

Visita per diagnosi neoplasie gastro-intestinali (colon)

Il carcinoma del grosso intestino ha una elevata incidenza nei paesi occidentali dove è la seconda causa di morte per tumore nell'uomo, dopo le neoplasie del polmone e nelle donne, dopo le neoplasie della mammella. Un'alimentazione ricca di vegetali, fibre e cereali si associa ad un minore rischio di tumore colorettales.

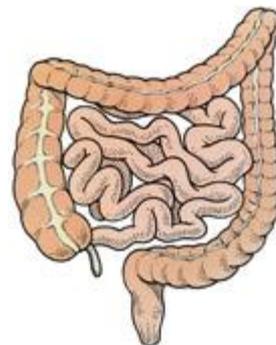
La visita è diretta al riconoscimento di sintomi e segni iniziali della malattia e per l'identificazione dei fattori di rischio. Nel corso della visita viene effettuata una visita proctologica con procto o anoscopia.

Sempre presso la sede su richiesta viene consegnato agli utenti il test gratuito per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Tale visita è consigliata una volta l'anno a partire dai 50 anni o dai 40 se esiste una storia familiare di carcinoma o polipi del grosso intestino.

Tumore del colon-retto

E' la seconda causa di morte per tumore nell'insieme dei due sessi in Italia. Ogni anno 34.000 persone si ammalano di un carcinoma colorettales e 17.000 muoiono per questa malattia. L'incidenza è elevata nei Paesi ad alto sviluppo economico e di conseguenza si ritiene che il rischio sia associato ad una dieta ricca di grassi, proteine, calorie, alcool e carne, ma povera di fibre, calcio e folati.



Fattori di rischio

I tumori colorettales presentano, sotto il profilo del rischio quattro caratteristiche di grande interesse:

1. Fattori di rischio ambientali, prevalentemente di natura alimentare. I più documentati sono il sovrappeso e l'obesità, una dieta ipercalorica, il consumo di grassi animali e carni rosse. Un'alimentazione ricca di vegetali sembra svolgere un ruolo protettivo. Molto controverso è il ruolo del fumo, mentre è unanime l'accordo sulla funzione protettiva dell'attività fisica indipendentemente dal peso corporeo.
2. Lesioni precancerose, gli adenomi, che sono i precursori biologici della maggior parte dei carcinomi. La sequenza ADENOMA-CARCINOMA è ormai confermata, oltre che sotto il duplice profilo morfologico e clinico, anche da osservazioni biomolecolari.

3. Fattori familiari ed ereditari, che determinano l'origine sicuramente genetica di due tipi di tumore coloretale, che sono il cancro derivante dalla poliposi familiare ed il cancro coloretale ereditario non su poliposi. Il rischio di questo tumore (come in altri), dopo i 40 anni aumenta con l'età.
4. Malattie infiammatorie croniche dell'intestino.

Come si previene

Seguire una dieta bilanciata ricca di verdure e frutta fresca, limitata nella carne, povera di grassi, sale e conservanti contenenti nitrati. E determinante l'endoscopia, che mira ad evitare l'insorgenza del cancro attraverso la semplice rimozione, sempre per via endoscopica, dei polipi adenomatosi.

Diagnosi precoce

Dopo i 50 anni effettuare con cadenza biennale il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e, in caso di positività, la colonscopia. Se esiste una storia familiare di carcinoma o polipi del grosso intestino, fin dalla giovane età rivolgersi a specialisti esperti in gastroenterologia per concordare programmi individuali di diagnosi precoce basati su controlli colonscopici. Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, offre a tutti gli uomini e le donne, a partire dai 50 anni di età, la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni mediante comunicazione individuale ad entrare in un percorso, nel quale sono assicurati anche gli ulteriori esami di approfondimento e il trattamento eventualmente necessari (programma di "screening" organizzato).

Sono in corso di studio analisi molecolari di alterazioni geniche nelle cellule di esfoliazione del colon presenti nelle feci, quale nuovo approccio diagnostico non invasivo per individuare precocemente i tumori colorettali e perfino le lesioni precancerose.

Segni clinici

Modificazione delle abitudini intestinali: in particolare stipsi ingravescente ed alternanza fra stipsi e diarrea, perdita di sangue con le feci, dolori addominali di tipo colico.

Protocolli diagnostici

Markers tumorali (CEA, CA 19.9), rettocolonscopia con biopsia, TAC, RX clisma opaco.

Trattamento

Chirurgia - Resezione colica o coloretale (anche videolaparoscopica), chemioterapia pre e/o post-operatoria, associata (solo nel retto) a radioterapia preferibilmente preoperatoria.