



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Parte II

Donato Iuliano

*Responsabile Gastroenterologia Oncologica ed Endoscopia
Digestiva Operativa*

PO Marcianise - ASL Caserta



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Parte II

Donato Iuliano

*Responsabile Gastroenterologia Oncologica ed Endoscopia
Digestiva Operativa*

PO Marcianise - ASL Caserta



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

HepatoCellular Carcinoma

Tumori delle Vie Biliari

Tumori del Pancreas

CANCRO DEL COLON-RETTO



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Prevenzione primaria (prima della comparsa della malattia): interventi e comportamenti per evitare l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia. Interventi per ridurre i fattori di rischio

Prevenzione secondaria (dopo la comparsa della malattia): diagnosi di una malattia in fase precoce, iniziale. Se la malattia viene individuata in fase precoce possiamo intervenire per evitare il decorso infausto

I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Prevenzione primaria (prima della comparsa della malattia): si agisce per modificare fattori ambientali e/o comportamentali sbagliati (alimentazione, attività sportiva, fumo, inquinamento)

Prevenzione secondaria (dopo la comparsa della malattia):

Come si attua: programmi di screening

Quali Obiettivi: ridurre la mortalità ed incidenza

Come? Diagnosi del tumore negli stadi precoci o delle lesioni precancerose

I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Fasi della malattia



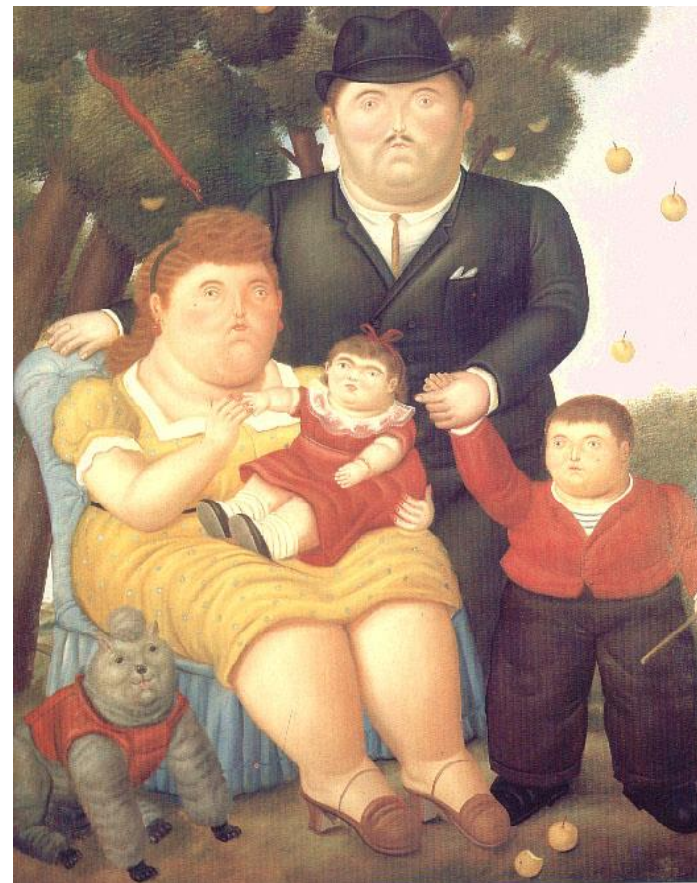


I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

- Documentare Fattori di rischio Ambientali
- Riconoscere Lesioni precancerose e Precursori biologici
- Individuare basi genetiche dei tumori

Fattori ambientali: l'importanza dell'alimentazione

Siamo fatti di ciò che mangiamo..... e quindi dovremmo scegliere per il nostro corpo i cibi migliori: per la nostra salute, per sentirci in forma e soprattutto per la profilassi della vera tragedia di questo secolo: il cancro.



- Con alti quantitativi di carne rossa e carni trattate **50% in più di possibilità di ammalarsi di cancro** rispetto a coloro che consumavano meno carne.
- Con dieta a base di pesce e carni bianche: **rischio di ammalarsi inferiore di circa il 25%**
- Quanta carne rossa è sicura? I livelli più bassi di rischio sono stati riscontrati negli uomini che mangiano meno 45 grammi, per le donne il livello è ancora più basso, meno di 30 grammi al giorno.
- NON fumare
- Mantenersi attivi
- le popolazioni orientali più vegetariane di noi hanno una bassissima incidenza di cancro intestinale

SEI REGOLE DA NON DIMENTICARE

- mantenere un peso corretto;
- mantenere una dieta molto varia;
- mangiare molta frutta e verdure;
- mangiare molti legumi e cereali;
- limitare il consumo di alcol;
- limitare il consumo di sale e fumo



MICROBIOTA e NEOPLASIE

- associazione tra alterata flora microbica nei soggetti con polipi displastici e cancro rispetto alla popolazione sana

LACTOBACILLI e BIFIDOBATTERI

dimostrata funzione anti-carcinogenica

CLOSTRIDI e BACTEROIDI

azione pro-infiammatoria e pro-carcinogenica



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

HCC

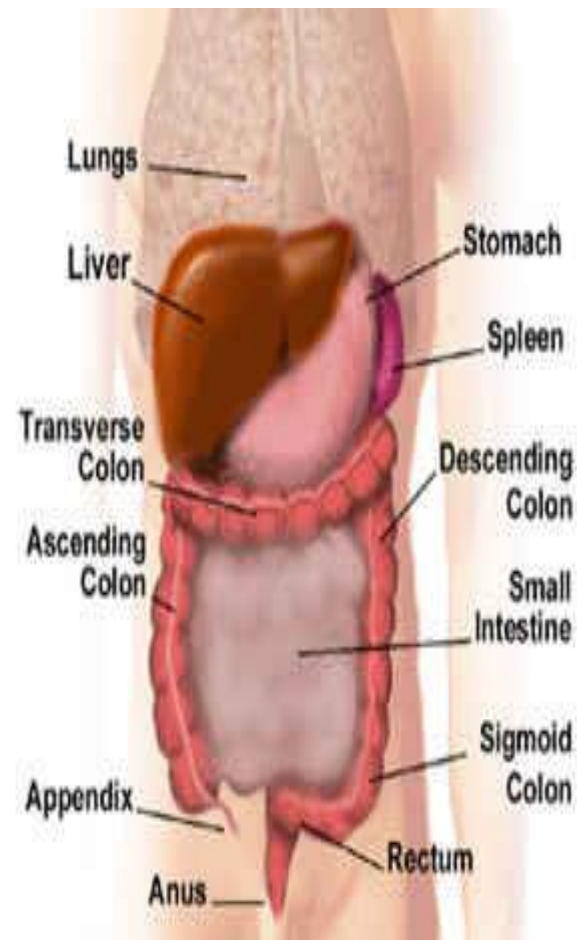
- prevenzione primaria: combattere le cause di epatite cronica (es.: HCV, HBV, Alcool)
- prevenzione secondaria: sorveglianza nei cirrotici con US e dosaggio Alfafetoproteina

I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

Cancro del Pancreas
Cancro della Colecisti
Colangiocarcinoma

Incidenza e mortalità per CCR in Europa

Il cancro del colon-retto tra le neoplasie più frequenti nella popolazione occidentale rappresentando, in entrambi i sessi, il secondo fra i tumori più frequenti e la seconda causa di morte per cancro in Europa e negli USA

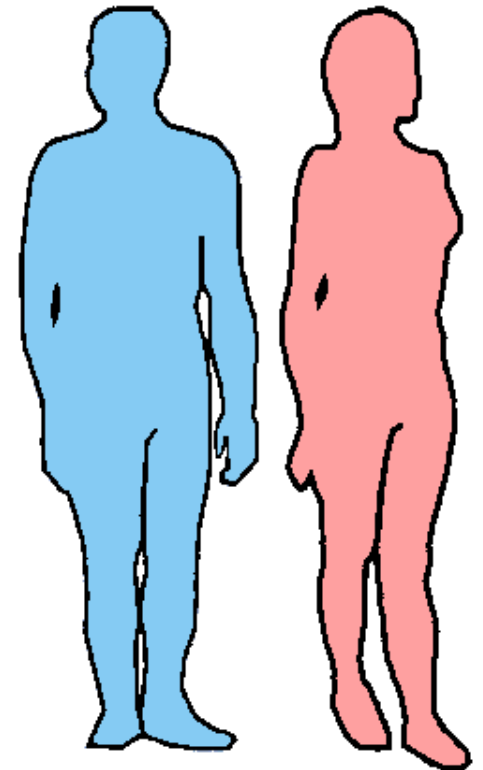


Incidenza e mortalità per cancro in Europa

- Nel 1997 è stato stimato che nell'Unione Europea siano stati diagnosticati 220.973 nuovi casi (114.106 fra i maschi e 106.867 fra le femmine) di tumore colo-rettale mentre 113.921 soggetti (55.791 maschi e 55.130 femmine) sono deceduti per questa causa.
- L'andamento dell'incidenza, dal 1970 al 2006 (stimata) mostra un costante incremento in tutti i paesi Europei (*R. Capocaccia, A. Verdecchia The EUROPREVAL project. Final report 2001*), mentre negli Stati Uniti c'è stata una tendenza al ribasso a partire dal 1985.

Incidenza e mortalità in Italia per CCR

- Incidenza 52/100.000 x anno
=>35.000 nuovi casi per anno
=>19.000 decessi l'anno
- Il CCR è la seconda causa di morte per tumore, dopo il cancro polmonare anche in Italia

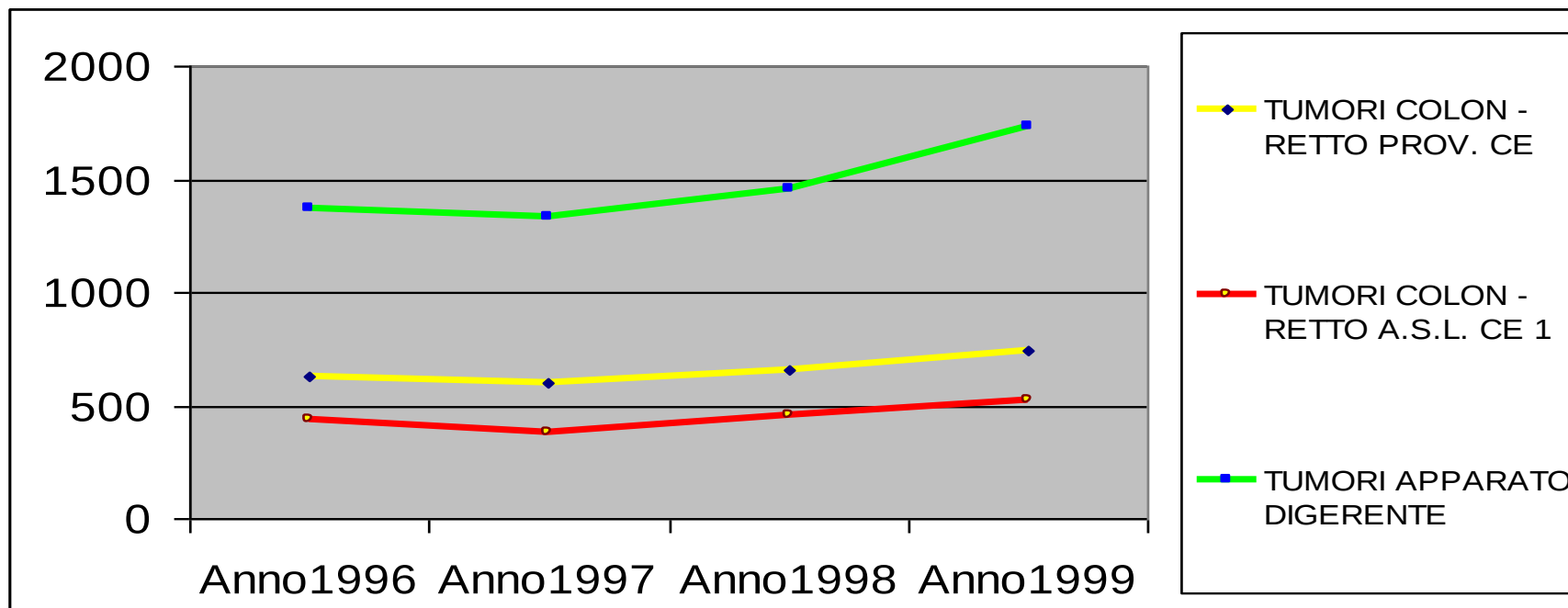


Incidenza e mortalità in Italia e in Campania per CCR

- Incidenza 52 nuovi casi/100.000 x anno in Italia
- **Incidenza 48 nuovi casi/100.000 x anno**
- Prevalenza 2014 Italia:
 $349 \text{ casi}/100.000 = 0.34\%$
- **Prevalenza 2014 Campania:**
 $277/100.000 = 0.28\%$
- Mortalità Italia: $16.77/100.000$
- **Mortalità Campania: $17.28/100.000$**

In provincia di Caserta

Dati cumulativi relativi ai comuni afferenti all'A.S.L. CE 1





I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

PER IL CANCRO DEL COLON-
RETTO E' POSSIBILE UNA
PREVENZIONE !



I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

SCREENING DEL CANCRO DEL COLON RETTO

Al 5 ottobre 2014

Contattati **134662** persone di
età fra 50 e 75 anni

Adesione: media **6-7%**

I Tumori dell'Apparato Digerente: PREVENZIONE?

SCREENING DEL CANCRO DEL COLON RETTO

Somministrazione Test SOF

Positivi: 6.05%* - 10.89%**

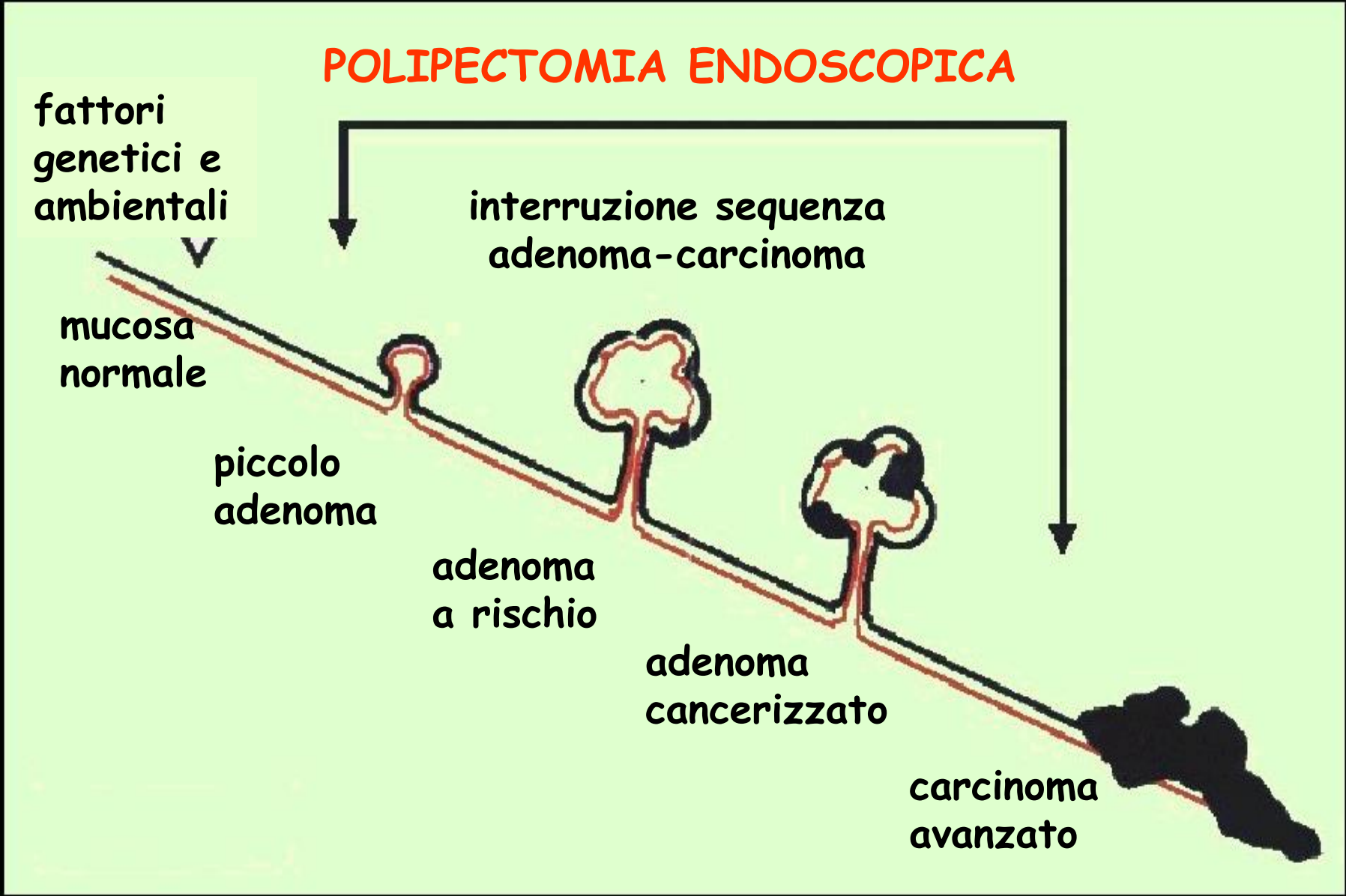
* Distretto 14 ex 29; ** Distretti 19 e 23



COLONSCOPIA

Lesioni precancerose: Polipi adenomatosi

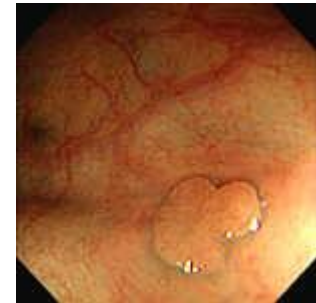




Fattori familiari ed ereditari

Sicura origine genetica

- Poliposi familiare (FAP)
- Cancro colorettales ereditario non su poliposi (sindrome di Linch, o HNPCC)



Familiarità neoplastica

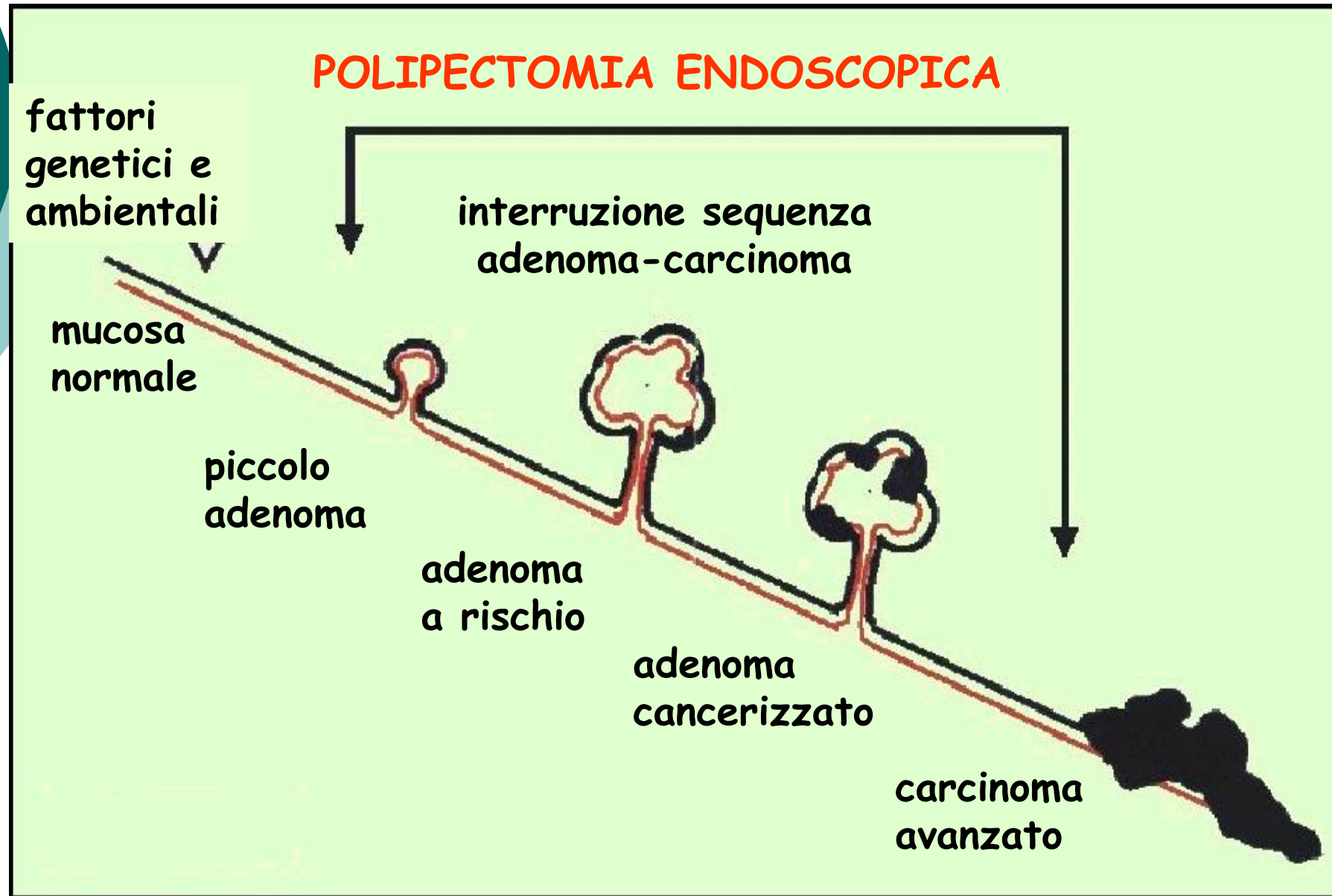
- E' presente in circa il 10% dei pazienti con tumore colorettales
- I familiari di I grado di pz con CCR presentano un rischio 3 volte>rispetto ad individui senza familiarità

Fattori di rischio: malattie infiammatorie croniche intestinali

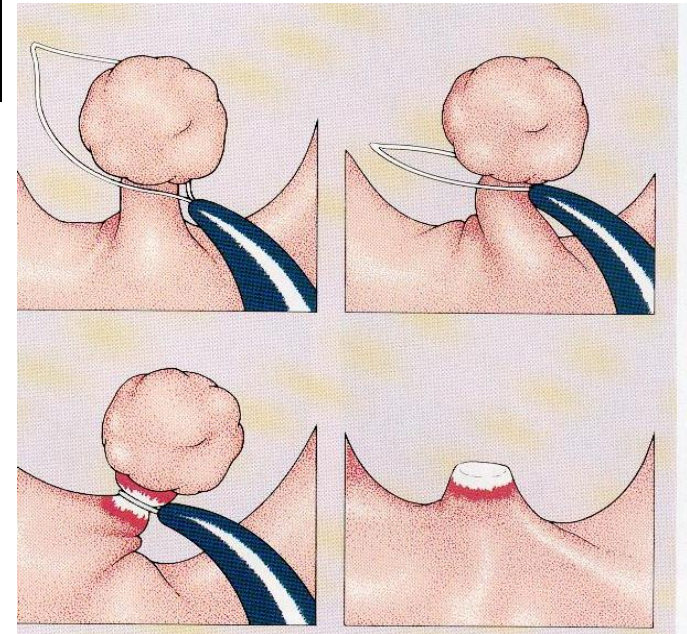
- R.C.U. e Crohn sono associate ad aumentato rischio di cancro del colon, ma non si conosce il reale rischio.
- Alto rischio: colite estesa, durata della malattia > 8 aa, colangite sclerosante primaria, insorgenza della malattia in età giovanile.
- La sorveglianza della presenza e del grado di displasia è la tecnica di screening di scelta.



Storia naturale del cancro colo-rettale



RESEZIONE ENDOSCOPICA DELLE LESIONI POLIPOIDI, NON POLIPOIDI E LST





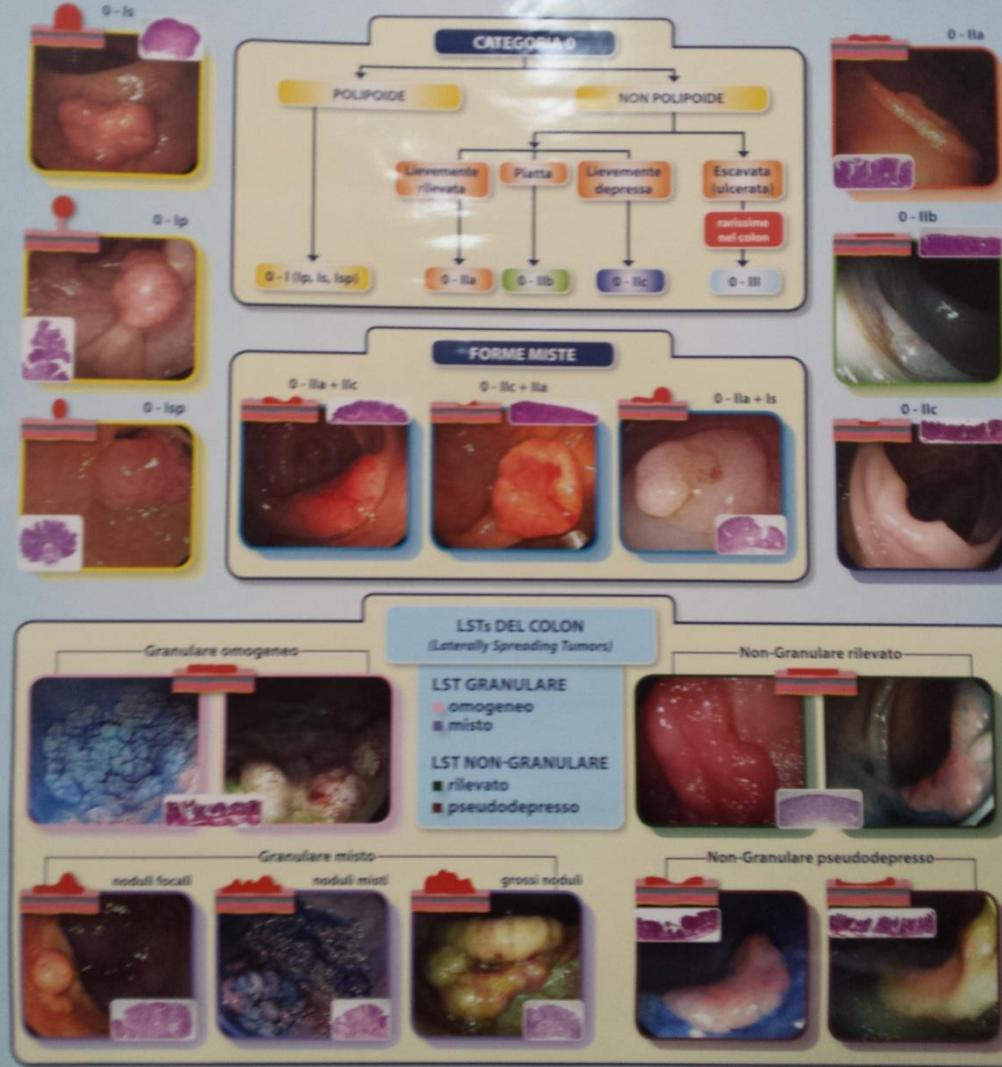
S.I.E.D.

LESIONI NEOPLASTICHE SUPERFICIALI DEL COLON

CLASSIFICAZIONE DI PARIGI-KYOTO

a cura della Commissione Scientifica

con la collaborazione di Federico Buffoli, Livio Cipolletta, Giuseppe Gizzi, Niccolò Villanacci, Maria Antonietta Bianco, Teresa Stalano, Valeria Villanacci



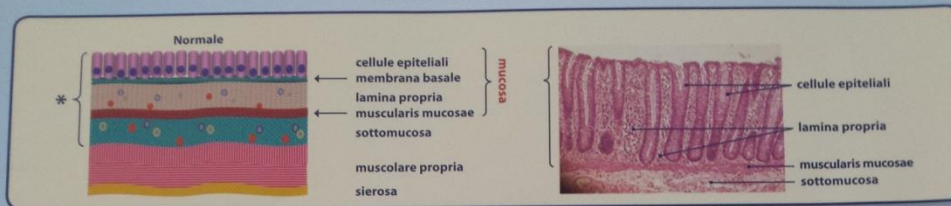
DEFINIZIONI DELLE LESIONI NEOPLASTICHE SUPERFICIALI DEL COLON

Lesioni neoplastiche superficiali del colon: lesioni di tipo polipoidi e non-polipoidi. Il cui aspetto endoscopico suggerisce l'assenza di infiltrazione canceromatosa (adenoma/flat), ovvero la presenza di invasione che non supera lo spessore della criptomucosa.

CLASSIFICAZIONE CLINICO-ISTOLOGICA DELLE LESIONI NEOPLASTICHE SUPERFICIALI* DEL COLON

CLASSIFICAZIONE DI VIENNA; WHO 2010; TNM

Progetto della Commissione Scientifica SIED

realizzato da Federico Buffoli, Livio Cipolletta, Giuseppe Gizzi, Maria Antonia Bianco, Teresa Staiano, Valeria Villani
e con la collaborazione di Mauro Risio

pTNM

class. WHO 2010

class. di Vienna (riveduta)

• **Tis**

Neoplasia superficiale intraepiteliale



Neoplasia intraepiteliale di basso grado

- adenoma basso grado
- displasia basso grado

Neoplasia intraepiteliale di alto grado

- adenoma alto grado
- displasia alto grado

Neoplasia mucosa di basso grado

cat 3

- adenoma basso grado
- displasia basso grado

Neoplasia mucosa di alto grado non invasiva

cat 4

- adenoma alto grado
- displasia alto grado
- carcinoma in situ
- sospetto per carcinoma che invade la tonaca propria

• **Tis**

Neoplasia superficiale intramucosa



N.B.: nel colon
la neoplasia che ha
invaso la tonaca propria
della mucosa non ha
potenziale metastatico

Neoplasia intramucosa non invasiva

(vero solo per il colon)

Neoplasia mucosa di alto grado

cat 4

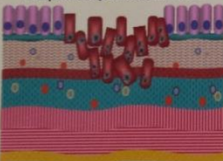
- carcinoma intramucoso

Neoplasia intramucosa invasiva

(per tutti gli altri distretti dove è già T1)

• **T1**

Neoplasia superficiale invasiva



Neoplasia ("superficialmente") invasiva

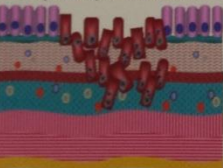
Nota: nelle lesioni sessili o non polipoidi con minima profondità di invasione sottomucosa il potenziale metastatico è prossimo a 0 e sale al 4% per una profondità di invasione compresa fra 1000 e 2000 µm. In casi selezionati (assenza di invasione vascolare, grado di differenziazione G1 o G2) la resezione endoscopica, se eseguita en-bloc, può essere considerata curativa se l'infiltrazione è inferiore ai 1000 µm (tale dato è in corso di rivalutazione e si prevede una riduzione a 300-500 µm).

Infiltrazione neoplastica sottomucosa

cat 5

• **T1**

Neoplasia superficiale invasiva



Neoplasia ("profondamente") invasiva

Nota: nelle lesioni sessili o non polipoidi con profondità di invasione sottomucosa superiore a 2000 µm il rischio di metastasi linfonodali sale a circa il 20%, indipendentemente dalla presenza di altri fattori istopatologici di rischio.

Infiltrazione neoplastica sottomucosa

cat 5

