



Lezione di Chirurgia Generale
Tumori del colon e del retto

CARCINOMA COLORETTALE

EPIDEMIOLOGIA

- E' al quarto posto fra i tumori maligni nel mondo (1999);
- 800.000 casi diagnosticati 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;
- Un terzo circa è localizzato nel retto (40%),due terzi nel resto del grosso intestino (25% sigma,10% discendente,25% colon destro);
- Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di adenocarcinomi,più rari carcinoma anale,carcinoide, melanoma;
- Il notevole miglioramento prognostico riscontrato negli ultimi 50 anni è dovuto al miglioramento delle cure postoperatorie e alla conseguente riduzione della mortalità post operatoria;
- Il miglioramento delle procedure diagnostiche e delle terapie adiuvanti (chemio,radio e immunoterapia) dovrebbe far diminuire ulteriormente la mortalità nei prossimi anni.

CARCINOMA COLORETTALE

EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

- ALIMENTAZIONE
- EREDITARIETA'
- POLIPI NEOPLASTICI
- MALATTIE INFIAMM. INTESTINALI IDIOPATICHE
- IRRADIAZIONI DELLA PELVI

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;
- Ruolo protettivo dei NSAIDs (nonsteroidal antiinflammatory drugs) ??

CARCINOMA COLORETTALE

EREDITARIETA'

- Sindrome della Poliposi Adenomatosa Familiare
(mutazione del gene Adenomatous Polyposis Coli -APC gene- nel cromosoma 5q)
- Sindrome del Cancro coloretale ereditario non poliposico (Lynch I)
- Sindrome Adenocarcinomatosa ereditaria (Lynch II)
(mutazione nel cromosoma 2p di geni responsabili delle riparazione degli errori che occorrono nella duplicazione del DNA – MSH2, MLH1, PMS1 e PMS2)
- 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 (7-15%)*

CARCINOMA COLORETTALE

MODELLO GENETICO DI ISTOGENESI

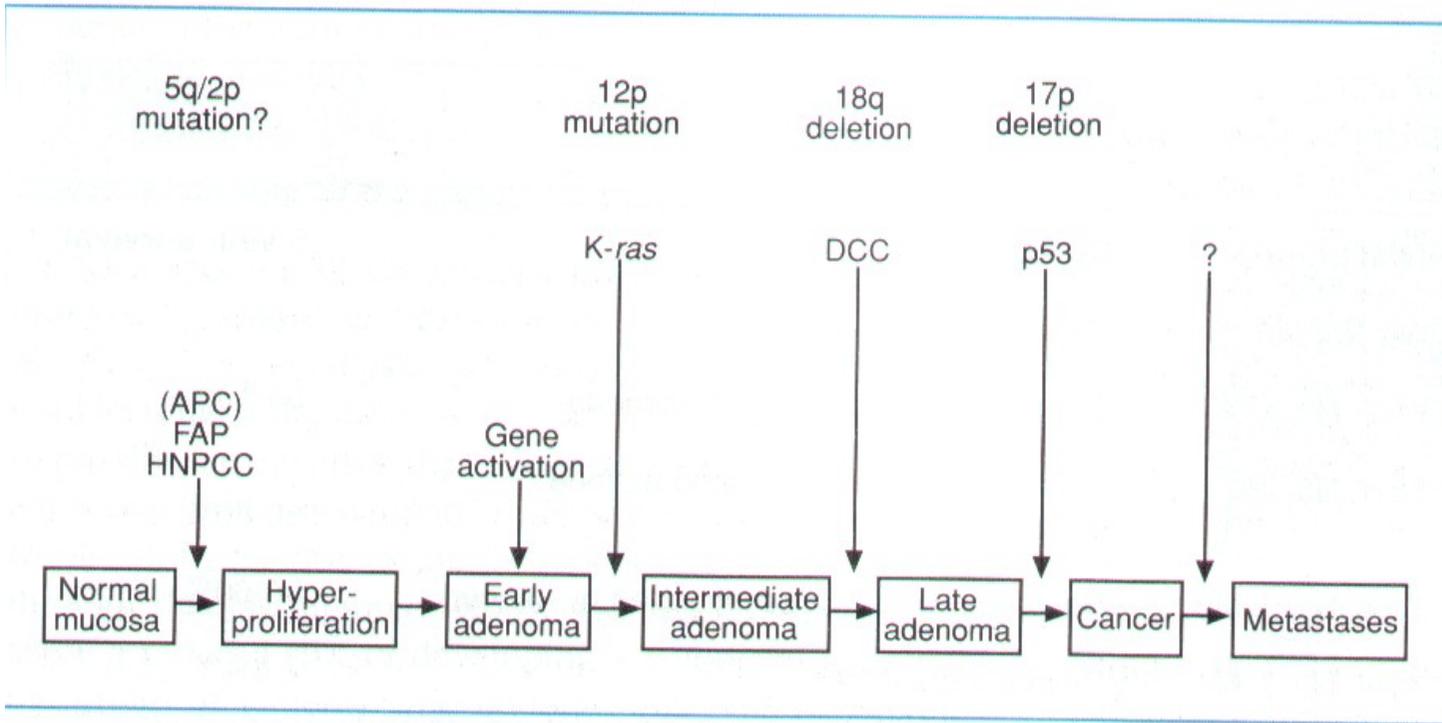


Figure 39.1 A genetic model of colorectal tumor genesis. (Adapted from Vogelstein B. et al. Genetic alterations during colorectal tumor development. N Engl J Med 1988;319:525.)

CARCINOMA COLORETTALE

ANATOMIA PATOLOGICA

Aspetto macroscopico:

- Vegetante
- Ulcerato
- Infiltrante
- Anulare stenosante

Aspetto microscopico:

Nella stragrande maggioranza adenocarcinomi

CARCINOMA COLORETTALE

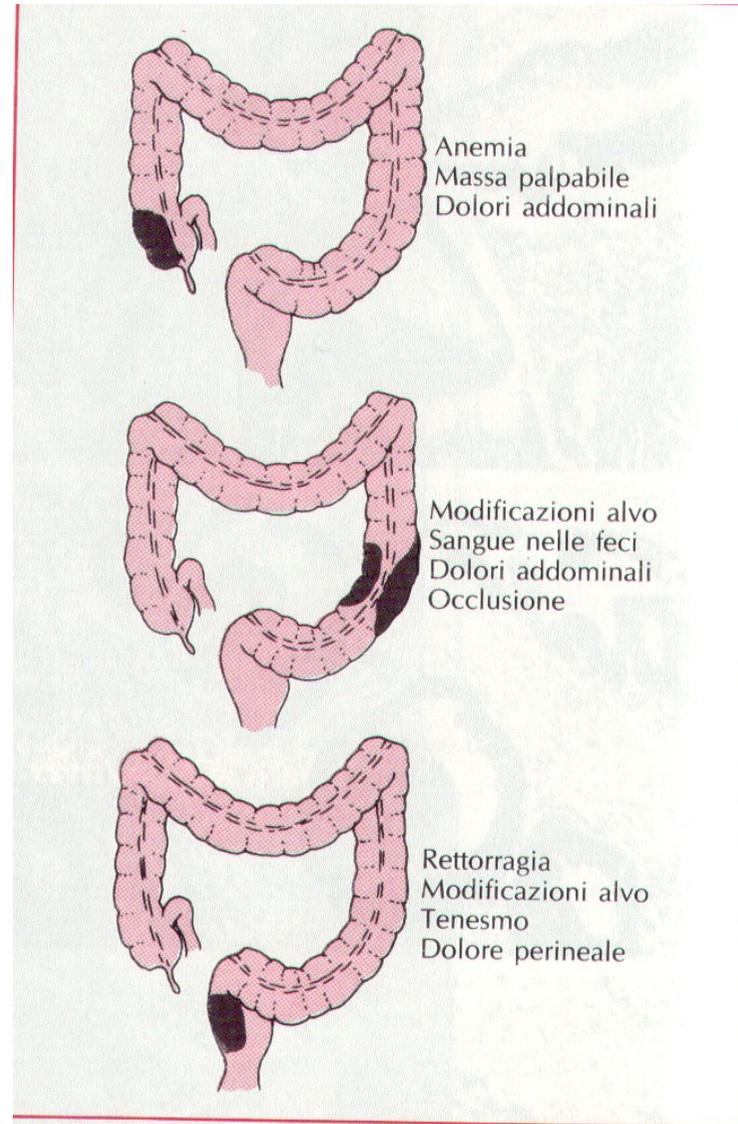
ANATOMIA PATOLOGICA

Modalità di diffusione:

- Locale
- Per via linfatica
- Per via ematica

CARCINOMA COLORETTALE

SINTOMATOLOGIA



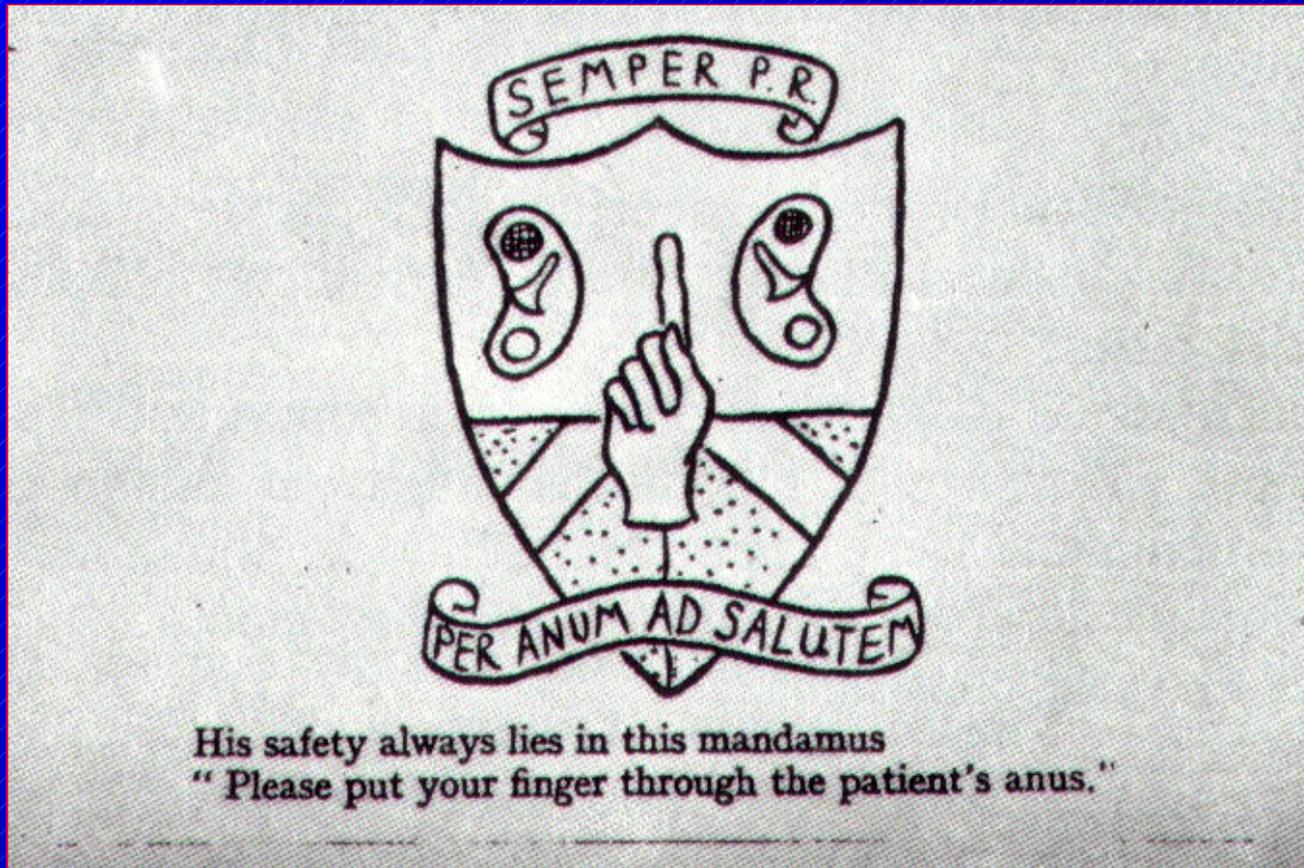
in 1970 Sistemi - ...

CARCINOMA COLORETTALE

DIAGNOSI

- ESPLORAZIONE RETTALE*
- RETTOCOLONSCOPIA*
- CLISMA OPACO*
- ECOENDOSCOPIA*
- ECOGRAFIA ADDOMINALE*
- TAC*
- RNM*
- Sangue occulto nelle feci*
- Markers tumorali*

CARCINOMA COLORETTALE



CARCINOMA COLORETTALE

TERAPIA

-CHIRURGICA

-CHEMIOTERAPIA

-RADIOTERAPIA

CARCINOMA COLORETTALE

KEY POINTS:

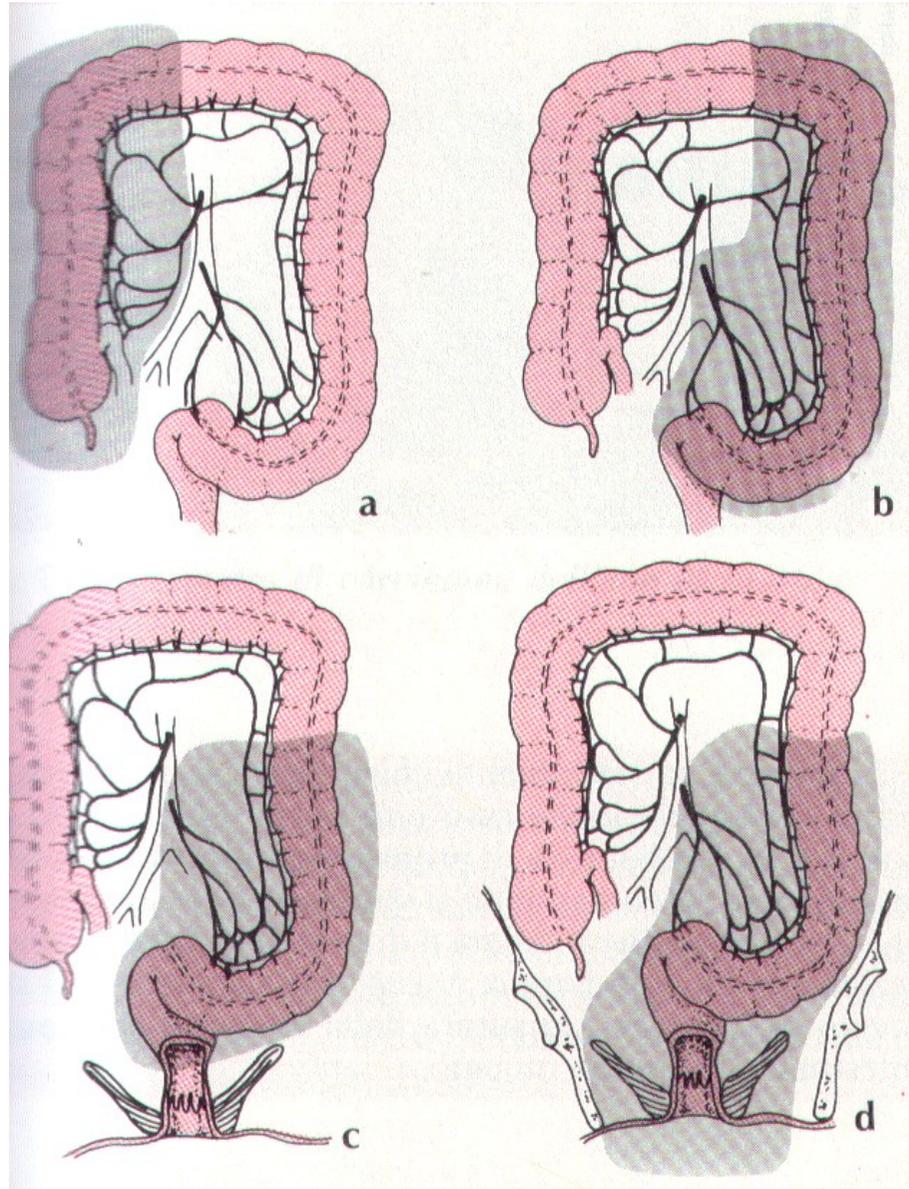
-Circa il 70% dei pazienti con cancro coloretale può essere operato con intento curativo. Nel 10% il tumore non può essere resecato per il suo stadio avanzato e nel restante 20% metastasi sono già presenti al momento della diagnosi. Dei pazienti sottoposti ad intervento il 30/40% svilupperanno un altro tumore sia localmente che a distanza (fegato, polmone etc).

-**La sopravvivenza a 5 anni è del circa il 50% complessivamente.** La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti che non hanno segni di diffusione a distanza al momento della diagnosi e nei quali la chirurgia è stata eseguita con intento curativo sale al 70/75%, la migliore di tutti i cancri del tratto gastrointestinale.

-Le lesioni allo stage 0 possono essere rimosse per via endoscopica. Se il tumore è già penetrato entro o attraverso la muscolaris mucosa, la resezione chirurgica è il trattamento di scelta, con o senza la chemio e/o la radioterapia adiuvanti.

CARCINOMA COLORETTALE

TERAPIA CHIRURGICA



CARCINOMA COLORETTALE

OPZIONI CHIRURGICHE NEI TUMORI DEL RETTO

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

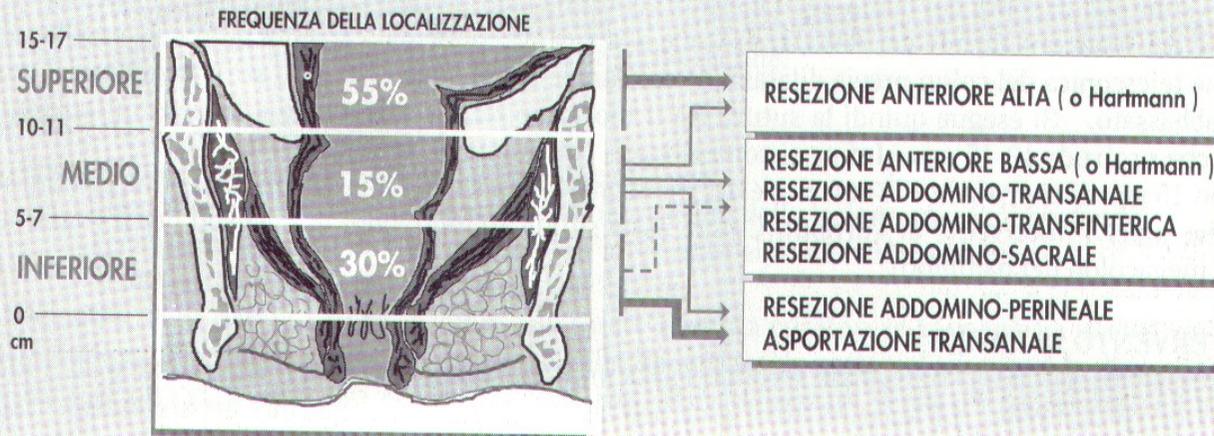
RESEZIONI ADDOMINO-TRANSANALI

- PULL-THROUGH
- INTERVENTO DI PARKS

RESEZIONI ADDOMINO-TRANSFINTERICHE

RESEZIONI ADDOMINO-SACRALI

ASPORTAZIONI TRANSANALI



CARCINOMA COLORETTALE

PROGNOSI

STADIAZIONE

-DUKE'S

-ASTLER COLLER

-TNM

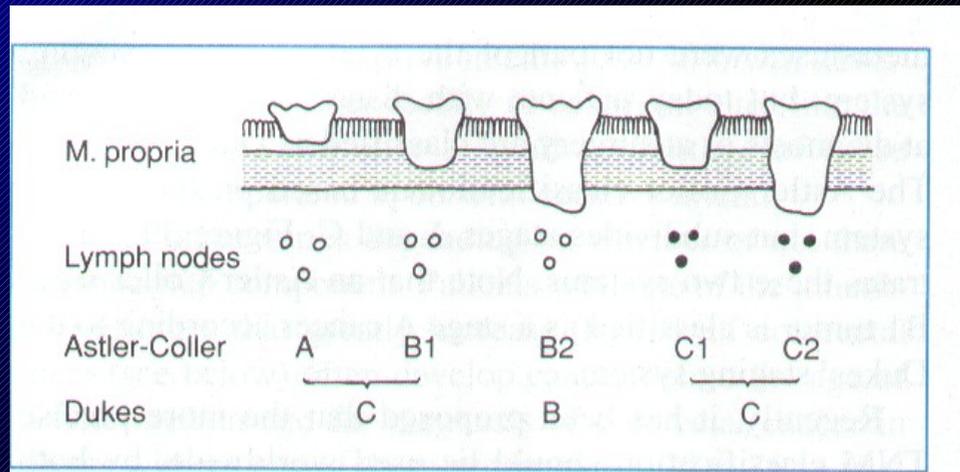


Table 39.1 TMN staging subcategories

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

SOPRAVVIVENZA

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% | |

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% |

**CASO CLINICO : CARCINOMA DEL COLON DESTRO
EMICOLECTOMIA DESTRA**

