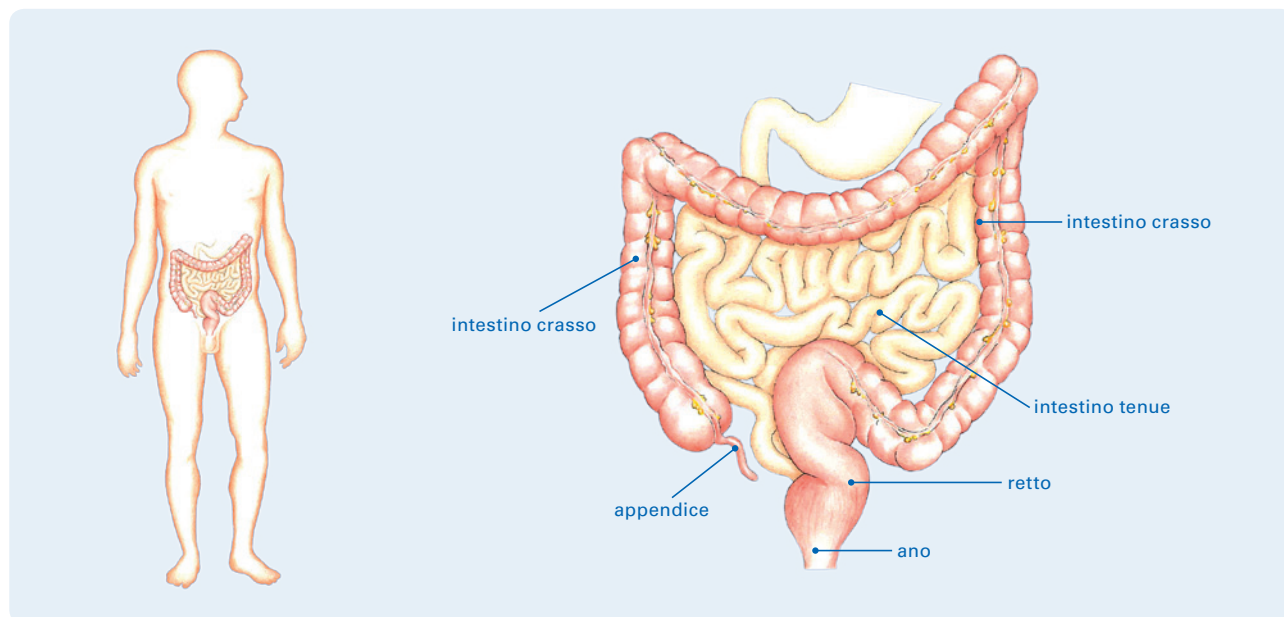




Cancro intestinale e del retto

Carcinoma del colon-retto o colorettale



L'intestino crasso

Nel suo percorso attraverso gli organi della digestione (bocca, stomaco, intestino tenue), il cibo subisce un progressivo processo di scomposizione. Infine, i residui degli alimenti raggiungono l'intestino crasso (colon), dove vengono resi più densi e trasportati in direzione dell'uscita. Nell'ultimo tratto dell'intestino crasso, il retto, le feci si accumulano fino al momento dell'evacuazione dall'ano.

Il cancro intestinale origina dalle cellule della mucosa che riveste il cavo del colon e colpisce prevalentemente l'ultimo segmento, ossia il retto.

I termini «cancro del colon» e «cancro intestinale» indicano la stessa malattia. Questo perché i tumori maligni nelle altre sezioni dell'intestino (intestino tenue, ano) sono rari, mentre il cancro dell'intestino crasso è uno dei più frequenti in assoluto.

Frequenza

Ogni anno quasi 4000 persone si ammalano di cancro dell'intestino crasso in Svizzera. Tale cifra costituisce l'11% di tutti i tumori maligni. Il cancro intestinale occupa quindi complessivamente il terzo posto per frequenza e nelle donne addirittura il secondo. Si tratta

soprattutto di una malattia dell'età avanzata: il 37% dei pazienti è di età compresa tra 50 e 70 anni, mentre il 57% supera i 70 anni.

Sintomi

Il cancro intestinale spesso non causa sintomi per lunghi periodi. I seguenti disturbi potrebbero segnalare la presenza di un tumore:

- > sangue nelle feci (feci di colore rosso o nero),
- > disturbi durante la defecazione, per esempio stimolo all'evacuazione senza produrre feci,
- > comparsa di dolore addominale,
- > alterazioni delle abitudini di evacuazione, per esempio alternanza di diarrea e stitichezza, emissione di feci sottili «a matita», crampi durante l'evacuazione oppure forte flatulenza senza una causa riconoscibile,
- > perdita involontaria di peso.

Accertamenti diagnostici

Lo strumento diagnostico più importante per il cancro intestinale è la colonscopia. Durante questo esame viene introdotto uno strumento chiamato endoscopio nell'intestino attraverso l'apertura anale. L'endoscopio è munito di una telecamera che permette di visualizzare con precisione la parete interna dell'intestino,

inoltre con l'aiuto di strumenti speciali è possibile prelevare campioni di tessuto, che possono essere successivamente esaminati per la presenza di cellule tumorali.

In alcune circostanze, per determinare l'estensione del tumore nel corpo si ricorre ad altri accertamenti diagnostici come una radiografia dell'intestino, un'ecografia degli organi addominali e una TAC o una risonanza magnetica (RM/MRI).

Stadi della malattia

La stadiazione si basa sul sistema internazionale TNM, con cui si valuta l'estensione del tumore (T), l'interessamento di linfonodi (N) e la presenza di eventuali metastasi (M). Gli stadi del cancro intestinale sono:

| | |
|-----------|---|
| T0 | assenza di tumore |
| T1 | il tumore è circoscritto allo strato più interno della parete intestinale |
| T2 | il tumore ha infiltrato lo strato muscolare della parete intestinale |
| T3 | il tumore ha infiltrato tutti gli strati della parete intestinale |
| T4 | il tumore ha infiltrato il tessuto circostante |
| Tx | l'estensione del tumore non è valutabile |
| N0 | nessun interessamento dei linfonodi |
| N1 | interessamento di uno fino a tre linfonodi adiacenti |
| N2 | interessamento di quattro o più linfonodi adiacenti |
| Nx | interessamento dei linfonodi non valutabile |
| M0 | nessuna metastasi |
| M1 | metastasi in altri organi, per esempio nel fegato o nei polmoni |
| Mx | presenza di metastasi non valutabile |

Terapia

I metodi di trattamento scelti dipendono in buona misura dallo stadio del tumore. Se possibile, il cancro intestinale viene sempre rimosso chirurgicamente. Se il tumore è in uno stadio molto precoce, la terapia si conclude dopo l'asportazione chirurgica.

Se invece si trova in uno stadio più avanzato occorrono ulteriori trattamenti. Spesso si esegue una radioterapia e/o una chemioterapia già prima dell'intervento (radiochemioterapia), per ridurre il volume del cancro e aumentare le probabilità di successo dell'operazione. Un'ulteriore opzione è la somministrazione di una chemioterapia immediatamente dopo l'intervento chirurgico.

Se il tumore ha già formato metastasi subentrano altri trattamenti, come una combinazione di radioterapia e chemioterapia, oppure una terapia con farmaci moderni (anticorpi monoclonali, immunoterapia). Una farmacoterapia può lenire i sintomi e prolungare la vita rimanente. Metastasi isolate, in particolare nel fegato, possono essere ridotte o persino rimosse, chirurgicamente o con procedure speciali.

Conseguenze della terapia

Nella maggior parte dei pazienti oggi è possibile preservare l'ano naturale dopo l'intervento, evitando di confezionare un ano artificiale permanente (stoma).

Tuttavia, se il tumore è molto vicino all'apertura anale è necessario asportare tutto l'ano insieme allo sfintere e confezionare uno stoma. Quest'ultimo consiste in una piccola apertura sulla parete addominale, da cui si fa fuoriuscire l'estremità dell'intestino che viene fissata con una sutura. Le feci vengono evacuate attraverso lo stoma in una speciale sacca che aderisce alla pelle dell'addome. Non è più possibile defecare normalmente.

Controlli

Alla fine della terapia antitumorale, i pazienti devono recarsi regolarmente dal medico per sottoporsi a visite di controllo. Il tipo di controlli e le scadenze delle visite vengono stabiliti su base individuale.

Fattori di rischio

Alcune persone corrono un rischio più elevato di ammalarsi di cancro dell'intestino per ragioni individuali o familiari. Le situazioni a rischio sono:

- > malattie infiammatorie croniche dell'intestino, come il morbo di Crohn o la colite ulcerosa.
- > alcune malattie intestinali ereditarie che provocano la comparsa di molti polipi (proliferazioni della mucosa) nell'intestino, per esempio la «poliposi adenomatosa familiare» (FAP).
- > l'insorgenza del cancro del colon in un parente prossimo, soprattutto se ha meno di 50 anni al momento della diagnosi. Si stima che il 10–15% dei casi di cancro intestinale siano riconducibili a una predisposizione genetica.
- > comparsa precedente di polipi intestinali.

Le persone a rischio dovrebbero sottoporsi sin da giovane età agli esami di individuazione precoce del cancro.

Anche in assenza di una predisposizione particolare possono subentrare altri fattori che aumentano il rischio di cancro intestinale:

- > mancanza di movimento
- > sovrappeso
- > alimentazione sbilanciata, per esempio con troppi grassi e troppo poche fibre
- > fumo

Prevenzione e diagnosi precoce

Uno stile di vita sano può ridurre il rischio di ammalarsi di cancro intestinale:

- > fare sufficiente attività fisica
- > evitare il sovrappeso
- > seguire un'alimentazione equilibrata con molta frutta, verdura, insalata e fibre, pochi grassi e poche carni rosse
- > non fumare

Esistono due metodi di riconoscimento precoce del cancro intestinale: la ricerca di sangue nelle feci (test del sangue occulto) e la colonscopia.

Con il test del sangue occulto si individua il sangue nelle feci non visibile a occhio nudo che può provenire da un tumore.

Con la colonscopia si esamina la mucosa intestinale e si possono prelevare campioni di tessuto, nonché asportare i polipi sospetti.

Per sapere quando e con che scadenze sottoporsi agli esami di diagnosi precoce, è bene chiedere consiglio al medico di famiglia.

Nota

Queste informazioni possono essere scaricate da www.legacancro.ch → Malattie tumorali anche nelle lingue tedesco, francese, spagnolo, portoghese, albanese, serbo-croato-bosniaco e turco. Su www.legacancro.ch/opuscoli può scaricare anche i nostri opuscoli gratuiti in tedesco, francese e italiano.

Informazioni, consulenza, sostegno

Krebsliga Aargau

Tel. 062 834 75 75
www.krebsliga-aargau.ch

Krebsliga beider Basel

Tel. 061 319 99 88
www.krebsliga-basel.ch

Bernische Krebsliga Ligue bernoise contre le cancer

Tel. 031 313 24 24
www.bernischekrebsliga.ch

Ligue fribourgeoise contre le cancer

Krebsliga Freiburg
tél. 026 426 02 90
www.liguecancer-fr.ch

Ligue genevoise contre le cancer

tél. 022 322 13 33
www.lgc.ch

Krebsliga Glarus

Tel. 055 646 32 47
www.krebsliga-glarus.ch

Krebsliga Graubünden

Tel. 081 252 50 90
www.krebsliga-gr.ch

Ligue jurassienne contre le cancer

tél. 032 422 20 30
www.liguecancer-ju.ch

Ligue neuchâteloise contre le cancer

tél. 032 721 23 25
www.liguecancer-ne.ch

Krebsliga Schaffhausen

Tel. 052 741 45 45
www.krebsliga-sh.ch

Krebsliga Solothurn

Tel. 032 628 68 10
www.krebsliga-so.ch

Krebsliga St. Gallen- Appenzell

Tel. 071 242 70 00
www.krebsliga-sg.ch

Thurgauische Krebsliga

Tel. 071 626 70 00
www.tgkl.ch

Lega ticinese contro il cancro

tél. 091 820 64 20
www.legacancro-ti.ch

Ligue valaisanne contre le cancer

tél. 027 322 99 74
www.lvcc.ch

Krebsliga Wallis

Tel. 027 922 93 21
www.krebsliga-wallis.ch

Ligue vaudoise contre le cancer

tél. 021 641 15 15
www.lvc.ch

Krebsliga Zentralschweiz

Tel. 041 210 25 50
www.krebsliga.info

Krebsliga Zug

Tel. 041 720 20 45
www.krebsliga-zug.ch

Krebsliga Zürich

Tel. 044 388 55 00
www.krebsliga-zh.ch

Krebshilfe Liechtenstein

Tel. 00423 233 18 45
www.krebshilfe.li

Linea cancro

0800 11 88 11
lunedì–venerdì ore 10–18
chiamata gratuita

www.forumcancro.ch

Il forum internet della
Lega contro il cancro

Impressum

Autore

Dott.ssa med. Eva Ebnöter,
Zollikon

Traduzione

Dott. med. Paolo Valenti,
Zurigo

Illustrazioni

Daniel Haldemann, Wil SG

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
Casella postale 8219
3000 Berna
Tel. 031 389 91 00
www.legacancro.ch

© 2010

Lega svizzera contro
il cancro, Berna