



tumore del colonretto

Negli ultimi dieci anni
per nessuna terapia tumorale abbiamo assistito
ad un progresso così importante ►►

▶▶ come nel caso della cura del carcinoma del colon.

Oggi finalmente gli oncologi hanno a disposizione farmaci efficaci in grado addirittura di guarire i pazienti o, comunque, di tenere sotto controllo la malattia. Sappiamo, per esempio, che sottoporre il paziente alla chemioterapia dopo l'intervento di resezione del tumore aiuta a prevenirne la ricomparsa. E questo soprattutto in chi è a maggior rischio di recidiva, cioè in quei malati che presentano linfonodi infiltrati. Questo significa che se con il solo intervento chirurgico guariva la metà dei pazienti con linfonodi positivi, mentre l'altra metà presentava una recidiva o una metastasi entro i cinque anni successivi, l'aggiunta della chemioterapia ha consentito di guarire almeno 15 pazienti in più.

L'IMPORTANZA DELLA DIETA

Sono ormai numerosi gli studi che dimostrano quanto incida l'alimentazione nell'insorgenza dei tumori gastrointestinali.

Attenzione quindi alle diete ricche di grassi e di carni rosse. Preferite un'alimentazione ricca di fibre e verdure. Da bandire il fumo di sigaretta!



Come combatterlo

La prima arma, la diagnosi precoce

È fondamentale non sottovalutare alcuni segnali. Nello specifico è importante riferire immediatamente al medico di famiglia la comparsa di alcuni sintomi:

- ▶ **rettoragie** (emissione di sangue rosso dal retto, da solo o frammisto a feci)
- ▶ **presenza di sangue e muco nelle feci**
- ▶ **tenesmo** (sensazione dolorosa a livello dello sfintere anale associato a stimolo all'evacuazione)
- ▶ **defecazione in più tempi ravvicinati**
- ▶ **stipsi di recente insorgenza**
- ▶ **senso di incompleta evacuazione**
- ▶ **febbricola, specie alla sera**
- ▶ **dimagrimento senza causa evidente**

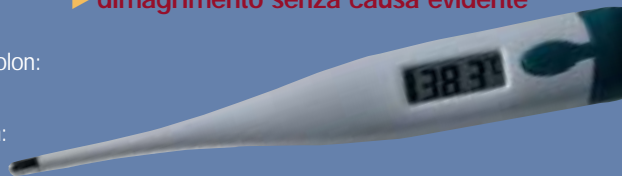


LA STORIA FAMILIARE

La familiarità aumenta il rischio di sviluppare un tumore. Per familiarità si intende l'appartenenza a una famiglia che presenta casi di neoplasia specifica, sindromi ereditarie come la poliposi colica familiare e il cancro del colon ereditario non poliposico.

In particolare:

- ▶ un familiare di I grado con tumore del colon:
il rischio aumenta di 2-3 volte
- ▶ due familiari di I grado con tumore del colon:
il rischio aumenta di 3-4 volte
- ▶ un familiare di I grado con tumore del colon diagnosticato prima dei 50 anni:
il rischio aumenta di 3-4 volte
- ▶ un familiare di II o III grado con tumore del colon:
il rischio aumenta di 1,5 volte
- ▶ due familiari di II grado con tumore del colon:
il rischio aumenta di 2-3 volte
- ▶ un familiare di I grado con un polipo adenomatoso:
il rischio aumenta di circa 2 volte.



In caso di tumore

Il **trattamento chirurgico** rappresenta la terapia di prima scelta nelle forme localizzate.

Il tipo di intervento è condizionato da:

- ▶ sede
- ▶ dimensioni
- ▶ estensione del tumore
- ▶ condizioni del paziente.

Nella malattia localizzata è prevista la resezione di metà del colon e l'asportazione dei linfonodi regionali. Nel caso di carcinoma del retto, soprattutto quando la malattia è molto vicina al canale anale, può rendersi necessaria la colostomia definitiva (vedi a fianco), cioè la deviazione del colon sulla parete addominale, con la creazione di un ano artificiale.

Il ruolo della chirurgia è importante anche in caso di metastasi epatiche, il 30% delle quali risulta operabile.

LE POSSIBILI CONSEGUENZE DELL'INTERVENTO

LA COLOSTOMIA

A volte, a causa delle dimensioni del tumore, è necessario asportare tutto il colon. In questo caso si effettua la colostomia allo scopo di creare un passaggio per l'evacuazione delle feci. Dopo l'intervento il paziente dovrà indossare uno speciale sacchetto per la raccolta del materiale evacuato.

Non disperate però: in alcuni casi la colostomia è solo temporanea ed ha l'obiettivo di permettere al colon inferiore o al retto di riprendere il normale funzionamento.

Per circa il 15% dei pazienti è invece permanente perché ripristinare la canalizzazione normale sarebbe più dannoso che utile.

IL CATETERE

I pazienti che hanno il catetere impiantato per la chemioterapia possono fare qualsiasi cosa senza alcun problema o pericolo. Chi ha il catetere esterno deve fare attenzione a coprirlo con cerotti impermeabili prima di fare la doccia. In questo caso è sconsigliato fare il bagno. Non c'è alcuna limitazione invece per quanto riguarda l'attività sessuale.

La dieta postoperatoria

Nel periodo successivo all'intervento è necessario seguire una dieta particolare che eviti di sovraccaricare l'apparato intestinale. Si consiglia in particolare di evitare:

- ▶ cibi ricchi di scorie (**asparagi, cipolle, funghi, pesce, uova, specie fritte, insaccati e salumi**) perché inducono una maggior formazione di gas. Già a tre settimane si può cominciare ad introdurre gradualmente, uno per volta, i vari cibi.
- ▶ altri cibi che provocano meteorismo come **aglio, birra, bevande gassate, cavoli e cavolfiori, prugne, pesche, fichi, cachi, frutta secca, legumi, radici amare, rape, verdura cruda in genere e trippa.**
- ▶ alimenti che possono provocare costipazione come **noci e noccioline, vino rosso, cioccolata, grano, latte bollito, sedano, formaggi secchi, uva passa.**



I CIBI ALLEATI!

Frutta e verdura. Possono essere consumate sotto forma di **centrifugati, frullati o spremute filtrate**. Nei primi mesi si consigliano astringenti come **mele e carote**.

L'acqua. È indispensabile **bere molto**, circa 2 o 3 litri al giorno, meglio tra i pasti per non accelerare il transito intestinale. Le bevande consigliate di solito sono acqua, thé al limone, caffè leggero, spremute di agrumi filtrate, succhi di frutta o verdure centrifugate.

Il succo di mirtilli, le spremute filtrate di agrumi, il prezzemolo, gli spinaci lessati e lo yogurt inibiscono il maleodore e il meteorismo.



Se un cibo causa problemi, lo si deve eliminare temporaneamente e riprovare ad assumerlo dopo qualche giorno o settimana. Alcuni cibi come **salsa di mele, banane, formaggio, toast, riso bollito, budino di tapioca e lo yogurt** aumentano la consistenza delle feci, e riducono il numero di evacuazioni.

CONTRO LA DIARREA

In caso di diarrea è necessario aumentare l'introito di potassio. Non esagerare con i cibi troppo zuccherati. Non saltare i pasti perché quando l'intestino è vuoto vi è un aumento di gas. Preferire pasti piccoli e frequenti. Una volta al giorno non dovrebbero mancare **il riso, le patate, la pasta.**



La radioterapia

Nei tumori del colon retto la radioterapia è indicata nella fase postoperatoria insieme alla chemioterapia, ma trova indicazione anche nella fase pre-operatoria da sola o in associazione sempre alla chemioterapia.

La radioterapia pre-operatoria è indicata nei casi localmente avanzati per ottenere una riduzione della massa e rendere asportabile il tumore, oppure può avere come obiettivo primario la riduzione delle recidive locali.

È importante ricordare...

che sottoporsi a questo tipo di trattamento non rende "radioattivi". Il paziente può quindi vivere insieme alle persone care, bambini compresi.



La chemioterapia

Nei tumori del retto la chemioterapia può essere utilizzata in fase adiuvante a scopo precauzionale dopo un intervento chirurgico o nella malattia in fase metastatica. Il farmaco base utilizzato nei diversi schemi di terapia è il 5-fluorouracile che può essere somministrato secondo diverse modalità o in associazione ad altri farmaci, a seconda della estensione della neoplasia. Gli antitumorali maggiormente impiegati sono:

- ▶ irinotecan
- ▶ oxaliplatino
- ▶ raltitrexed
- ▶ capecitabina
- ▶ mitomicina C

Le opzioni terapeutiche e la durata dei trattamenti sono adattate alle singole situazioni cliniche e consentono di mantenere una buona qualità di vita.

domande e risposte

Si deve sempre fare la chemioterapia dopo l'intervento?

La decisione spetta all'oncologo in base al calcolo del rischio che la malattia si ripresenti. Il rischio è legato all'estensione della malattia al momento dell'intervento: maggiori sono le dimensioni del tumore e il numero di linfonodi coinvolti, più alte sono le possibilità che la malattia si ripresenti.

In caso di rischio elevato, il medico propone al paziente una serie di cicli di chemioterapia (in genere per 6 mesi), allo scopo di ridurre le probabilità di recidiva.

In questi casi quali sono i risultati della chemioterapia?

In presenza di linfonodi infiltrati, la chemioterapia preventiva riduce di circa il 30% le probabilità di recidiva.

Perché un paziente con malattia metastatica viene sottoposto a chemioterapia?

Fondamentalmente per tre motivi: per far star meglio i pazienti che soffrono di sintomi legati alla malattia; migliorare la loro qualità di vita; tentare di rendere operabili condizioni che inizialmente non lo sono.

Anche in questo caso i cicli durano 6 mesi?

No, in genere dalle 6 alle 12 settimane e vengono prolungati solo se gli esami di controllo evidenziano la regressione della malattia. È infatti molto importante verificare da subito l'efficacia del trattamento, in modo da evitare di proseguire una terapia inutile e nel caso passare a farmaci diversi.

Quali sono i casi in cui è opportuno sottoporre il paziente a chemioterapia prima dell'intervento chirurgico?

In due casi: quando il tumore non è diffuso ma localizzato al retto, oppure quando è diffuso solamente al fegato, per cui una sua riduzione è fondamentale per l'asportazione chirurgica.

Esistono alternative diagnostiche alla colonscopia? Per esempio la colonscopia virtuale?

Oggi con la sedazione farmacologica la colonscopia è diventata un esame del tutto praticabile. Non esistono (per ora) mezzi alternativi che diano sufficienti garanzie.

In quanto tempo cresce un tumore del colon?

Non è possibile quantificare un tempo preciso: ogni tumore ha un comportamento diverso per quanto concerne la velocità di crescita.

Mia mamma è morta di tumore del colon. Noi figli possiamo considerarci a rischio?

Per parlare di ereditarietà o di familiarità bisogna che ci siano nella famiglia almeno tre casi in due generazioni successive della stessa linea (materna o paterna). Un solo caso di tumore del colon nella stessa famiglia non significa familiarità e non rende necessario un test genetico.

Con quale frequenza il male si riforma?

Le probabilità che il tumore si ripresenti sono direttamente proporzionali allo stadio della malattia.

È vero che una diagnosi di diverticoli anticipa sempre un tumore del colon?

Solo i polipi possono rappresentare un vero pericolo di comparsa di tumore nel colon. I diverticoli solo raramente si associano ad una malattia neoplastica.

I possibili effetti collaterali

Gli effetti collaterali della chemioterapia possono variare anche in modo significativo a seconda delle caratteristiche del paziente e della terapia somministrata. Tra i più comuni ci sono:



NAUSEA E VOMITO

L'assunzione di chemioterapici può provocare nausea e vomito. Esistono comunque farmaci specifici che quasi sempre risolvono il problema.

Alcuni consigli pratici

- ▶ non mangiare nelle due ore precedenti e successive alla chemioterapia
- ▶ non assumere caffè e alcolici
- ▶ non consumare cibi piccanti né cibi troppo caldi o freddi
- ▶ via libera alle bevande alla menta o al limone e a spuntini leggeri

L'ANEMIA

Molte volte i trattamenti (o la malattia stessa) possono generare una perdita di emoglobina e/o globuli rossi che determinano un minore capacità di trasportare ossigeno nel sangue. Ne derivano varie conseguenze tra cui la stanchezza cronica.

Oggi anche l'anemia si può curare con farmaci specifici.



La nuova frontiera delle terapie: Le Targeted Therapies

Gli anticorpi monoclonali sono molecole di nuova concezione e colpiscono i tumori secondo meccanismi diversi dalla chemioterapia tradizionale. Quest'ultima infatti agisce sulle cellule in rapida moltiplicazione, quelle tumorali ma anche quelle sane. Le nuove terapie (bevacizumab, cetuximab...) mirano invece a bersagli molecolari specifici, lasciando incolumi le cellule non malate. Ne risulta una maggiore efficacia d'azione e minori effetti collaterali.

Le terapie targetizzate non sono però efficaci per tutti i pazienti!

Gli studi evidenziano come gli anticorpi monoclonali ottengano benefici solo contro certi tipi di tumore e a certi stadi della malattia. **Non sempre quindi il farmaco più innovativo è più efficace di quello tradizionale.**

Non allarmatevi dunque se il medico vi dovesse prescrivere cure "standard" e soprattutto non impegnatevi in inutili ricerche del "farmaco miracoloso". L'oncologo che vi ha in cura è a conoscenza di tutte le novità terapeutiche e la stragrande maggioranza dei centri oncologici dispone dei farmaci di ultima generazione. È sulla base del caso specifico che l'oncologo curante effettuerà la sua scelta, non sulla innovatività della terapia! Fidatevi quindi delle sue scelte senza per questo aver paura a manifestare dubbi e domande!



Il follow up

I pazienti affetti da carcinoma del colon retto sottoposti a trattamenti chirurgici e/o radiochemioterapici devono sottoporsi periodicamente a controlli con esami del sangue ed esami strumentali come:

- ▶ l'ecografia addominale
- ▶ la radiografia del torace
- ▶ la colonscopia
- ▶ (eventualmente) la TAC addominale

E dopo?

Chi è stato sottoposto a colostomia è in genere preoccupato anche delle ripercussioni che potrà avere sui rapporti interpersonali.

Si ha paura di essere respinti, di avere rapporti sessuali. Alcuni temono di intraprendere una nuova relazione.

La cosa migliore è non vivere in silenzio queste ansie. Parlarne apertamente con chi vi sta accanto può facilitare la comprensione reciproca e il superamento del momento di difficoltà.



L'ASSISTENZA PSICOLOGICA

Molte persone non hanno una famiglia a cui appoggiarsi durante la malattia, altre preferiscono parlare della propria esperienza di malattia direttamente con un "esperto", capace di ascoltare e offrire nuove chiavi di lettura della vicenda.

A volte parlare con uno specialista abituato a gestire la malattia oncologica può aiutare a superare le difficoltà comunicative e relazionali.

I recapiti e gli orari di ricevimento degli psicologi sono reperibili presso il centro informazioni dell'ospedale.



L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La cronicizzazione della malattia oncologica, la possibilità di tenere la malattia sotto controllo anche nei casi con prognosi più complessa per periodi molto lunghi, ha sollevato il problema dell'assistenza del malato una volta uscito dall'ospedale. Non tutti possono infatti appoggiarsi alla famiglia o al coniuge, soprattutto i più anziani. Per i pazienti in difficoltà è possibile ottenere informazioni sulle:

- ▶ associazioni di volontariato
- ▶ strutture sanitarie di riferimento (in particolare le ASL) per richiedere l'assistenza.

È all'ASL che bisogna rivolgersi per conoscere la documentazione da presentare per ottenere l'assistenza domiciliare. Possono richiederla le persone di qualunque età, non deambulanti, affette da malattia temporaneamente o permanentemente invalidante e impossibilitate ad accedere ai servizi o alle strutture ambulatoriali.



UN CONSIGLIO: MUOVERSI PER TEMPO

Il sistema sanitario nazionale fatica a fronteggiare la richiesta di assistenza e i tempi di attesa per ricevere risposta alle proprie richieste possono dilatarsi notevolmente. È bene quindi cominciare a richiedere informazioni sulla documentazione necessaria in anticipo. L'ASL, l'ospedale o il medico di famiglia possono fornire utili consigli in merito.

I diritti del malato*

Chi è colpito da un tumore ha diversi diritti. Tra i più importanti:

PENSIONE DI INABILITÀ E ASSEGNO DI INVALIDITÀ CIVILE

Lo Stato assiste i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia per mezzo del riconoscimento dell'“invalidità civile” a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo. Secondo le tabelle ministeriali di valutazione (D.M. Sanità 5/2/1992), tre sono le percentuali di invalidità civile per patologia oncologica:

- ▶ 11%: prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale
- ▶ 70%: prognosi favorevole, ma grave compromissione funzionale
- ▶ 100%: prognosi infausta o probabilmente sfavorevole, nonostante l'asportazione del tumore.

La domanda di riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap deve essere presentata – da voi o da un vostro familiare – all'Ufficio Invalidi Civili della ASL della vostra zona.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Se a causa della malattia il paziente ha problemi di deambulazione o non è più autonomo nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestizione), può richiedere il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988).

PERMESSI DI LAVORO

Secondo quanto stabilito dalle leggi 104/1992 e 53/2000 e dai decreti legislativi 509/1988 e 151/2001, una volta ottenuto il riconoscimento dello stato di invalidità o di “handicap in situazione di gravità”, potrete usufruire di permessi lavorativi per curarvi e la stessa facoltà è concessa anche al familiare che vi assiste.

L’art. 33 della L. 104/1992 fissa i limiti di permesso retribuito come segue:

- per il lavoratore con disabilità: 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili
- per il familiare: 3 giorni mensili.

Se vi è stata riconosciuta un’invalidità superiore al 50%, avrete diritto a 30 giorni all’anno (anche non continuativi) di congedo retribuito per cure mediche connesse con il vostro stato di invalidità (art. 26 L. 118/1971 e art. 10 D. lgs.

509/1988). Tali permessi si sommano ai giorni di malattia previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicato alla vostra categoria.

Per ottenere il permesso è sufficiente la semplice richiesta al datore di lavoro.

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

I lavoratori dipendenti a tempo pieno e con una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, ottenuto l’accertamento delle loro condizioni di salute da parte dalla Commissione medico-legale della ASL, possono richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto di lavoro e a ritornare a orario e stipendio pieni nel momento in cui si sentiranno in condizione di lavorare di nuovo per l’intera giornata.

CONTRASSEGNO DI LIBERA CIRCOLAZIONE E DI SOSTA

Il Comune di residenza riconosce al malato di cancro in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta, che consente:

- il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (delimitati con le strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento.

La domanda per il rilascio del contrassegno deve essere presentata al Comune di residenza (normalmente presso l’ufficio della Polizia Municipale).

Per ulteriori informazioni: info@fondazioneaiom.it



via Nöe, 23
20133 Milano
tel. +39 02 70630279
fax +39 02 2360018

Sede legale:
Via G. Mameli, 3/1
16122 Genova

info@fondazioneaiom.it
www.fondazioneaiom.it



Intermedia editore

Via Malta 12B, 25124 Brescia
Tel. 030.226105
Fax. 030.2420472
imedlabs@tin.it

Via C. Morin 44, 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant
della Fondazione Sanofi-Aventis