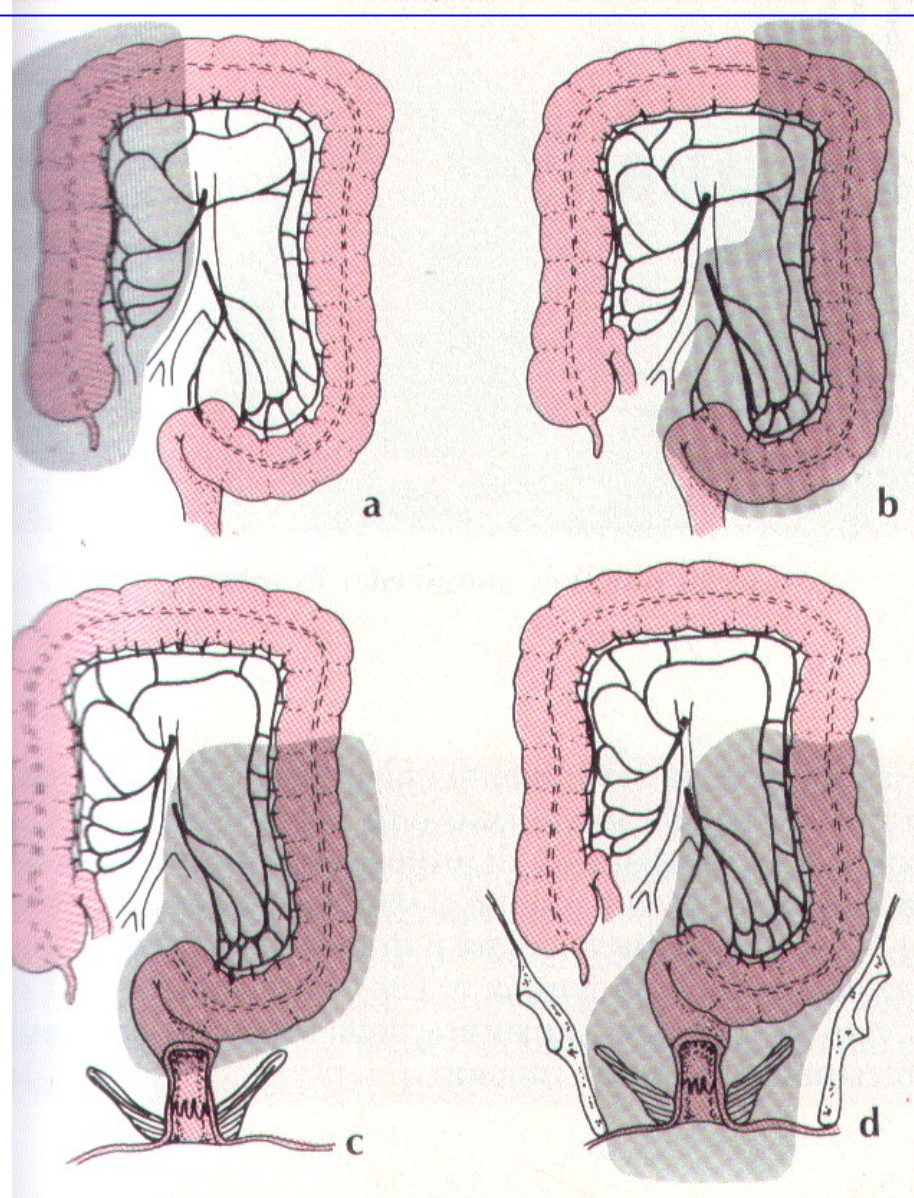
TERAPIA

CHIRURGICA

- **E' il trattamento primario ed il solo potenzialmente curativo in maniera radicale**

CARCINOMA COLORETTALE

TERAPIA CHIRURGICA



CARCINOMA COLORETTALE

OPZIONI CHIRURGICHE NEI TUMORI DEL RETTO

- RESEZIONE ADDOMINO-PERINEALE
- RESEZIONE ANTERIORE ALTA
- RESEZIONE ANTERIORE BASSA
- INTERVENTO DI HARTMANN

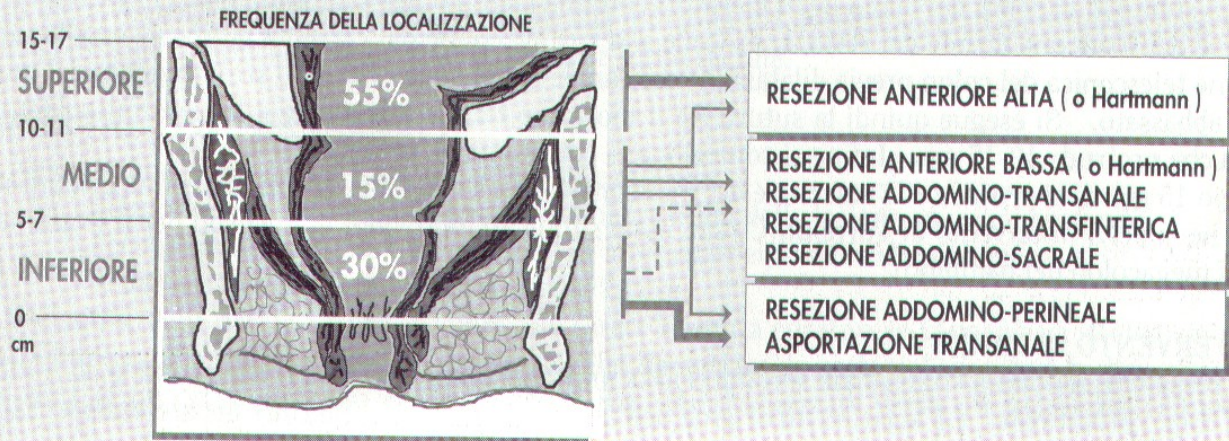
RESEZIONI ADDOMINO-TRANSANALI

- PULL-THROUGH
- INTERVENTO DI PARKS

RESEZIONI ADDOMINO-TRANSFINTERICHE

RESEZIONI ADDOMINO-SACRALI

ASPORTAZIONI TRANSANALI



CARCINOMA COLORETTALE

TERAPIA ADIUVANTE (Chemio e Radioterapia)

Table 39.6 The distribution for the extent of spread, prognosis, local recurrence rates in rectal carcinoma effects on survival and local recurrence rate with adjuvant treatment

Dukes' stage	A	B	C
Occurrence	10-20%	20-40%	30-40%
Corrected 5-year survival	85-100%	50-75%	30-50%
Survival with adjuvant chemotherapy	Not used	60-85%	40-60%
Local recurrence rate	5-10%	25-40%	30-70%
Local recurrence rate with adjuvant radiotherapy	2-5%	12-20%	15-30%

CARCINOMA COLORETTALE

Prognosi

Table 39.2 Staging and 5-year survival for colorectal cancer

Stage	Dukes/Astler-Coller	TNM criteria	Description	5-year survival
0		Tis, N0, M0	Carcinoma in situ	100%
I	A/A or B1	T1-2, N0, M0	Tumor limited to muscularis propria	85-100%
II	B/B2 or B3	T3-4, N0, M0	Primary tumor has infiltrated beyond muscularis propria	50-80%
III	C/C1, C2 or C3	T1-4, N1-3, M0	Regional lymph nodes infiltrated by cancer	30-60%
IV	D	T1-4, N0-3, M1	Distant metastases	< 5%

CARCINOMA COLORETTALE

TERAPIA ADIUVANTE (Chemio e Radioterapia)

Table 39.5 The distribution for the extent of spread and prognosis in colon carcinoma with estimated effects on survival with adjuvant treatment

Dukes' stage	A	B	C	D
Occurrence	10-20%	20-40%	30-40%	20-30%
Corrected 5-year survival	90-100%	55-80%	40-60%	< 5%
Survival with adjuvant chemotherapy	not used	60-90%	45-70%	

