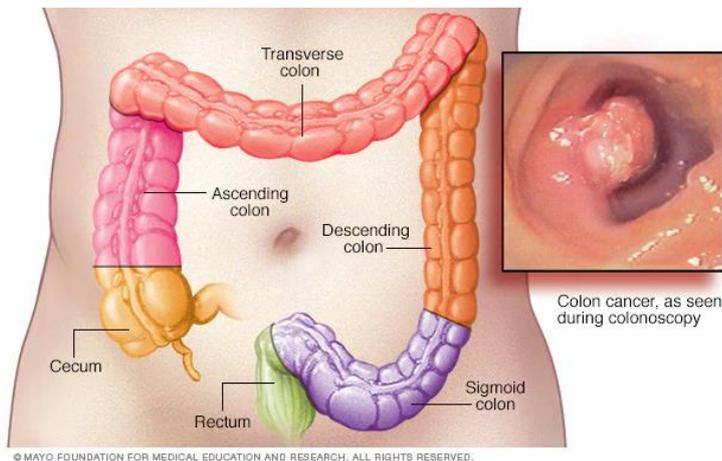
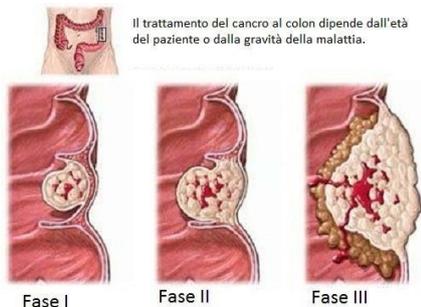


Il **tumore del colon retto** insorge nel colon e nel retto ed è causato dall'aumento incontrollato delle cellule della mucosa, ossia del rivestimento interno della parete intestinale. Il tumore del colon retto è una delle neoplasie a più elevata incidenza nel mondo occidentale e rappresenta il 9,4% di tutti i tumori nell'uomo ed il 10,1% nelle donne. Il tumore del colon retto ha un'incidenza nella popolazione italiana di 34.000 nuovi casi l'anno.

Il tumore si sviluppa più spesso nel colon (circa il 70% dei casi) e meno frequentemente nel retto (30%).



Se diagnosticato precocemente, si può prevenire o guarire. Nella maggior parte dei casi, infatti, il tumore origina dai polipi adenomatosi, lesioni inizialmente benigne e solo nel tempo capaci di evolvere in tumore.



Sintomi e segni

- Presenza di sangue nelle feci (proctorragia o sangue occulto fecale positivo)
- Presenza di muco nelle feci (mucorrea)
- Modificazioni dell'alvo (recente insorgenza di stitichezza alternata a diarrea)
- Calo di peso non associato a dieta
- Stanchezza cronica (astenia)
- Dolore fianco destro o sinistro

Fattori di rischio

Familiarità

- Un familiare di I grado con CCR (Cancro del Colon Retto): rischio aumentato di 2-3 volte
- Due familiari di I grado con CCR: rischio aumentato di 3-4 volte
- Un familiare di I grado con CCR diagnosticato ad età < 50 anni: rischio aumentato di 3-4 volte
- Un familiare di II o III grado con CCR: rischio aumentato di circa 1.5 volte
- Due familiari di II grado con CCR: rischio aumentato di circa 2-3 volte
- Un familiare di I grado con un polipo adenomatoso: rischio aumentato di circa 2 volte

Età: circa il 90% dei pazienti ha più di 50 anni. Il rischio aumenta progressivamente sino a raggiungere il suo picco dopo i 70 anni, con età media di insorgenza sui 68 anni.

Sovrappeso e stile di vita

- Elevato apporto calorico con dieta ricca di grassi
- Scarsa attività fisica
- Fumo
- Abuso alcolico
- Presenza di polipi del colon e del retto
- Malattie infiammatorie croniche del colon (Rettocolite ulcerosa e Morbo di Crohn)

Screening e la Diagnosi

Lo screening per il tumore del colon retto ha come target la popolazione sopra i 50 anni che non ha altri fattori di rischio oltre all'età.

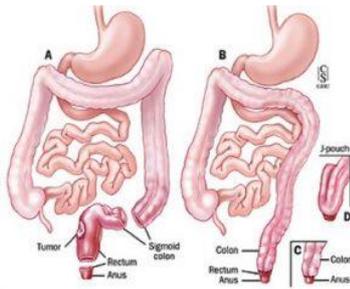
Si compone di:

- Ricerca del sangue occulto fecale (S.O.F.)
- Colonscopia in soggetti SOF positivi: Procedura eseguita mediante una sonda che viene introdotta dall'ano fino al cieco e che permette di esplorare visivamente tutto il colon. In presenza di polipi, si può eseguire subito l'asportazione dello stesso.

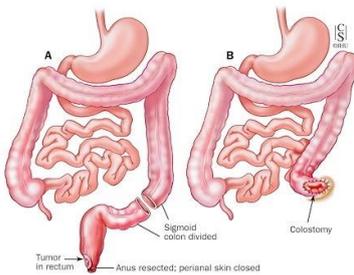


- Colonscopia virtuale: Metodica radiologica che consente di studiare la parete del colon mediante acquisizione di immagini radiologiche.

- Resezione del retto



- Colectomia totale e subtotale
- Asportazione del retto e dell'ano



La tecnica laparoscopica (o mininvasiva), si sostituisce alle incisioni addominali. Attraverso dei piccoli fori sulla cute, vengono introdotte telecamera, pinze, forbici, bisturi e strumenti atti all'esecuzione dell'intervento. Il vantaggio consiste in un più rapido miglioramento del recupero postoperatorio (meno dolore, minori complicanze, degenza più breve).

Tattamento medico del tumore del colon retto

Chemioterapia e Bioterapia come possibili cure del tumore del colon retto

Il trattamento medico, chemioterapico eventualmente associato a bioterapie (farmaci antiangiogenetici e anti EGFR), viene utilizzato per la cura dei tumori del colon-retto in diverse fasi della malattia. I farmaci oggi disponibili sono molteplici e possono essere usati singolarmente o, molto più spesso, in associazione tra loro. Sulla base della stadiazione anatomo-patologica del tumore eseguita sul pezzo chirurgico, viene stabilita l'indicazione o meno ad effettuare una chemioterapia postoperatoria allo scopo di ridurre il rischio di una recidiva del tumore.

Radioterapia per il Tumore al colon retto

La radioterapia é indicata nei tumori del retto con due finalità:

- ridurre il rischio di recidive locali
- ridurre le dimensioni del tumore per consentire alla chirurgia, in un secondo tempo, di essere meno demolitiva, evitando magari la necessità di asportare l'ano e quindi avere un sacchetto derivativo delle feci definitivo. Quasi sempre il trattamento radiante viene associato alla chemioterapia per potenziarne l'effetto.