

## **PROGETTO di PREVENZIONE dei TUMORI dell'APPARATO DIGERENTE**

Fonti del Ministero della Sanità dichiarano che, ogni anno, 1 tumore su 4, tra quelli registrati in Italia, colpisce l'apparato digerente.

A cinque anni dalla diagnosi sono vivi il 50 % dei malati di tumore all'intestino, il 25 % dello stomaco, il 10 % dell'esofago e il 5 % dei tumori del fegato e del pancreas.

### **CANCRO dell'ESOFAGO**

Neoplasia relativamente rara, all'ottavo posto nel mondo. Colpisce prevalentemente il terzo distale dell'organo coinvolgendo la giunzione gastro-esofagea.

Due gli istotipi prevalenti: carcinoma squamoso ed adenocarcinoma. Colpisce principalmente il sesso maschile e l'età media di insorgenza è di 66 anni.

#### **PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO:**

Fattori genetici: il tumore dell'esofago, nella forma squamocellulare, compare in quasi tutti i pazienti affetti da tilosi palmare e plantare, una rara malattia ereditaria contraddistinta da ispessimento della pelle delle palme delle mani e delle piante dei piedi (ipercheratosi) e da papillomatosi dell'esofago

Alcool: aumenta il rischio di carcinoma squamoso

Tabacco: il rischio aumenta in relazione al numero di sigarette fumate e agli anni di abitudine al fumo

Dieta e stili di vita: aumenta il rischio una dieta povera di frutta e verdura con eccessiva assunzione di carne rossa. Il consumo di bevande molto calde, i cibi fritti e cotti ad alte temperature, conservati sotto sale e contenenti nitriti favoriscono lo sviluppo del tumore. L'attività fisica regolare ed equilibrata in sforzo protegge, mentre l'esercizio fisico intenso ed episodico, favorendo il reflusso gastro-esofageo, si associa ad esofagiti erosive

#### Obesità, reflusso gastro-esofageo ed esofago di Barret

L'obesità produce reflusso acido che conduce ad un'esofagite peptica che a sua volta predispone all'esofago di Barret. Le modificazioni metaplastiche con sostituzione dell'epitelio squamoso pluristratificato con uno colonnare rappresentano il fattore di rischio più importante nello sviluppo di un adenocarcinoma

#### **SEGNI e SINTOMI:**

- perdita progressiva di peso

- disfagia: difficoltà a deglutire, che di solito compare in modo graduale prima per i cibi solidi e successivamente per quelli liquidi. Questi sintomi sono riferiti dal 90% dei pazienti
- calo o un'alterazione del tono di voce
- paralisi del diaframma
- dolore al torace, appena dietro lo sterno, coinvolge la zona tra cuore, polmoni, sterno e colonna vertebrale
- rigurgito
- linfadenopatie laterocervicali

### **DIAGNOSI PRECOCE:**

pur non essendo disponibili esami di screening, la diagnosi precoce diventa importante una volta che si sviluppa l'esofago di Barret. La programmazione nel tempo di indagini endoscopiche di controllo permette di cogliere in tempo l'eventuale trasformazione neoplastica.

## **CANCRO dello STOMACO**

Nonostante il costante declino dell'incidenza, il carcinoma gastrico rappresenta il 4% delle neoplasie ed è al 4° posto come causa di morte. Colpisce le persone a partire mediamente dai 45 anni d'età.

Istologicamente se ne distinguono due forme: adenocarcinoma ad istotipo intestinale e ad istotipo diffuso.

### **PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO:**

Infezione da Helicobacter Pylori: il batterio è classificato come agente cancerogeno di tipo I e attraverso lo sviluppo di una gastrite cronica atrofica è responsabile della nascita di un adenocarcinoma di tipo intestinale nella regione antrale gastrica. L'eradicazione dell'infezione è fondamentale per la prevenzione del tumore

Conservazione alimenti e dieta: un'efficiente catena del freddo ha permesso di ridurre l'incidenza della neoplasia producendo un calo della contaminazione degli alimenti da parte di funghi, batteri ed altri agenti con riduzione dello sviluppo di nitrosoamine.

Parallelamente l'assunzione di alimenti contenenti nitrati ha aumentato il rischio, così come l'eccessivo consumo di sale, cibi affumicati e carni rosse.

#### Gastriti croniche

Obesità: si è osservata correlazione tra l'obesità che facilita il reflusso gastro-esofageo e le neoplasie della giunzione gastro-esofagea

Familiarità: il rischio di sviluppare la malattia aumenta in caso di parente di primo grado colpito da cancro gastrico

Forme ereditarie: la maggioranza dei casi di tumore è costituita da forme sporadiche, ma in una percentuale < al 5% è rappresentata da forme ereditarie. Queste, quando identificate, entrano in particolari protocolli di prevenzione e follow up

### **SEGNI e SINTOMI:**

#### Disturbi digestivi:

- fastidio o senso di pienezza a livello dell'epigastrio
- pirosi
- difficoltà digestive
- disfagia
- eruttazioni
- nausea e vomito
- turbe dell'alvo
- epigastralgia post prandiale

#### Disturbi di carattere generale:

- astenia
- febbricola
- calo ponderale
- sarcofobia

#### **DIAGNOSI PRECOCE:**

non esistono programmi di screening sulla popolazione sana. La diagnosi è solitamente effettuata mediante gastroscopia con biopsia.

### **CANCRO dell'INTESTINO**

L'intestino della lunghezza media di 7 metri si distingue in TENUE e CRASSO. Mentre le forme tumorali del primo sono rare, il tumore del colon-retto rappresenta il secondo tumore per incidenza e mortalità dopo quello della mammella nella donna ed il terzo dopo quello del polmone e della prostata nell'uomo.

La malattia rara prima dei 40 anni, è sempre più frequente a partire dai 60 anni d'età per raggiungere un picco verso gli 80. Parimenti si è osservata una riduzione della mortalità attribuibile ad una maggiore sensibilizzazione alla prevenzione, alla diagnosi precoce ottenuta attraverso le campagne di screening e alla maggiore efficacia delle terapie specifiche.

La maggior parte dei tumori deriva dalla trasformazione maligna di polipi. Ne esistono alcune varietà ed in particolare gli adenomatosi costituiscono le forme precancerose riconosciute. La probabilità che un polipo adenomatoso si trasformi in tumore aumenta con l'aumentare delle dimensioni (significativa dopo i 2,5 cm).

L'adenocarcinoma nelle sue varianti istologiche rappresenta la forma più frequente di neoplasia intestinale

#### **PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO:**

Fattori nutrizionali: una dieta ad alto contenuto calorico, ricca di grassi animali povera di fibre è associata ad un aumento della malattia, mentre un'alimentazione ricca di frutta e verdura pare avere un ruolo protettivo

Fattori genetici: alcune patologie ereditarie sono caratterizzate da un aumento della probabilità di ammalare di tumore intestinale:

- adenomatosi poliposa familiare o FAP
- sindrome di Gardner
- sindrome di Turcot

- carcinomatosi ereditaria del colon retto non poliposica o HNPCC o sindrome di Lynch

Malattie infiammatorie croniche intestinali: Morbo di Crohn e Rettocolite ulcerosa

Familiarità: il rischio di sviluppare un tumore del colon aumenta in caso di familiari di primo affetti da neoplasia del colon retto.

### **SEGNI e SINTOMI:**

Nella maggior parte dei casi i polipi sono asintomatici.

I disturbi sono variabili e condizionati da vari fattori quali la sede, l'estensione, la presenza di stenosi: i più frequentemente segnalati sono:

- turbe dell'alvo (stitichezza e/o diarrea)
- feci di dimensioni ristrette, nastriformi
- dolori addominali
- meteorismo intestinale
- nausea e/o vomito
- astenia
- dimagrimento inspiegabile
- emorragia occulta o evidente con le feci
- anemia

### **DIAGNOSI PRECOCE:**

Lo screening del cancro colon-rettale è un programma d'intervento di Salute Pubblica sulla popolazione a rischio per età che ha lo scopo di ridurre la mortalità per malattia attraverso l'individuazione di polipi adenomatosi e serrati o la diagnosi precoce di carcinoma.

La **ricerca del sangue occulto fecale** è la metodica più accettabile anche se di bassa sensibilità e va ripetuta ogni due anni per risultare efficace. Quando positiva deve essere eseguita una colonscopia totale. Lo screening con frequenza biennale va iniziato ai 50 anni e proseguito sino ai 69. I pazienti affetti da patologie benigne con aumentato rischio di tumore del colo-retto vanno seguiti con programmi di sorveglianza ad hoc in base a linee guida gastro-enterologiche ed al fuori dei programmi di screening regionali.

## **CANCRO del PANCREAS**

Il 70% dei tumori origina dalla testa del pancreas e la maggior parte origina dai dotti della porzione esocrina dell'organo, deputata alla produzione degli enzimi indispensabili alla digestione. L'incidenza del carcinoma pancreatico è in aumento in particolare fra gli uomini. Resta una delle neoplasie a prognosi più infausta con una sopravvivenza a 5 anni del 7,2%.

### **PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO:**

Fumo di sigaretta: i fumatori presentano un rischio d'incidenza da doppio a triplo

Fattori dietetici: l'alto consumo di grassi saturi e scarsa assunzione di verdure e frutta

Obesità e ridotta attività fisica

## Eccessivo consumo di alcool

Patologie d'organo: pancreatite cronica, diabete mellito

## Pregressa gastrectomia

Fattori predisponenti genetici: fino al 10% dei pazienti evidenziano una storia familiare: sindrome Peutz Jeghers, sindrome dei nevi atipici multipli e melanoma, mutazione del gene BRCA2, pancreatite ereditaria, sindrome di Lynch

### **SEGNI e SINTOMI:**

Purtroppo la malattia è spesso asintomatica, i sintomi quando compaiono sono indicativi di una malattia già estesa:

- astenia
- perdita di peso
- dispepsia
- dolore epigastrico
- dolore dorsale
- ittero ostruttivo
- urine scure
- feci chiare

### **DIAGNOSI PRECOCE:**

Non esiste una prevenzione efficace. E' importante non fumare ed alimentarsi in modo corretto e non abusare di alcool.

Nel caso in cui ci siano due o più parenti dello stesso ramo familiare, con tumore del pancreas o con tumore ereditario della mammella e del colon, è più alto il rischio di sviluppare la malattia. In questi casi è utile rivolgersi a centri con esperienza per essere inseriti in percorsi specifici, soprattutto atti ad individuare le lesioni precancerose (cosiddetti tumori cistici). Lo screening per il tumore del pancreas si avvale di indagini quali la Risonanza magnetica (RMI) e l'ecoendoscopia (EUS) con agoaspirato.

Lo screening può essere genetico qualora si sospetti un difetto di un gene specifico

**IL PROGETTO di PREVENZIONE dei TUMORI INTESTINALI** prevede l'esecuzione di consulenze specialistiche in cui verrà raccolta l'anamnesi familiare oncologica, effettuato un esame obiettivo accurato con la valutazione del rischio tumorale. Saranno fornite le opportune raccomandazioni di vita e le prescrizioni degli esami di laboratorio e strumentali da effettuare e con quali periodicità.

I controlli offerti dalla Fondazione saranno prenotabili online ed effettuati presso gli ambulatori dell'Istituto ANT a Bologna.