



**SCREENING DEL CANCRO
COLORETTALE PER GLI ISCRITTI
ALL'ORDINE DEI MEDICI DI
ROMA E PROVINCIA E RELATIVI
NUCLEI FAMILIARI**



**Unita' Operativa di Gastroenterologia, Epatologia ed Endoscopia
Digestiva dell'Ospedale San Giovanni Calibita "Fatebenefratelli"
Isola Tiberina-Roma
Primario dr. Ottavio Bassi**

**Ordine dei Medici di Roma e Provincia
Presidente dr. Mario Falconi**

Il progetto nasce dalla intesa fra la Gastroenterologia "Fatebenefratelli" dell'Isola Tiberina" ed i vertici del nostro Ordine Professionale al fine di offrire agli iscritti un programma di Screening per il cancro colo-rettale in un'epoca in cui e' ormai dimostrata la sua efficacia nel ridurre l'incidenza di questa neoplasia. Lo scopo principale, oltre a quello di offrire un servizio importante ai propri colleghi, e' quello di sensibilizzare i medici che ancora non lo fossero al problema al fine di vederli impegnati nel trasferire alla popolazione il concetto di necessita' di prevenire il tumore del colon-retto.

Il medico oggi, ed in particolare il medico di base, puo' con una semplice domanda relativa alla familiarita' neoplastica, selezionare gran parte della popolazione a rischio per il tumore del colon e quindi invitarla ad effettuare la prevenzione.

Riteniamo che tale "domanda" debba essere assolutamente inclusa in tutti gli approcci anamnestici con i pazienti.

Epidemiologia e fattori di rischio

Il cancro del colon-retto rappresenta la seconda-terza causa di morte per tumore in relazione alle diverse aree geografiche.

Negli Stati Uniti, si stima che il rischio di ammalare per cancro del colon è approssimativamente del 6% (Greenlee et al., *Cancer J Clin* 2000;50:7-33), con 130.000 nuovi casi all'anno e 56.000 morti all'anno. Ciò malgrado vi sia stata una riduzione dell'incidenza, diminuita da 38 nuovi casi per 100.000 abitanti nel 1985 a 31 nel 1995. Dati simili sono stati osservati nell'Unione Europea, dove è stata calcolata una riduzione della mortalità per cancro negli anni 1988-1996 del 12% nell'uomo e di quasi il 20% nella donna (Levi et al., *Eur J Cancer* 2000;36:1965-68).

In Italia il cancro del colon-retto è secondo al tumore del polmone nell'uomo ed a quello della mammella nella donna secondo i dati del registro dei tumori aggiornati al 2005. E' stata osservata una maggiore incidenza del tumore al nord rispetto al sud del Paese, dove però le donne ammalano in misura maggiore. Nel 2005 si stima che in Italia i nuovi casi di cancro colo-rettale siano stati intorno a 40.000 con circa 16.000 decessi.

Il Lazio nel 2005 e' stato al quarto posto fra le regioni d'Italia per incidenza ed al secondo per mortalita'

La sopravvivenza è correlata con lo stadio della malattia al momento della diagnosi, ed è di circa il 95% a 5 anni nei pazienti con cancro localizzato; del 70% in quelli con malattia regionale e del 9% nei pazienti con malattia metastatica. Alla diagnosi il 35% dei pazienti presenta un tumore localizzato; il 38% una malattia regionale; ed il 22% presenta metastasi (Ries et al., National Cancer Institute, Bethesda:1998).

La riduzione dell'incidenza del cancro del colon-retto osservata negli ultimi anni è probabilmente il risultato della interazione di più fattori, tra i quali una minore esposizione a fattori di rischio noti o presunti (dieta, esposizione estrogenica, etc) e soprattutto una maggiore possibilità di prevenzione (attraverso l'identificazione di lesioni precancerose) e di "diagnosi precoci", seguite da un efficace "*management*" della malattia.

Lo screening

Il cancro del colon ha un precursore benigno che e' rappresentato dagli adenomi.

La sequenza adenoma-carcinoma si puo' valutare mediamente in un processo che impiega circa 10 anni.

Il 95% circa dei cancri del colon origina dagli adenomi.

Gli adenomi del colon possono interessare il viscere in ogni suo tratto.

Asportare gli adenomi del colon significa prevenire lo sviluppo di futuri, probabili cancri.

Le considerazioni appena elencate oltre a identificare il cancro coloretale come una patologia perfettamente idonea per uno screening sulla popolazione giustificano come la colonscopia sia oggi considerata la metodica "*gold standard*" per questo screening , effettuando simultaneamente la diagnosi e la prevenzione, quest'ultima attraverso l'esecuzione della polipectomia. In uno studio di ampie dimensioni condotto in USA (National Polyp Study) l'utilizzo sistematico della colonscopia ha determinato una riduzione dell'incidenza del cancro colon-retto nel 77% dei pazienti con polipi adenomatosi (N Engl J Med 1993;329:1977-1983).

Il programma di prevenzione

Un efficace piano di prevenzione deve essere volto sia a correggere, ove possibile, i fattori di rischio della malattia in oggetto (**prevenzione primaria**) che ad individuare precocemente i casi affetti dalla malattia (**prevenzione secondaria**).

Nel caso del Cancro del colon-retto la prevenzione primaria prevede l'attuazione di misure di stile di vita che permettono la riduzione del rischio di ammalare di tumore; prima fra tutte una corretta dieta alimentare (ricca in fibre), l'abolizione dell'alcool, la riduzione di carni rosse e non ultima una modesta attività fisica (N Engl J Med, Vol.346, n°1 J 3, 2002).

La prevenzione secondaria si basa sull'esecuzione di esami endoscopici che consentono l'individuazione di polipi adenomatosi, la cui asportazione permette di interrompere la naturale sequenza adenoma-carcinoma.

Attualmente esistono linee guida e raccomandazioni ufficiali delle maggiori Società Scientifiche Gastroenterologiche nazionali ed internazionali per la prevenzione del cancro colo-rettale.

La popolazione viene suddivisa in gruppi a rischio medio o generico ed a rischio aumentato.

Viene raccomandata la sorveglianza per tutti gli appartenenti al gruppo del rischio aumentato

RISCHIO AUMENTATO

Sono considerati soggetti ad "aumentato rischio" di ammalare di cancro del colon-retto coloro che hanno:

- ✓ una storia personale o familiare di IBD (retto-colite ulcerosa e Morbo di Crohn)
- ✓ una storia personale o familiare di cancro del colon
- ✓ una storia personale o familiare di cancro della mammella o dell'utero
- ✓ una storia personale o familiare di adenomi del colon-retto prima dei 60 anni
- ✓ una diagnosi di poliposi familiare (FAP, Turcot, Gardner)
- ✓ una diagnosi di Cancro del Colon Ereditario Non poliposico (HNPCC), Lynch 1, Lynch 2 .

Tutti questi soggetti devono essere sottoposti a **SORVEGLIANZA**.

Le più recenti raccomandazioni dell'American College of Gastroenterology (Am. J. Gastroenterol 2000;95:868-877) per questi soggetti sono le seguenti:

- se il soggetto a rischio ha un parente di I° grado che ammalia a 60 anni deve sottoporsi a colonscopia all'età di 40 anni e quindi ripeterla dopo 10 anni.
- se il soggetto a rischio ha un parente di I° grado che ammalia prima dei 60 anni deve sottoporsi a colonscopia all'età di 40 anni o comunque 10 anni prima rispetto all'età del parente più giovane affetto e quindi ripeterla ogni 3-5 anni.

Per i programmi di screening riteniamo utile separare le ultime due categorie di pazienti (**che potrebbero definirsi a rischio molto aumentato**) da quelle che le precedono poiché necessitano di una sorveglianza decisamente più stretta con intervalli completamente diversi.

N.B. in circa il 15-20% dei pazienti a rischio aumentato vi è una familiarità più o meno forte senza che vi siano caratteristiche cliniche tipiche della FAP o della HNPCC ovvero di tumori trasmessi secondo i caratteri mendeliani.

RISCHIO MEDIO

Sono considerati a "medio rischio" di ammalare di cancro del colon-retto i **soggetti di età superiore ai 50 anni** che non presentano altri fattori di rischio oltre l'età.

IL NOSTRO PROGRAMMA DI SCREENING

Pazienti a rischio molto aumentato(FAP-HNPCC)

Verrà istituito un programma personalizzato in base ai dati peculiari di ogni singolo paziente

Pazienti a rischio aumentato:

- ✓ Colonscopia all'età di 40 anni.
- ✓ Se la colonscopia è negativa si raccomanda l'esecuzione di un sangue occulto fecale (FOBT)* dopo 5 anni da eseguire annualmente ed un nuovo controllo endoscopico a distanza di 10 anni.
- ✓ Se la colonscopia ha attendibilità ridotta (toilette intestinale, difficoltà tecniche etc ma esclude comunque grosse patologie), si raccomanda nuovo controllo endoscopico a 3 anni.
- ✓ Se la colonscopia viene interrotta per intolleranza si darà l'opportunità al paziente di scegliere tra una delle seguenti opzioni:
 - Colonscopia virtuale
 - Clisma a doppio contrasto
 - Colonscopia a 3 anni in anestesia + FOBT* subito e poi annuale.
 - Videocapsula del colon (verosimilmente disponibile fra breve)

Qualora il paziente rifiutasse di essere sottoposto a colonscopia gli verrà offerta l'opportunità di eseguire il clisma a doppio contrasto o la colonscopia virtuale. Se questi risultassero negativi si raccomanda di eseguire dal III anno il FOBT* annuale.

*** N.B. se in qualunque fase dello screening il FOBT risultasse positivo si raccomanda l'esecuzione della colonscopia, eventualmente in anestesia.**

Pazienti a rischio medio

- ✓ Colonscopia ogni 10 anni*
- ✓ Se la colonscopia è idonea (esecuzione completa dell'esame e pulizia dell'intestino tale da poter escludere qualsivoglia patologia) e negativa, si raccomanda un nuovo controllo endoscopico a distanza di 10 anni, e l'esecuzione del FOBT** ogni tre anni.
- ✓ Se la colonscopia ha attendibilità ridotta (toilette intestinale, difficoltà tecniche etc ma esclude comunque grosse patologie), la colonscopia sarà ripetuta a 10 anni di distanza ed il FOBT** ogni anno.
- ✓ Se la colonscopia viene interrotta (p.es. intolleranza del paziente) si darà l'opportunità al paziente di scegliere fra:
 - Colonscopia virtuale
 - Clisma a doppio contrasto
 - Colonscopia in anestesia.
 - Videocapsula del colon (verosimilmente disponibile fra breve)

* Qualora il paziente rifiutasse l'esame potrà scegliere tra il clisma a doppio contrasto e la colonscopia virtuale. Se questi risultassero negativi dal III anno dovrà sottoporsi a FOBT** annuale.

**** N.B. se in qualunque fase dello screening il FOBT risultasse positivo si raccomanda l'esecuzione della colonscopia, eventualmente in anestesia.**

REGOLAMENTO DELLO SCREENING

Tutti gli iscritti interessati dovranno collegarsi al sito web dell'Ordine dei Medici nello spazio "Screening del Cancro colo-rettale" compilando la pagina relativa alle informazioni anagrafiche personali e del nucleo familiare (padre ,madre,moglie o marito e figli) nonche' i moduli anamnestici di accesso allo screening per ogni componente del nucleo che desideri essere incluso nel programma.

L'Ordine provvedera' a memorizzare i dati e trasmetterli alla U.O. C. di Gastroenterologia, Epatologia ed Endoscopia Digestiva dei "Fatebenefratelli" all'Isola Tiberina. Tutti i dati saranno gestiti secondo le normative della legge sulla privacy.

In questa i medici specialisti valuteranno i moduli, attribuiranno le classi di rischio e contatteranno i pazienti per l'appuntamento dell'esame di screening (Colonscopia o altra indagine) ovvero ,su richiesta dei pazienti, si metteranno a disposizione per un colloquio preliminare. Sara' effettuata una seduta settimanale pomeridiana di colonscopie dedicata unicamente al programma di screening con la possibilita' facoltativa di assistenza anestesiologicala.

Ovviamente gli adenomi eventualmente presenti potranno essere asportati durante la stessa indagine di screening (verra' sottoposto ad ognuno il modulo di consenso informato).

Tutte le indagini, compresi gli esami istologici, saranno effettuate in regime di convenzione con il SSN e secondo la legge 388/2000 (per gli aventi diritto) che prevede esenzione dal ticket.

Coloro che dovessero avere difficoltat' alla procedura informatizzata sopraesposta potranno recarsi direttamente all'Ordine dei Medici nelle mattine dal Lunedì al Venerdì ore 9.00-13.00 e nei pomeriggi dal Lunedì al Giovedì ore 15.15-17.00 (**tel.0644171285-0644171288**) ovvero presso la U.O.C. di Gastroenterologia dell'isola Tiberina nelle mattine dal Lunedì al Venerdì ore 8.00-12.00 (**tel. 06/6837401**) per espletare in queste sedi le procedure di accesso allo Screening.

Nella convinzione di offrire con elevata professionalita' un importante servizio alla categoria dei Medici iscritti all'ordine di Roma e Provincia e nella speranza di ottenere anche una forte ricaduta positiva sulla popolazione di Roma e Provincia in tema di prevenzione del cancro del colon-retto ,inviamo ai colleghi ed alle loro famiglie un cordiale saluto.

Dr. Mario Falconi

dr. Ottavio Bassi