

Cancro del colon-retto

Epidemiologia. E' al 2° posto per incidenza tra tutti i tumori. L'incidenza è alta nella popolazione urbana, bassa nella popolazione rurale.

Nelle popolazioni a basso rischio è più frequente il cancro del colon destro per l'importanza del fattore ereditario; nelle popolazioni ad alto rischio è più frequente il cancro del colon sinistro.

Il sesso maschile è più colpito con massima incidenza tra V e VII decade di vita.

Il retto è più colpito (50%), seguito dal colon sinistro, destro e colon trasverso.

Eziologia. E' sconosciuta. Diverse sono le ipotesi avanzate:

1. Burkitt ipotizza che l'insorgenza del cancro sia imputabile ad uno scarso apporto di fibre con la dieta, con ridotto volume fecale e tempo di transito aumentato. Ciò comporta l'aumento della concentrazione fecale di cancerogeni con l'insorgenza della cancerogenesi.
2. Nigro sostiene che un aumento dell'apporto di fibre ed una diminuzione dei grassi riduca il rischio di cancro. L'acido fitico è un fattore protettivo.
3. Ipotesi degli acidi biliari nelle feci: gli acidi biliari aumentano con una dieta grassa e con il diminuito apporto di fibre e cereali. Un'alimentazione ad elevato contenuto di grassi e proteine (carni rosse) aumenterebbe l'incidenza di k del colon
4. Colectomia: a tale intervento è ascrivibile un aumento degli acidi biliari nelle feci
5. By-pass digiuno-ileale: alterazione del circolo entero-epatico della bile
6. Flora batterica: i batteri agiscono su acidi grassi e loro metaboliti; gli anaerobi aumentano l'incidenza di cancro; gli aerobi la diminuiscono. L'elevata concentrazione di batteri a livello del colon distale spiegherebbe l'elevata incidenza di k a questo livello
7. Vagotomia: > ulcera duodenale, con aumento di acido chenodesossicolico e litocolico con diminuzione di acido colico e aumento di rischio per k del colon.
8. Altri fattori: IBD, Chron, soprattutto RCU, radioazione, terapia immunosoppressiva, appendicectomia, uretero-sigmoidostomia.

Tra i fattori protettivi sono riconosciuti aspirina ed estrogeni.

Fattori genetici sussistono nel 5% dei casi di k del colon:

- il rischio aumenta in pz con parenti affetti da k del colon
- Poliposi adenomatosa familiare: autosomica dominante, causa la comparsa di centinaia di polipi a livello del colon-retto in tutti i pazienti affetti già all'età di 40 anni
- Sindrome di Lynch: autosomica dominante in età giovanile caratterizzata da adenocarcinoma colon prossimale + k endometrio ed ovaio

La predisposizione genetica si valuta con i criteri di Amsterdam:

- 3 o più k del colon-retto in almeno due generazioni
- parente di 1° grado affetto
- no poliposi familiare
- almeno un caso prima dei 50 anni in famiglia

Anatomia patologica

Gli istotipi possono essere epiteliali (adenocarcinoma e adenocarcinoma mucinoso), non epiteliali (leiomioma), oppure originare dal sistema emopoietico e linfoidale.

- Ca. vegetante o polipoide: detto "a cavolfiore", al colon destro o retto
- Ca. ulcerato: forma crateri a margini duri, ubiquitario, frequente al retto
- Ca. infiltrante o scirroso, stenotico: al colon sinistro e trasverso. Per interessare tutta la circonferenza del viscerale impiega 2 anni ovvero 6 mesi per ogni ¼ di circonferenza.

Modalità di diffusione

1. per contiguità o continuità: con infiltrazione parietale, circostante fino alla carcinosi peritoneale;
2. via linfatica: attraverso i linfonodi pericolici e paracolici;
3. via ematica:
 1. fegato attraverso le v. emorroidarie superiori giungono alla v. porta;
 2. polmone attraverso le v. emorroidarie inferiori e medie giungono in v. cava inferiore;
 3. ossa
 4. cervello

Sintomatologia

- *K colon destro*: diarrea saltuaria, anemia ingravescente ed astenia, febbricola, massa palpabile a destra, dolenzia emiaddome destro, sangue occulto e dimagrimento
- *K colon trasverso e sinistro*, retto sovrampollare: stitichezza ingravescente alternata a diarrea, muco e sangue nelle feci, senso di peso all'epigastrio e al fianco sinistro, senso di peso in fossa iliaca destra (segno di Bouveret). Sindrome da stenosi intestinale di Konig: crisi dolorose coliche, borborigmi, meteorismo, costipazione e sollievo all'emissione di gas; alvo diarroico con muco e sangue
- *K retto ampollare*: tenesmo, rettorragia a "lavatura di carne"
- *K retto sottoampollare*: dolore perianale e perineale, feci nastriformi, sangue, muco, tenesmo

Stadiazione di Aster e Collier

- Stadio A: k alla mucosa
- Stadio B1: k alla muscolare senza superarla
- Stadio B2: k superante la muscolare
- Stadio C1: B1, N+
- Stadio C2: B2, N+
- Stadio D: metastasi

Diagnosi

Importante l'anamnesi. L'esplorazione rettale identifica il 20% dei k. Definisce sede, circonferenza, fissità, ulcerazione, e utile a distinguere se è scirroso, esofitico, invasivo, ed è utile sul tipo di orientamento chirurgico.

Importante effettuare l'esame delle feci per individuare muco e sangue occulto.

Effettuare una rettosigmoidoscopia e pancoloscopia con biopsia.

Clisma opaco (disegno irregolare della parete, difetti di riempimento, rigidità. Nella forme stenose si rinviene il profilo a torsolo di mela.

Eco epatica e trans-renale.

TC addomino-pelvica (coloscopia virtuale). Rx e scintigrafia ossea. Scintigrafia con emazie marcate per individuare emorragia intestinale.

Complicanze

Occlusione intestinale nel colon sinistro e trasverso.

Perforazione

Emorragia massiva

Terapia

K colon dx: emicolectomia dx + anastomosi ileo-colica.

K colon trasverso: colectomia trasversa.

K colon sx: emicolectomia sx + anastomosi colon-rettale

K retto: resezione anteriore con anastomosi colo-rettale bassa oppure amputazione addomino-perineale con colostomia definitiva in fossa iliaca sx.