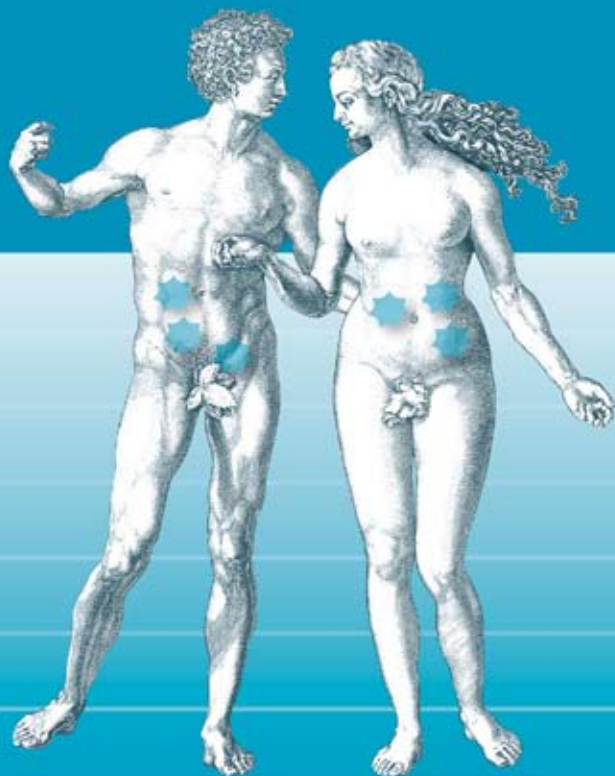




# Il cancro del colon e del retto



Un'informazione della Lega  
contro il cancro  
per malati e familiari

## Impressum

### [\\_Editrice](#)

Lega svizzera contro il cancro  
Effingerstrasse 40  
casella postale 8219  
3001 Berna  
tel. 031 389 91 00  
fax 031 389 91 60  
info@swisscancer.ch  
www.swisscancer.ch

### [\\_Consulenza scientifica](#)

(in ordine alfabetico)  
Prof. dott. Hanspeter Honegger,  
primario di oncologia/ematologia,  
ospedale Triemli, Zurigo  
Prof. dott. h.c. Urs Metzger, primario di  
chirurgia, ospedale Triemli, Zurigo  
Dott.ssa Annelies Schnider, capoclinica  
in chirurgia, ospedale Triemli, Zurigo  
Ursula Zybach, responsabile del  
programma del cancro dell'intestino,  
Lega svizzera contro il cancro

### [\\_Testi](#)

(in ordine alfabetico)  
Jürg Hablützel, Susanne Lanz, Alexia  
Stantchev, Lega svizzera contro il cancro

### [\\_Redazione](#)

Christina Müller

### [\\_Traduzione](#)

Sergio Pastore

### [\\_Illustrazioni](#)

P. 8 e 11: Willi R. Hess, illustratore scien-  
tifico, Berna

### [\\_Immagine di copertina](#)

Adamo ed Eva (da un disegno di  
Albrecht Dürer)

### [\\_Foto](#)

P. 4: ImagePoint SA, Zurigo

### [\\_Design](#)

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

### [\\_Stampa](#)

Ast & Jakob, Vetsch SA, Köniz

Il presente opuscolo è disponibile anche  
in francese e tedesco.

© Lega svizzera contro il cancro, Berna

Ringraziamo sanofi-aventis per il  
sostegno finanziario.

# Sommario

<b>Editoriale</b>	<b>5</b>
<b>Che cos'è il cancro?</b>	<b>6</b>
Il cancro nel colon e nel retto	7
Le cause e i rischi	9
Lo sviluppo del cancro intestinale	10
I possibili sintomi	11
<b>Gli esami e la diagnosi</b>	<b>12</b>
La coloscopia e il prelievo di tessuto	12
Gli stadi della malattia	15
<b>La terapia dei carcinomi coloretali</b>	<b>17</b>
Cenni generali	17
Gli effetti indesiderati	19
Gli effetti sulla sessualità	19
Gli effetti sulla continenza	20
La terapia nell'ambito di uno studio clinico	20
La terapia del carcinoma colico	21
La terapia del carcinoma rettale	22
I controlli postoperatori	24
<b>I metodi di cura</b>	<b>25</b>
L'operazione	25
L'ano artificiale (stoma)	27
Le terapie medicamentose	28
La radioterapia (irradiazione)	31
Le terapie delle metastasi epatiche	32
La terapia del dolore	33
La medicina complementare	33
<b>Convivere col cancro</b>	<b>34</b>
<b>Appendice</b>	<b>35</b>



## Cara lettrice, caro lettore

Quando nel testo è utilizzata solo la forma maschile o femminile, questa si riferisce a persone di entrambi i sessi.

La diagnosi di cancro intestinale costituisce sempre uno shock per la persona interessata e i suoi familiari. La vita cambia di colpo, i progetti per il futuro devono essere accantonati, speranze e paure si alternano: tutto è rimesso in discussione.

Il presente opuscolo descrive in forma succinta la malattia, la diagnosi e la terapia del cancro del colon e del retto, cioè dei cosiddetti carcinomi coloretali. Apprenderà che il «cancro dell'intestino» è un'espressione generica con cui si designano varie malattie dagli effetti diversi.

Grazie ai progressi della medicina, le terapie sono da alcuni anni più efficaci e anche meglio tollerate. In molti casi i carcinomi coloretali sono oggi curabili, in altri casi si può rallentare l'evoluzione della malattia. È così possibile preservare la qualità della vita, specie in presenza di un tumore inoperabile in stadio avanzato.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (v. Appendice) troverà molte altre informazioni e segnalazioni che possono aiutarla a convivere un po' meglio con la malattia.

Ci auguriamo di cuore che, assieme ai suoi familiari, all'équipe curante ed eventualmente anche grazie all'aiuto di specialisti (v. Appendice), trovi una via per affrontare la malattia e le sue conseguenze.

*La sua Lega contro il cancro*

## Che cos'è il cancro?

Cancro è il termine generico di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono degenerazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni, vi sono oltre cento diversi tipi di affezioni tumorali maligne. Tumori maligni che originano da tessuti superficiali (pelle, mucose, linfonodi), come per esempio il cancro dell'intestino, sono chiamati anche carcinomi.

I tumori benigni possono solo comprimere i tessuti sani man mano che aumentano di volume. I tumori maligni invece possono infiltrarsi nei tessuti circostanti e distruggerli; attraverso i vasi sanguigni e linfatici le cellule tumorali maligne possono inoltre diffondersi in altri organi dando origine alle cosiddette metastasi.

Il fegato e i polmoni sono considerati filtri del sangue; per questa ragione in tali organi si annidano spesso metastasi. Queste non vanno confuse con il cancro del fegato o del polmone che gli specialisti sanno distinguere chiaramente dalle metastasi epatiche.

### Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da bilioni di cellule che costituiscono gli elementi fondamentali dell'organismo. Nel nucleo di ogni cellula si trova il «progetto di costruzione» di ogni individuo: il suo patrimonio ereditario (cromosomi e geni). L'insieme di questo patrimonio ereditario è anche detto DNA (acido desossiribonucleico).

### Molteplici le possibili cause

Nella maggioranza dei casi la causa del tumore rimane ignota. La struttura genetica di una cellula può subire delle modifiche, apparentemente «per caso», ma anche per il naturale processo d'invecchiamento, come pure a causa di fattori ereditari e di influenze esterne (sostanze nocive, ambiente, alimentazione, stile di vita ecc.). In genere le autodifese del corpo sono in grado di riparare questo tipo di «guasti» nella struttura genetica della cellula. Ma se ciò non avviene, la cellula modificata può riprodursi a piacimento e divenire per così dire «immortale».

Le cellule fuori controllo si ammassano e con il tempo formano un nodulo, il tumore. Il carattere benigno o maligno del tumore dipende da ulteriori fattori che possono essere accertati per mezzo di esami diagnostici.

### Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già un miliardo di cellule e con grande probabilità ha raggiunto queste dimensioni nel corso di diversi anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da un giorno all'altro. La velocità di crescita varia notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

### I rischi

In ultima analisi ammalarsi di cancro è destino. Ne sono colpiti gli ottimisti e i pessimisti, chi è molto attento alla salute e chi invece assume dei rischi. Tuttavia il rischio di tumore può essere ridotto adottando uno stile di vita sano ed evitando quei comportamenti che possono favorire l'insorgere del cancro. Non vi è però alcuna garanzia contro il cancro.

In alcune famiglie si osserva un'insolita incidenza di tumori maligni (compresi i carcinomi colorrettali). Troverà altre informazioni in merito a p. 9 e nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario». Sullo sviluppo del cancro in generale offre ulteriori informazioni il CD «Cancro: dal gene all'uomo» (v. Appendice).

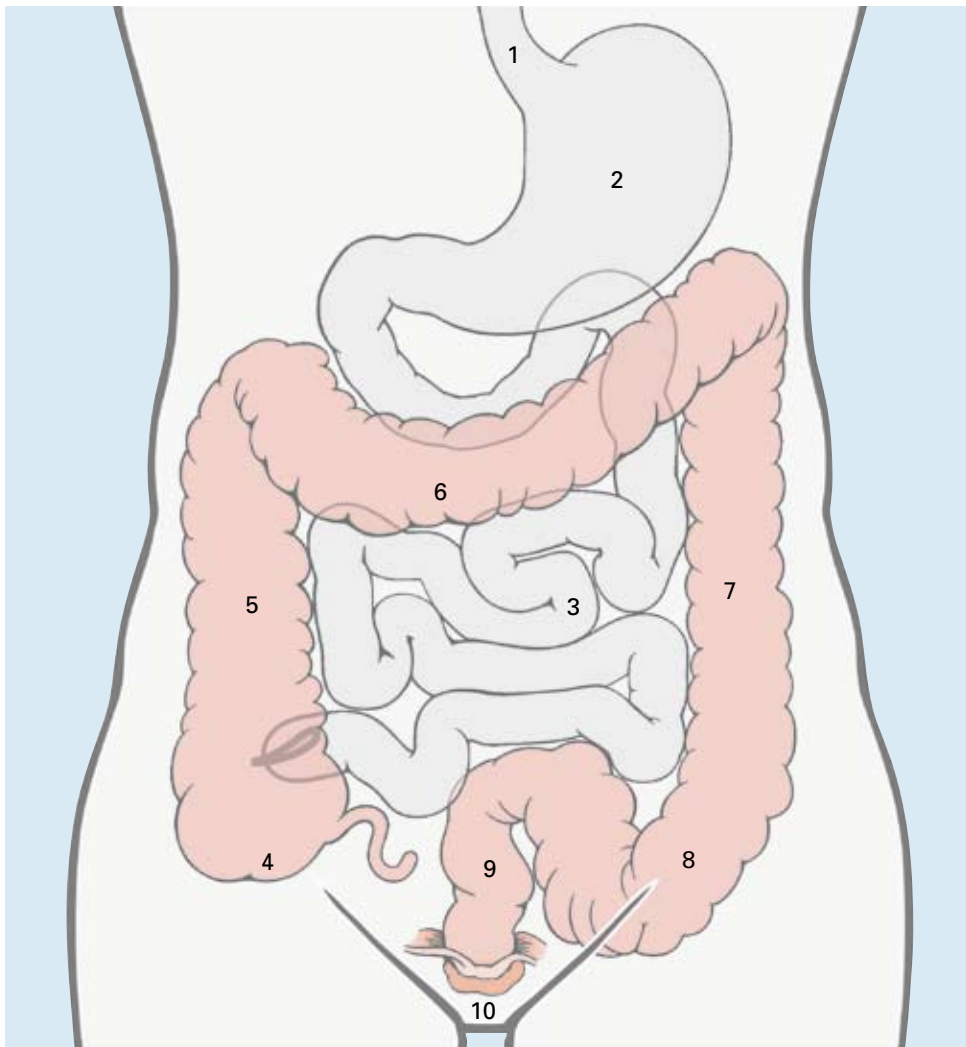
## Il cancro nel colon e nel retto

Con il termine di «cancro dell'intestino» o «carcinoma coloretale» si designa in genere un'affezione tumorale maligna del colon (carcinoma del colon o colico) e/o del retto (carcinoma del retto o rettale). Il cancro dell'intestino tenue è molto raro. L'intestino è parte del tratto gastrointestinale e riveste una funzione essenziale per la digestione e l'assunzione delle sostanze nutritive.

### La digestione e l'assunzione delle sostanze nutritive

Il cibo giunge nello stomaco attraverso la bocca e l'esofago e passa quindi nell'intestino tenue lungo da 3 a 5 metri. Negli organi della digestione il cibo è scomposto un po' alla volta, sottraendogli le sostanze nutritive e altre componenti (grasso, proteine, zucchero ecc.), trasportate poi in tutto l'organismo: esse costituiscono il «carburante» del nostro corpo.

Nel colon, lungo circa 1,5 m, i resti del cibo sono disidratati e assumono la normale consistenza delle feci. Queste passano nel retto, lungo circa 15 cm, e sono infine evacuate attraverso l'ano. L'apertura anale è circondata dagli sfinteri interno ed esterno, muscoli il



### Organi della digestione

- |   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 | esofago  | 6  | colon trasverso (colon transversum)                                |
| 2 | stomaco  | 7  | colon discendente sul lato sinistro del corpo (colon descendens)   |
| 3 | intestino tenue (digiuno e ileo)                             | 8  | colon sigmoide: tratto del colon a forma di «s» (colon sigmoideum) |
| 4 | intestino cieco (caecum) e appendice vermiforme              | 9  | retto (rectum)   |
| 5 | colon ascendente sul lato destro del corpo (colon ascendens) | 10 | sfintere anale (ano)   |

cui movimento si può controllare, e che durante la defecazione si aprono come una valvola.

- > Il colon è costituito da vari strati muscolari (muscolatura circolare e longitudinale) che rimescolano il contenuto intestinale e lo fanno avanzare (peristaltica intestinale).
- > La parete intestinale interna è rivestita di una mucosa ricca di ghiandole che presenta un gran numero di piccole cavità (cripte). Tra la mucosa e lo strato muscolare interno si situa la sottomucosa, uno strato di tessuto connettivo di scivolamento attraversato da nervi e vasi.
- > Gli ultimi 4 cm del retto costituiscono il canale anale: in questo tratto la mucosa viene progressivamente sostituita dalla «normale» pelle esterna.

### Le cause e i rischi

Non si conosce la causa precisa all'origine del cancro coloretale. In linea di massima ogni individuo può esserne colpito. Il rischio di ammalarsi aumenta con l'età. Un'alimentazione equilibrata e ricca di fibre con molta frutta e verdura, nonché l'attività fisica praticata con regolarità, riducono il rischio di cancro coloretale.

Alcuni individui – anche in giovane età – presentano un rischio più elevato di cancro del colon dovuto a una predisposizione familiare. I fattori di rischio sono i seguenti:

- > Casi di cancro coloretale (o di poliposi) in famiglia (genitori, fratelli). Particolare rilevanza hanno:
  - il cosiddetto cancro colico ereditario non polipomatoso (HNPCC – hereditary non polyposis colorectal cancer), di cui fanno parte la sindrome da carcinoma coloretale familiare e la sindrome da adenocarcinoma ereditario,
  - la poliposi adenomatosa familiare (PAF) che dà origine a numerosi piccoli polipi.
- > Polipi diagnosticati e asportati in precedenza.
- > Infiammazioni intestinali croniche.

Per coloro che presentano una delle situazioni a rischio descritte è importante discutere con il proprio medico delle appropriate misure di prevenzione, rispettivamente della diagnosi precoce, e concordare un piano di controlli.

### Troverà altre informazioni ...

... sui rischi di cancro dell'intestino negli opuscoli per i pazienti e i loro familiari pubblicati dalla Lega contro il cancro: «No al cancro intestinale?» e «Rischio di cancro ereditario» (v. Appendice).

### Al terzo posto per frequenza fra gli uomini, al secondo fra le donne

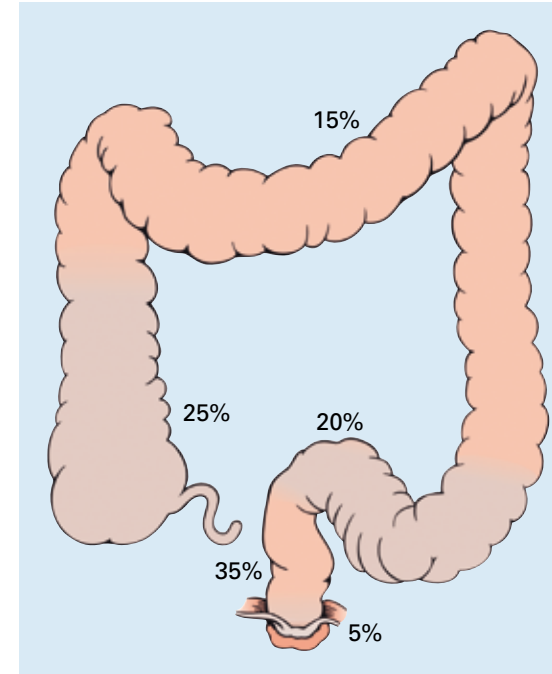
Ogni anno si registrano in Svizzera circa 3700 nuovi casi di cancro del colon o del retto, soprattutto nella fascia di età fra i 50 e i 70 anni. Ne sono colpiti più o meno in pari misura uomini e donne. Negli ultimi decenni la mortalità dovuta al cancro del colon è calata in continuazione grazie alla diagnosi precoce e al miglioramento delle misure terapeutiche.

## Lo sviluppo del cancro intestinale

Le affezioni tumorali maligne coloretali originano da varie cellule, ma in circa il 95% dei casi si sviluppano nella mucosa del colon e del retto. Poiché le cellule della mucosa intestinale si rinnovano in continuazione può manifestarsi una sovrapproduzione di cellule. Soprattutto nelle persone oltre i 40 anni possono svilupparsi *escrescenze benigne* (polipi della mucosa) che crescono lentamente e costantemente, detti anche *adenomi* (dal greco aden = ghiandola).

In genere sono di natura benigna, ma sono considerati precursori del cancro perché da essi con il tempo può svilupparsi un tumore maligno, il cosiddetto adenocarcinoma, che pian piano si infiltra nei vari strati dell'intestino (vedi figura a p. 16).

Solo il 5% dei tumori maligni coloretali non originano da cellule della mucosa intestinali e sono quindi curati anche in maniera diversa. A seconda del tessuto di origine, questi tumori sono detti linfomi, melanomi, sarcomi, carcinomi epidermoidi ecc. Nel presente opuscolo non ci occuperemo di queste forme di cancro.



*Incidenza dei carcinomi coloretali in determinati tratti del colon: circa un terzo di questi carcinomi si sviluppano nel retto, cioè negli ultimi 15 cm del colon.*

La diagnosi precoce e l'asportazione di polipi (adenomi) sono determinanti per la prevenzione del cancro del colon (v. «Gli esami e la diagnosi»). Ciò vale in particolare anche per persone con un rischio di cancro ereditario (v. p. 9).

## I possibili sintomi

Il carcinoma coloretale cresce lentamente; perciò può svilupparsi senza sintomi apparenti per un lungo periodo. I disturbi si manifestano spesso a intervalli, ma possono essere dovuti anche a affezioni intestinali più banali. Sono tuttavia assolutamente necessari accertamenti medici. Più precoce è la cura di un eventuale cancro, maggiori sono le possibilità di guarigione.

I sintomi più frequenti sono i seguenti:

- > inspiegabile perdita di peso;
- > perdite ematiche dal retto oppure sangue nelle feci o feci sierose;
- > bisogno vivo di evacuare senza poter evacuare feci: nella peggiore delle ipotesi un tumore del retto può impedire l'evacuazione, ciò che richiede un intervento d'urgenza;
- > alterazioni delle proprie abitudini nell'evacuare (per es. improvvise diarree e/o stitichezza);
- > improvvisi e persistenti dolori addominali: possono essere sintomi di un'incipiente occlusione intestinale;
- > inappetenza e perdita di forze, stanchezza cronica.

# Gli esami e la diagnosi

Per una diagnosi precisa e la scelta della terapia migliore è indispensabile la combinazione di vari metodi diagnostici. Nella diagnosi precoce o in presenza dei sintomi summenzionati, il medico – in genere il gastroenterologo (specialista delle malattie gastrointestinali) – effettuerà i seguenti esami:

- > Anamnesi: il paziente risponde a domande sui disturbi e sui sintomi, sulle malattie precedenti e sulle relative cure, sulle malattie familiari, compresi i tumori (v. anche p. 9) e sul proprio stato generale di salute.
- > Visita medica con palpazione dell'addome e dei linfonodi ed esplorazione rettale.
- > Se il paziente ha già osservato sangue nelle feci se ne dovrà accertare l'origine; si esaminerà anche l'eventuale sangue occulto nelle feci. La presenza di sangue nelle feci può essere sintomo di un cancro, ma anche di altre affezioni meno gravi.

## La coloscopia e il prelievo di tessuto

- > Per potere effettuare la coloscopia è necessario prima svuotare completamente l'intestino. Il giorno prima dell'esame dovrà perciò prendere un forte lassativo e bere molto: ciò provocherà diarrea e di conseguenza lo svuotamento dell'intestino. Se lei prende degli anticoagulanti e/o farmaci a base di aspirina, oppure se ha il diabete, saranno necessarie altre misure. L'endoscopia intestinale non provoca dolore, ma è in genere poco piacevole. Se lo desidera le sarà somministrato un tranquillante.
- > Se ciò è possibile si effettua sempre la *coloscopia*, cioè l'attento esame con l'endoscopio dell'intero colon. Solo in situazioni particolari ci si limita alla *rettoscopia* (esame endoscopico del retto). L'endoscopio (dal greco en-don = all'interno e skopein = osservare) è costituito da un tubo flessibile attraverso il quale sono inseriti altri strumenti; è inoltre munito di un apparecchio fotografico. L'endoscopio è introdotto nell'apertura anale

e sospinto fino all'intestino cieco che collega l'intestino tenue al colon. Quindi l'endoscopio viene ritirato lentamente. Per dilatare il colon viene immessa aria nell'intestino.

- > Su un monitor si possono vedere le immagini di questo «viaggio» attraverso il colon. Le immagini ingrandite consentono di esaminare la mucosa in vista di mutamenti sospetti. Al tempo stesso è possibile prelevare tessuto per la biopsia.
- > Durante l'esame endoscopico possono essere asportati eventuali polipi (polipectomia, v. anche p. 10).

Se i polipi o gli adenomi sono di dimensioni considerevoli o se sono numerosi a volte si renderà necessario un successivo intervento chirurgico per asportarli.

- > Il tessuto prelevato durante l'endoscopia sarà esaminato al microscopio (biopsia). La biopsia è l'unica possibilità di diagnosticare o escludere la presenza di un cancro con assoluta certezza.
- > Le complicazioni sono molto rare (per es. lesioni della parete intestinale nell'asportazione di un polipo, emorragie); se si verificano possono essere curate facilmente.
- > Nella cosiddetta «coloscopia virtuale» nell'intestino non viene introdotto alcun apparecchio. I preparativi per l'esame (lassativo) sono però gli stessi. Si tratta di una combinazione di tomografia computerizzata e di risonanza nucleare magnetica. Questo esame è meno preciso dell'endoscopia e comporta anche l'esposizione ai raggi; se durante l'esame sono diagnosticate zone sospette si dovrà comunque procedere in seguito a prelievi di tessuto e all'asportazione di polipi per mezzo della comune endoscopia.

### La diagnosi di «polipi»

- > A seconda del numero e delle dimensioni dei polipi (benigni) asportati si consiglierà di sottoporsi di nuovo alla coloscopia dopo tre a cinque anni. I polipi potrebbero infatti ricrescere oppure si potrebbero sviluppare cellule cancerose.
- > Se l'intero colon è invaso da polipi si consiglia di sottoporsi ogni anno a una coloscopia oppure in alcuni casi (per es. in presenza di PAF, vedi p. 9) di asportare tutto il colon.
- > Se nel tessuto del polipo si riscontrano già cellule cancerose, il segmento intestinale interessato andrebbe asportato (v. «L'operazione»).

### Determinazione dei marcatori tumorali (tumor marker)

Alcuni tumori rilasciano nel sangue certe sostanze, i cosiddetti marcatori tumorali (in inglese tumor marker). L'esame del sangue può stabilire la presenza o l'assenza di questi marcatori. Si potrà così accertare in seguito in base al numero dei marcatori se la terapia risulta efficace o se invece la malattia progredisce (controllo del decorso). I caratteristici marcatori tumorali del cancro del colon si chiamano CEA (antigene carcinoembrionale) e CA 19-9.

### Metodi diagnostici per immagini

Se si osservano modifiche di natura benigna non saranno momentaneamente necessari altri esami diagnostici. Se invece si tratta di un tumore occorrerà precisare la diagnosi per pianificare la terapia. Per mezzo di vari esami che permettono la visualizzazione del colon si può accertare se il tumore ha invaso eventualmente i linfonodi vicini o se ha già formato metastasi in organi più lontani (v. «Gli stadi del cancro»). La scelta del metodo diagnostico dipenderà dai risultati degli esami precedenti. I possibili metodi sono:

- > Radiografia del torace.

- > Ecografia dell'addome, soprattutto del fegato, organo in cui si formano preferibilmente le metastasi causate dai carcinomi coloretali. L'ecografia endorettale permette di accertare l'interessamento dei linfonodi e l'estensione del cancro nel retto.
- > Per mezzo della tomografia computerizzata (TC), della risonanza magnetica nucleare (MRI) e della tomografia a emissione di positroni (PET) si possono visualizzare la posizione e l'estensione del tumore, i linfonodi colpiti e le metastasi. A seconda del caso questi metodi possono essere combinati (v. riquadro).

#### Il metodo diagnostico PET/TAC

Si tratta di un metodo recente e altamente specialistico che però non viene applicato di routine. Il metodo combina la tomografia a emissione di positroni (PET) con la tomografia computerizzata (TC) e consente in alcuni casi di ottenere immagini di miglior qualità. È così possibile accertare la posizione esatta, le dimensioni, la natura e l'estensione del tumore e la presenza di eventuali metastasi. Si potranno così pianificare i prelievi di tessuto, gli interventi chirurgici e le irradiazioni (sempreché il tumore si presti a questo tipo di esame e assorba il mezzo di contrasto).

- > Scintigrafia ossea. Questo esame permette di accertare eventuali metastasi ossee. Allo scopo si inietta un mezzo di contrasto debolmente radioattivo che si accumula in modo caratteristico nelle ossa. Questo esame è effettuato solo in determinati casi, cioè in presenza di particolari sintomi.

## Gli stadi della malattia

### Classificazione TNM

I vari esami consentono di accertare e di valutare l'estensione della malattia. Questa diagnosi si chiama stadiazione (staging).

In caso di *cancro del colon* spesso la stadiazione si può eseguire o precisare solo durante o dopo l'operazione oppure in base all'esame dei linfonodi asportati.

In caso di *cancro del retto* invece è necessaria una stadiazione più precisa possibile *prima* dell'operazione (stadiazione preoperatoria) per decidere della terapia migliore. La stadiazione si basa sul sistema internazionale di classificazione TNM:

- T** Indica le dimensioni del tumore con una cifra da 0 a 4. Più alta è la cifra, più esteso o di maggiori dimensioni è il tumore (v. illustrazione a p. 16).
  - Tis** Significa «tumore in situ», limitato alla superficie della mucosa.
  - T1** Il tumore si è infiltrato nella sottomucosa (v. p. 9).
  - T2** Il tumore è penetrato nello strato muscolare dell'intestino.
  - T3** Il tumore è penetrato in tutti gli strati dell'intestino.
  - T4** Il tumore ha invaso il tessuto circostante o gli organi vicini.
- N** Indica i linfonodi.
  - N0** I linfonodi non sono colpiti.
  - N1** Risultano colpiti fino a tre linfonodi vicini.
  - N2** Sono colpiti più di tre linfonodi.
- M** Indica metastasi a distanza. In caso di carcinoma coloretale le metastasi si formano il più delle volte nel fegato. Le metastasi possono formarsi anche nei polmoni, piuttosto raramente invece nelle ossa e nel cervello.
  - M0** Non si osservano metastasi a distanza.
  - M1** Il cancro ha formato metastasi in altri organi.

Sono possibili varie combinazioni TNM. La diagnosi può essere per esempio la seguente: T2N1M0 oppure T3N0M0. A seconda della combinazione lo stadio della malattia sarà diverso.

## I vari stadi del cancro

Per i carcinomi coloretali la classificazione TNM comprende quattro stadi (I-IV). Più estesa è la malattia, più alta è la cifra e più avanzato è lo stadio.

### Stadio I

T2; i linfonodi non sono colpiti e non si riscontrano metastasi.

### Stadio II

T3 o T4; i linfonodi non sono colpiti e non si riscontrano metastasi.

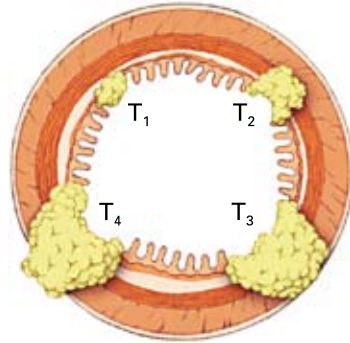
### Stadio III

T1-T4; sono colpiti più di tre linfonodi (N2), non si riscontrano metastasi.

### Stadio IV

T1-T4; sono colpiti più di tre linfonodi (N2), si riscontrano metastasi a distanza (M1).

L'aggiunta di altre lettere (per es. II A o II B) indica il sottogruppo di uno stadio. Il suo medico gliene spiegherà volentieri il significato.



Sezione del colon con vari stadi del tumore.

## Differenziazione (grading)

La valutazione del tessuto tumorale ha grande rilevanza per la scelta della terapia migliore. Si analizza in che misura le cellule tumorali si differenziano da quelle normali e sane. Si può così stimare se il tumore cresce lentamente o è aggressivo. Gli esperti parlano di differenziazione istopatologica (grading).

La differenziazione è indicata con la lettera G e le cifre da 1 a 4.

- > G1 indica che le cellule cancerose presentano un buon grado di differenziazione e sono solo leggermente diverse dalle cellule sane.
- > G4 indica invece che le cellule cancerose sono completamente indifferenziate, non assomigliano minimamente alle cellule sane e sono dunque maligne.

## Cenni generali

La scelta del trattamento dipende essenzialmente:

- > Dalla localizzazione del cancro (colon, retto).
- > Dallo stadio della malattia ovvero dalla risposta a domande quali: Il tumore è limitato alla superficie della mucosa? I linfonodi sono colpiti? Si sono già formate metastasi in altri organi?
- > Dall'età e dallo stato generale del paziente.

## Terapie possibili

I metodi di cura principali sono i seguenti (v. anche p. 25 sgg.):

- > Chirurgia (operazione)
- > Terapia medicamentosa (chemioterapia, immunoterapia, terapia con anticorpi)
- > Radioterapia (irradiazione)

Queste terapie sono applicate singolarmente, in combinazione, contemporaneamente o successivamente. La chirurgia e la radioterapia si applicano solo in caso di tumori ben localizzati, mentre la chemioterapia ha carattere sistemico: i farmaci si diffondono in tutto l'organismo attraverso il circolo sanguigno e linfatico.

Gli obiettivi e i principi terapeutici cambiano a seconda del tumore e dello stadio della malattia.

## Obiettivi terapeutici

### Curativi

L'obiettivo è la guarigione.

### Palliativi

Dal latino palliare = indossare il pallio. Se non si può sperare nella guarigione si possono però applicare varie misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali per attenuare i disturbi e preservare il più possibile la qualità della vita.

## Principi terapeutici

### Adiuvanti

Dal latino adjuvare = sostenere, aiutare. Si tratta di una cura aggiuntiva per eliminare dopo l'operazione eventuali cellule cancerose residue e ridurre il rischio di una recidiva (nuovo tumore) o di metastasi.

### Neoadiuvanti/preoperatori

Terapia che precede l'intervento chirurgico allo scopo di ridurre la massa tumorale e consentire un'operazione meno invasiva; al tempo stesso si potranno così eliminare anche metastasi microscopiche (micrometastasi).

Quando è possibile, la terapia ha sempre per scopo la guarigione. Di solito ciò è realizzabile solo se si può asportare completamente il tumore mediante intervento chirurgico (v. anche p. 26). Se però il tumore non è operabile a causa della sua localizzazione e delle sue dimensioni, oppure se si sono formate metastasi in altri organi, allora la guarigione sarà possibile solo in rari casi; tuttavia si potrà rallentare l'evoluzione della malattia con varie cure e stabilizzare la situazione per un certo tempo. Così possono essere attenuati eventuali disturbi.

### La scelta della terapia

La pianificazione e la supervisione della terapia avvengono in maniera interdisciplinare. Ciò significa che specialisti di varie discipline valuteranno la situazione e le proporranno la migliore terapia possibile nel suo caso personale. Ciò può avvenire *prima* dell'operazione, ma a volte anche dopo, quando sarà chiarito se sono necessarie o consigliabili cure supplementari.

È sicuramente meglio discutere delle varie proposte di cura con i rispettivi specialisti: lo specialista in chirurgia viscerale, il gastroenterologo, il radio-oncologo e l'oncologo. Desidera inoltre coinvolgere nella discussione il suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere medico? Lo faccia presente senza alcun timore: è un suo diritto e il medico curante non considererà la sua richiesta come una mancanza di fiducia nei suoi confronti.

Si conceda il tempo necessario per prendere la sua decisione, senza tuttavia ritardare l'inizio della cura:

- > La terapia ha per scopo la guarigione completa? Può allungare l'esistenza? Migliorerà la qualità della vita?
- > Ci sono alternative alla terapia proposta?
- > Quali sono i rischi e i benefici delle terapie proposte (anche in relazione alla qualità della vita e/o alla possibilità di prolungare l'esistenza)?
- > Quali effetti indesiderati può provocare la cura?
- > C'è il rischio d'incontinenza?
- > Quali potrebbero essere le ripercussioni sulla sfera sessuale?

## Gli effetti indesiderati

L'insorgenza e la severità degli effetti indesiderati varia da individuo a individuo. Molti degli effetti indesiderati descritti qui di seguito possono oggi essere attenuati con misure mediche o infermieristiche. Ovviamente deve però informare il personale curante dei suoi disturbi.

Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi durante il trattamento e scomparire in seguito da soli, mentre altri si manifesteranno solo più tardi, cioè una volta conclusa la terapia vera e propria. Conviene soppesare attentamente gli effetti positivi previsti e gli effetti indesiderati che la terapia può provocare.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (v. Appendice) illustrano le terapie contro il cancro più comuni e gli effetti della malattia e delle cure. Forniscono anche suggerimenti sul modo di affrontare la nuova situazione.

## Gli effetti sulla sessualità

Prima dell'operazione deve assolutamente discutere con il medico dei possibili effetti di una chemio o radioterapia sulla facoltà di procreare o sulla fertilità.

### Gli effetti sull'uomo

Il colon e il retto si trovano in prossimità degli organi urogenitali. Il fascio di vasi e nervi che si estende lunga la vescica e la prostata, e che contribuisce all'erezione, può essere lesa durante un'operazione nella regione del bacino, compromettendo parzialmente la facoltà di erezione.

La chemioterapia o l'irradiazione della regione del bacino può compromettere temporaneamente o definitivamente la facoltà di procreare. Se intende avere ancora dei figli può fare congelare lo sperma (crioconservazione) per realizzare in seguito un eventuale desiderio di paternità.

### Gli effetti sulla donna

La chemioterapia o l'irradiazione del bacino può indurre una menopausa prematura e i disturbi ad essa associati (curabili). A seconda dell'età e del tipo di terapia le ovaie possono recuperare la loro funzionalità e lei potrà così pianificare una gravidanza.

A volte si possono dislocare provvisoriamente le ovaie con un intervento chirurgico affinché esse non siano irradiate e possano continuare a produrre ormoni. In alternativa si può talvolta bloccare l'attività delle ovaie con farmaci e far riposare così questi organi.

### La contraccezione

La terapia condiziona la fertilità e la facoltà di procreare, ma la contraccezione è comunque d'obbligo durante la terapia antitumorale, e per un certo tempo anche dopo. I trattamenti chemio e radioterapici possono infatti accrescere i rischi di malformazione del feto. Ne discuta con il suo medico che le darà tutte le informazioni necessarie.

### Per saperne di più sul cancro e sulla sessualità ...

... richieda i rispettivi opuscoli della Lega contro il cancro (v. Appendice).

### Gli effetti sulla continenza

Le operazioni e in parte le irradiazioni nella regione del bacino possono indebolire il pavimento pelvico o i nervi che regolano alcuni riflessi relativi alla minzione e all'evacuazione. Di conseguenza a volte i pazienti possono avere perdite involontarie di urine e/o feci,

soffrendo di incontinenza in misura più o meno grave.

Oggi questi effetti si possono in genere prevenire, tuttavia non possono essere del tutto evitati, soprattutto quando il tumore è situato in profondità nel retto e ha invaso lo sfintere anale.

Se si manifestassero tali sintomi si rivolga senza indugio a uno specialista: in molti casi è possibile tenerli sotto controllo.

### La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica sviluppa continuamente nuovi approcci terapeutici e nuovi metodi di cura. Dopo numerosi test preliminari le nuove strategie sono testate sull'uomo. In genere si cerca di accrescere l'efficacia e la tollerabilità di terapie già note oppure di verificare se i nuovi metodi comportano dei vantaggi (allungamento della vita, rallentamento della malattia, attenuazione dei dolori ecc.).

Può darsi che le venga proposto di effettuare parte della terapia nel quadro di uno studio clinico. Queste terapie hanno dei vantaggi, ma anche degli inconvenienti: solo un colloquio personale con il medico potrà fare chiarezza in proposito.

La partecipazione a uno studio clinico è sempre volontaria e lei può ritirarsi o interrompere la terapia in qualsiasi momento.

L'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (v. Appendice) le fornirà maggiori particolari sugli studi clinici e su quello che una eventuale partecipazione potrebbe significare per lei.

### La terapia del carcinoma colico

*Altre informazioni sulla suddivisione degli stadi a p. 15. I singoli metodi di cura sono trattati a p. 25 sgg.*

- > L'operazione è la terapia di prima scelta. Se il tumore è ancora al primo stadio questo metodo è risolutivo e porta alla guarigione. A seconda del segmento di colon asportato (v. anche illustrazione a p. 11) si parla di colectomia destra (colon ascendente), colectomia trasversa (colon trasverso), colectomia sinistra (colon discendente) e colectomia sigmoidea (colon sigmoide).
- > Se è asportato l'intero colon, per es. in caso di poliposi familiare (PAF, v. p. 9), si parla di colectomia totale.

- > Spesso è possibile asportare completamente il tumore (resezione R0, v. p. 26). Perciò in caso di carcinoma del colon il rischio di recidiva (nuovo tumore) è minore che non nel caso di carcinoma del retto.
- > Se si sono già formate metastasi (v. stadio IV) occorre valutare in ogni singolo caso se l'operazione ha senso e se il tumore del colon può essere asportato completamente. È importante poi assicurare il transito intestinale.

#### Stadi I e II

Se non sono stati colpiti i linfonodi e non si sono formate metastasi l'operazione è di solito la sola terapia necessaria. Se il tumore è nello stadio II in alcuni casi potrà essere presa in considerazione una terapia adiuvante (chemioterapia).

#### Stadio III

Se sono già stati colpiti i linfonodi la chemioterapia – applicata dopo l'operazione – potrà eventualmente eliminare cellule tumorali residue e impedire o ritardare la formazione di metastasi. Sarà così possibile allungare l'esistenza e migliorare la qualità di vita.

#### Stadio IV

- > In questo stadio (e in caso di tumori inoperabili) le misure terapeutiche dipendono in

linea di massima dai risultati dell'intervento chirurgico e dallo stato generale del paziente.

L'obiettivo è di bloccare per un certo tempo la progressione della malattia. Si baderà soprattutto ad assicurare nei limiti del possibile le funzioni organiche e la qualità della vita e ad attenuare i sintomi (cura palliativa).

- > Se l'operazione non è possibile la radioterapia locale può talvolta ridurre la massa tumorale.
- > Singole metastasi possono essere, a seconda della loro localizzazione, irradiate direttamente oppure asportate chirurgicamente. Solitamente si consiglia inoltre la chemioterapia o (raramente) la radiochemioterapia. Grazie a queste cure è possibile attenuare anche eventuali dolori.
- > Le metastasi inoperabili del fegato possono essere eventualmente ridotte o asportate mediante altri metodi (v. p. 32).
- > A determinate condizioni la terapia con anticorpi, combinata con la chemioterapia, può arrecare maggiore sollievo e allungare l'esistenza, in più esente da sintomi.

## La terapia del carcinoma rettale

*Altre informazioni sulla suddivisione degli stadi a p. 15. I singoli metodi di cura sono trattati a p. 25 sgg.*

- > Nei primi stadi della malattia l'operazione è la terapia di prima scelta. L'asportazione completa del tumore (resezione R0, v. p. 26) spesso non ha le stesse possibilità di successo che nel caso di carcinoma del colon.
- > Per quanto possibile si cercherà di preservare lo sfintere anale e prevenire così l'incontinenza. Si potrà così evitare la creazione di uno stoma (ano artificiale). Più il tumore è vicino allo sfintere, più difficile risulterà il tentativo di preservarlo.
- > In certi casi si può – indipendentemente dallo stadio della malattia – ridurre il tumore prima dell'operazione mediante la radioterapia o la radiochemioterapia. Grazie ad essa l'operazione risulterà meno invasiva e di conseguenza si potrà salvare l'ano ed evitare la creazione di un ano artificiale.

- > In caso di tumore non, o solo parzialmente, operabile potrà rendersi necessaria la creazione di una stomia (v. p. 27). In caso di possibile occlusione intestinale (ileo) si possono collocare nel colon dei cosiddetti stents (cilindri di metallo dilatabili) che mantengono aperto il lume del colon e permettono il transito intestinale. I metodi descritti nel capitolo Metastasi epatiche (v. p. 32) possono prevenire le occlusioni intestinali e attenuare i disturbi.

### Stadio I

- > Di regola a resezione R0 (v. p. 26) avvenuta, la terapia è conclusa.
- > In rari casi la radioterapia può, inizialmente, sostituire un'operazione.

### Stadio II e III

- > La terapia d'elezione è la radiochemioterapia preoperatoria (neoadiuvante) per ridurre il tumore. Il successivo intervento chirurgico potrà così salvare lo sfintere anale e prevenire l'incontinenza.
- > I risultati dei vari esami sono determinanti per il successivo procedimento terapeutico.

A seconda dei casi si raccomanda una chemioterapia adiuvante, spesso più intensa, per eliminare le cellule cancerose ancora presenti.

### Stadio IV

- > In questo stadio (e in caso di tumori inoperabili) le misure terapeutiche dipendono in linea di massima dagli esiti dell'operazione e dallo stato generale di salute del paziente. Lo scopo è di bloccare per un certo tempo la progressione della malattia. Si baderà soprattutto a preservare per quanto possibile le funzioni dell'organismo e la qualità della vita e ad attenuare i disturbi (cura palliativa).
- > Singole metastasi possono, a seconda della loro localizzazione, essere asportate completamente o parzialmente e/o irradiate: ciò indipendentemente dall'operabilità del tumore rettale. Lo scopo è di prevenire dolori, emorragie, occlusioni intestinali e altri disturbi.
- > Le metastasi epatiche inoperabili possono essere ridotte di volume o asportate mediante altri metodi (v. p. 32).
- > Una chemioterapia o una radiochemioterapia combinata

possono rallentare la crescita delle cellule cancerose e ridurre tumori inoperabili, limitando la manifestazione di sintomi, per es. dolori (cura palliativa).

- > In determinati casi la terapia con anticorpi, combinata con la chemioterapia, può arrecare ulteriore sollievo e allungare l'esistenza, esente da sintomi.

## I controlli postoperatori

Inizialmente le saranno consigliati esami di controllo da effettuarsi regolarmente. Tali esami servono a individuare e attenuare i disturbi dovuti alla malattia e alla cura, ol-

tre a scoprire e curare tempestivamente una eventuale recidiva, un nuovo tumore o delle metastasi. Oltre alle comuni visite mediche e agli esami di laboratorio, si utilizzeranno allo scopo anche metodi diagnostici per immagini.

È inoltre importante rivolgersi subito al medico all'insorgere di sintomi e di disturbi, senza aspettare il successivo controllo previsto.

In occasione degli esami di controllo si possono, anzi si dovrebbero, affrontare anche altri problemi legati alla malattia (per es. questioni professionali, psicologiche, sociali, spirituali) affinché la riabilitazione riesca nel modo migliore.

## I metodi di cura

*In un singolo caso non si applicheranno mai tutti i metodi di cura descritti qui di seguito. Nel capitolo «La terapia dei carcinomi coloretta- li» potrà vedere in base a quali criteri si sceglie il metodo cura e si decide il momento della sua applicazione.*

## L'operazione

In caso di carcinoma coloretale l'intervento chirurgico è la terapia di prima scelta e determinante per le possibilità di guarigione. L'operazione ha per scopo l'asportazione completa del tumore unitamente ad una porzione abbastanza grande del tessuto sano circostante (margine di sicurezza, v. anche riquadro «Resezione»). Si cercherà di preservare nella misura del possibile la funzione dell'intestino e dello sfintere (prevenzione dell'incontinenza).

In molti casi è possibile stabilire già prima dell'operazione se ciò sarà possibile o se sarà invece necessaria la creazione di una stomia (ano artificiale, v. p. 27). Questo intervento è più raro in caso di carcinoma del colon che non in caso di carcinoma del retto.

Le operazioni intestinali richiedono grande perizia ed esperienza da parte del chirurgo, specialmente

dopo la radiochemioterapia preoperatoria, applicata spesso in caso di carcinoma rettale.

L'immediata vicinanza degli organi sessuali, di vescica, ureteri e uretra richiede grande competenza per asportare completamente il tumore (terapia curativa) e preservare allo stesso tempo la funzione degli organi. Si consiglia di rivolgersi a un centro terapeutico in cui questi interventi sono di routine. A seconda del caso si applicano tecniche differenti: incisione dell'addome o intervento attraverso l'ano (transanale) oppure laparoscopia (intervento chirurgico attraverso una piccola incisione con inserzione del laparoscopio e controllo sul monitor).

- > A seconda della situazione iniziale (v. p. 15 sgg.) si asporta un segmento più o meno lungo del colon e in genere contemporaneamente il tessuto connettivo e adipale circostante con i rispettivi vasi e linfonodi (il cosiddetto mesocolon o mesoretto). A seconda della localizzazione del tumore, dello stadio, dell'obiettivo e della pianificazione della terapia, si potrà prendere in considerazione un intervento meno invasivo. Gli specialisti chiariranno il caso con lei.

> Durante l'operazione la cavità addominale sarà esaminata attentamente. Singole metastasi epatiche saranno subito asportate se il loro numero, le dimensioni e la localizzazione lo consentono. Il fegato è un organo che si adatta ai mutamenti; anche se ne manca una parte conserva la sua funzionalità. Le metastasi epatiche presenti o che si formeranno in seguito possono, a seconda del caso, essere ridotte di volume o asportate con altri metodi di cura (v. p. 32).

> I due segmenti del colon verranno di nuovo suturati e dopo un certo tempo la funzione dell'organo sarà così ripristinata. A volte tuttavia viene creata una stomia temporanea (v. p. 27) per permettere all'intestino di riprendersi. In questo caso si attenderà che il processo di guarigione sia completato prima di suturare i due segmenti del colon.

#### Resezione

L'asportazione totale di un tumore è fondamentale per le possibilità di guarigione e per la pianificazione di eventuali altre terapie (adiuvanti). Dopo l'operazione ovvero la resezione (dal latino *resectio* = taglio) il tumore sarà esaminato attentamente. La lettera R segnala la presenza di un tumore residuo:

- R0 = nessuna presenza di tumore residuo
- R1 = presenza di tumore residuo, ma di dimensioni microscopiche
- R2 = presenza di tumore residuo visibile a occhio nudo.

> Il tessuto prelevato sarà esaminato attentamente per verificare il grado d'infiltrazione del tumore nella parete intestinale e per determinare se sono colpiti dei linfonodi. Può anche darsi che i risultati mutino il quadro clinico iniziale e che si debba di nuovo accertare lo stadio della malattia. A seconda del caso e dei risultati, dopo l'operazione si applicheranno altre terapie.

L'operazione toglie un tratto più o meno grande dell'intestino. Tuttavia anche l'asportazione di un segmento di grandi dimensioni non compromette la funzione intestinale: sono rari i disturbi digestivi cronici.

#### L'ano artificiale (stoma)

A dipendenza del tratto di intestino che ha dovuto essere asportato, è possibile che le feci non possano più essere evacuate per la via naturale. In questo caso viene creato un ano artificiale nella parete addominale, il cosiddetto stoma (dal greco *stoma* = bocca, apertura). Il termine medico è *anus praeter(naturalis)*, cioè ano artificiale.

Se devono essere asportati l'intero colon e/o il retto, incluso lo sfintere, o se la loro funzione deve essere temporaneamente sospesa, si farà passare un segmento dell'*intestino tenue* attraverso un'apertura nella parete addomi-

#### Stomaterapia

Lei dovrebbe essere informato dell'eventuale necessità di una ileo o di una colostomia, possibilmente prima dell'operazione. Chieda informazioni e si faccia anche indicare uno/una stomaterapista.

Gli opuscoli della Lega contro il cancro, «L'ileostomia» e «La colostomia» (v. p. 36), come anche l'organizzazione di autoaiuto «ilco» (v. p. 35), le spiegheranno come si convive con una stomia e le indicheranno a chi rivolgersi per aiuto e consulenza.

nale. Questo intervento è detto ileostomia (latino ileum = intestino tenue). Se invece è asportata solo una parte del colon verrà fatto passare attraverso la stomia un segmento del colon: perciò questo intervento è detto colostomia (greco kolon = membro e stoma = bocca).

Le feci sono raccolte in speciali sacche piatte rimovibili, incollate all'addome. L'uso di queste sacche si impara facilmente, ma naturalmente occorrerà abituarsi alla nuova situazione. In genere però la maggior parte dei pazienti dopo qualche tempo può condurre una vita pressoché normale.

Lo stoma può essere *temporaneo* o *permanente*. Grazie alle nuove tecniche chirurgiche le stomie permanenti sono oggi più rare.

## Le terapie medicamentose

### Chemioterapia (citostatici)

Per chemioterapia s'intende una cura a base di farmaci che distruggono le cellule cancerose o ne inibiscono la crescita: sono i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula e *statikós* = stasi).

I citostatici impediscono la suddivisione e quindi la proliferazione delle cellule cancerose a crescita rapida. Essi ledono però anche le cellule sane a crescita rapida, per es. le cellule del sistema emopoietico nel midollo spinale, le cellule dei capelli e delle mucose (comprese le mucose gastriche e intestinali), quelle seminali e gli ovociti.

I vari effetti collaterali della chemioterapia sono dovuti principalmente all'azione dei citostatici sulle cellule non cancerose. Tuttavia mentre le cellule cancerose muoiono, le cellule sane si riprendono quasi sempre, perciò gli effetti indesiderati cessano una volta terminata la terapia.

Questa terapia si applica in ambulatorio. A differenza della radioterapia, che agisce localmente, i citostatici si diffondono in tutto l'organismo attraverso il sangue: hanno dunque effetto sistemico.

A seconda del tipo di tumore si somministrano determinati citostatici: ne esistono oltre cento specie. In caso di cancro del colon ne vengono spesso somministrati diversi, combinati tra loro. Essi vengono assunti in quattro a sei cicli con una pausa tra l'uno e l'altro. Sono somministrati in parte tramite infusione e in parte per via orale, cioè in forma di compresse. Queste ultime possono essere prese a casa e solitamente provocano meno effetti collaterali.

### Possibili effetti indesiderati

Mutamenti del quadro ematico che possono accrescere il rischio di infezioni ed emorragie o provocare una generale stanchezza; problemi alle mucose, affezioni cutanee, inappetenza, alterazione della sensibilità di mani e piedi, nausea, disturbi gastrointestinali, disturbi cardiaci, compromissione della fertilità o della facoltà di procreazione. La perdita dei capelli durante la chemioterapia dei carcinomi colorrettali è piuttosto rara.

In linea di massima gli effetti collaterali dipendono molto dal tipo di farmaco, dall'indicazione e dalla posologia. Il suo oncologo le darà le informazioni necessarie.

### La terapia con anticorpi

Gli anticorpi sono componenti del nostro sistema immunitario naturale, formati in modo mirato nel nostro organismo per combattere agenti esterni (per es. agenti patogeni). Alcuni anticorpi possono attualmente anche essere realizzati in laboratorio e utilizzati quali farmaci.

Per svilupparsi e assolvere alla sua funzione ogni cellula, compresa la cellula cancerosa, ha bisogno di ossigeno, di sostanze nutritive e altre sostanze con funzione di segnale prodotte dall'organismo. Se questo meccanismo si altera la cellula non può più crescere o muore.

Ogni cellula ha sulla sua superficie caratteristiche strutture, i cosiddetti recettori, che possono captare un determinato segnale d'importanza vitale per la rispettiva cellula. Il segnale e il recettore corrispondono esattamente come una chiave e la sua serratura. Se si riesce a bloccare il recettore la cellula non può più captare il segnale.

Le terapie con anticorpi si basano su sostanze che bloccano il recettore specifico ed essenziale per la crescita di una determinata cellula cancerosa. In questo modo si priva la cellula della sua fonte di sostentamento.

Vi sono varie sostanze attive e vari modi di azione:

> **Inibitori della crescita tumorale**

Un anticorpo, cioè una sostanza attiva ben precisa, blocca in modo selettivo un recettore presente nel 70% dei pazienti sulla superficie delle cellule cancerose del colon. Si tratta del cosiddetto epidermal growth factor receptor – EGFR (fattore di crescita epidermico). La crescita della cellula cancerosa è stimolata da questo recettore. Se lo si blocca la cellula non riceve più il segnale di crescita.

*Possibili effetti indesiderati*

Reazioni cutanee (acne) dovute ai recettori EGFR della pelle, congiuntivite, diarrea, dolori diffusi, nausea, generale stanchezza.

> **Inibitori dell'angiogenesi**

Un anticorpo, cioè una sostanza attiva ben precisa, inibisce la formazione di nuovi vasi sanguigni delle cellule cancerose (angiogenesi: dal greco angeion = vaso e genesi = sviluppo). Le cellule cancerose rilasciano nel sangue un cosiddetto vascular endothelial

growth factor – V-EGF (fattore di crescita dell'endotelio vascolare). Esso si lega ai recettori V-EGF delle cellule del sangue stimolandole alla formazione di nuovi vasi. In questo modo le cellule cancerose «si assicurano» l'irrorazione sanguigna per esse vitale. L'inibitore dell'angiogenesi può bloccare questi recettori impedendo così la formazione di vasi sanguigni e quindi l'approvvigionamento del tumore.

*Possibili effetti indesiderati*

Emorragie o sanguinamenti (per es. dal naso), disturbi gastrointestinali (per es. diarrea), aumento della pressione sanguigna, trombosi/embolie, dolori diffusi, debolezza generale.

Le terapie con anticorpi sono attualmente autorizzate solo per alcune forme di tumore e per alcuni stadi della malattia oppure nel quadro di studi clinici (v. p. 20). Solitamente sono applicate in combinazione con la chemioterapia e somministrate per infusione. Gli studi finora effettuati mostrano che queste terapie allungano – in casi particolari – i tempi di sopravvivenza senza sintomi e migliorano la qualità della vita.

## La radioterapia (irradiazione)

La radioterapia danneggia le cellule cancerose, impedendone così la suddivisione e la proliferazione: queste cellule poi muoiono. I raggi agiscono però anche sulle cellule sane, provocando temporaneamente possibili effetti collaterali. Al contrario delle cellule cancerose, le cellule sane si riprendono però quasi tutte.

La radioterapia è in genere combinata con la chemioterapia o è applicata come cura supplementare dopo l'operazione. A seconda del caso essa può avere funzione preoperatoria, adiuvante o palliativa (v. p. 17) e vi si ricorre prevalentemente per il carcinoma rettale, più raramente per il carcinoma del colon. A volte è applicata anche in alternativa all'operazione.

> **Irradiazione esterna (terapia percutanea)**

I raggi colpiscono in genere direttamente il tumore e i linfonodi vicini dall'esterno (l'irradiazione si dice percutanea perché i raggi attraversano la pelle). Con l'ausilio della tomografia computerizzata si delimitano con precisione i

campi da irradiare, in genere diversi, al fine di risparmiare il più possibile gli organi circostanti (per es. l'intestino tenue, la vescica, gli organi genitali). I progressi tecnici degli ultimi tempi in questo campo sono stati considerevoli.

Il paziente si recherà cinque volte la settimana in ambulatorio, per un periodo di sei a otto settimane. Le singole irradiazioni durano solo pochi minuti.

> **Radioterapia intraoperatoria**

Abbreviato IORT, con questo tipo di radioterapia il tessuto tumorale viene irradiato e distrutto ad addome aperto (quindi non per via percutanea).

> **Irradiazione interna (brachiterapia)**

In rari casi si applica anche la radioterapia interna. Le sorgenti radioattive sono collocate direttamente nel tessuto tumorale, nelle immediate vicinanze o nell'organo interessato. Questa tecnica d'irradiazione è detta brachiterapia (dal greco brachis = corto) o brachiterapia interstiziale.

Le brachiterapie possono essere effettuate solo in speciali

centri e a determinate condizioni a carico dell'assicurazione malattia di base.

#### *Possibili effetti indesiderati*

Diarrea, flatulenza, dolori durante la minzione, alterazioni cutanee del perineo (la regione tra l'ano e lo scroto o la vagina), infiammazioni delle mucose intestinali, cicatrici; le irradiazioni del bacino possono compromettere la fertilità o la facoltà di procreare.

L'insorgenza e la severità degli effetti collaterali dipendono dalla localizzazione e dalle dimensioni del tumore nonché dalla dose di raggi. Il radio-oncologo le darà le necessarie spiegazioni.

### **Le terapie delle metastasi epatiche**

Le metastasi epatiche sono asportate chirurgicamente ogniqualvolta ciò sia possibile (v. «L'operazione», p. 25). In altri casi si riduce il loro volume o se ne inibisce la crescita mediante la chemioterapia, applicata direttamente nel fegato. Talvolta le metastasi possono in seguito essere asportate chirurgicamente.

In determinati casi le metastasi epatiche inoperabili possono essere curate mediante la terapia ablativa (latino ablativo = asportazione). In questo caso le metastasi non sono asportate (resezione), ma distrutte in situ. Allo scopo si ricorre alla crioterapia e all'ipertermia da radiofrequenza (RFA) o da laser (LITT). Queste terapie sono pianificate ed applicate con l'ausilio di apparecchiature per immagini. Si tratta di metodi di cura relativamente nuovi e molto promettenti, ma non ne conosciamo ancora gli effetti a lunga scadenza.

Nella *crioterapia* si inseriscono sonde nelle metastasi epatiche, congelando il tessuto che poi muore.

Nella *RFA* le radiofrequenze producono calore che giunge nel tessuto attraverso speciali sonde munite fili metallici disposti a ventaglio, distruggendo il tessuto.

Nella *LITT* le metastasi sono distrutte col laser. La luce del laser giunge nella metastasi attraverso una fibra di vetro.

### **La terapia del dolore**

Il carcinoma coloretale in stadio avanzato può provocare dolori, non da ultimo anche a causa di possibili metastasi: se non curati i dolori mettono a dura prova il paziente. Non ha senso stringere i denti e sopportare stoicamente il dolore. Il dolore debilita e logora, togliendo al paziente le energie residue. Si dovrebbero quindi sfruttare al massimo le attuali possibilità della terapia del dolore.

I dolori da cancro possono essere sempre attenuati e in molti casi persino eliminati, sia attraverso farmaci, sia tramite radioterapia o varie altre misure. Nell'opuscolo «Vivere col cancro, senza dolore» (v. Appendice) troverà molti consigli utili sul modo di affrontare i dolori.

### **La medicina complementare**

Numerosi malati di cancro oltre a sottoporsi alle comuni terapie ricorrono anche ai metodi complementari di cura. *Complementari* vuol dire che questi metodi integrano, completano la terapia medica tradizionale. Si tratta di metodi che in certe circostanze possono effettivamente migliorare lo stato di benessere e la qualità della vita, sia durante sia dopo la terapia medica vera e propria (v. Opuscoli, p. 36). Tuttavia non hanno alcun effetto curativo sul tumore stesso.

Si sconsigliano invece i cosiddetti metodi *alternativi*, cioè quei metodi applicati *in sostituzione* delle terapie mediche tradizionali.

Un colloquio personale con il personale curante o con il medico di famiglia le permetterà di chiarire se nel suo caso ha senso ricorrere alla medicina complementare e di scegliere il metodo più opportuno.

Numerose persone colpite dal cancro vivono oggi meglio e più a lungo che non alcuni decenni fa. In molti casi, tuttavia, il trattamento è lungo e gravoso. Alcuni riescono a svolgere contemporaneamente le proprie attività, mentre per altri ciò diventa praticamente impossibile.

### Ascoltare sé stessi

Si conceda il tempo necessario per progettare in modo consapevole una nuova prospettiva di vita. Il ritorno alla vita di tutti i giorni può avvenire in maniera graduale, in sintonia con il carico che è in grado di sopportare.

Proprio come le persone sane affrontano in maniera diversa le questioni esistenziali, anche una situazione di malattia è vissuta in modo differente da un individuo all'altro. Vi è chi dice: «Tutto andrà bene!», chi si preoccupa pensando: «Speriamo che tutto vada bene!», e infine chi pensa: «Di certo andrà tutto storto!», o persino «È finita, dovrò morire!».

### Ricerca il dialogo

Indipendentemente dalle possibilità di guarigione, la paura della morte è strettamente connessa con ogni malattia tumorale. Alcuni non vogliono parlarne, mentre altri vorrebbero farlo, ma non osano affrontare il tema. Altri anco-

ra sono delusi se le persone che li circondano fanno finta di niente. Tuttavia non esistono ricette miracolose. Quello che può aiutare una persona, per un altro può non significare nulla o viceversa.

Cerchi di scoprire quali aspetti potrebbero contribuire a migliorare la sua qualità di vita. A volte basta porsi semplici domande come:

- > Qual è il mio vero problema?
- > Cosa mi occorre?
- > Come potrei ottenere ciò che desidero?
- > Chi potrebbe darmi una mano?

Consideri anche l'appendice e le indicazioni presenti in questo opuscolo.

### Richiedere un'assistenza specialistica

Se stati di ansia o di inquietudine dovessero persistere e lei non sapesse più come farvi fronte, non esiti a richiedere un'adeguata assistenza specialistica. Ne parli con la sua équipe curante o con il medico di famiglia. Potranno eventualmente esserle raccomandate o prescritte ulteriori misure di sostegno che sono coperte dall'assicurazione malattia di base. Per problemi psicosociali può rivolgersi al servizio sociale dell'ospedale o alla sua Lega cantonale contro il cancro.

### Chieda consiglio

#### Il personale curante

... le fornirà volentieri ulteriori indicazioni per superare i disturbi legati alla malattia e ai trattamenti. Consideri anche la possibilità di ricorrere a eventuali misure complementari, in grado di contribuire alla sua riabilitazione e a migliorare il suo benessere.

#### La sua Lega cantonale contro il cancro

... le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta delle Leghe cantonali comprende anche corsi o assistenza per il chiarimento di questioni assicurative.

#### Linea cancro 0800 11 88 11

Una specialista le presta ascolto, la informa sui possibili passi da intraprendere e risponderà alle sue domande relative alla malattia tumorale e alle terapie che sta seguendo. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

#### L'organizzazione di autoaiuto «ilco»

Se ha subito l'ileo o la colostomia (creazione di un ano artificiale) può rivolgersi alla «ilco», l'associazione degli stomizzati, e approfittare delle conoscenze e dell'esperienza di persone che hanno vissuto una situazione analoga alla sua. Presidente: Bruno Leiseder, tel. 041 448 29 22 o tel. 079 317 49 65; segretariato: Peter Schneeberger, tel. 0312 879 24 68, info@ilco.ch, www.ilco.ch

#### Scambio con altri pazienti

Lei ha inoltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in Internet. Le raccomandiamo [www.forum-cancro.ch](http://www.forum-cancro.ch), una prestazione del servizio di consulenza telefonico Linea cancro.

La preghiamo tuttavia di tenere presente che ciò che è servito o ha arrecato danno a un'altra persona non deve necessariamente avere lo stesso effetto su di lei. Apprendere però in che modo altri, pazienti e familiari, sono riusciti a gestire la situazione può di certo aiutare.

#### Assicurazione

> I costi di trattamento in caso di cancro vengono assunti dall'assicurazione base obbligatoria a condizione che si tratti di un genere di terapia riconosciuto o che il prodotto figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). Il suo medico curante è tenuto a informarla accuratamente a questo proposito.

> Anche nell'ambito di uno studio clinico (v. p. 20) i costi per i trattamenti con sostanze riconosciute sono coperti dall'assicurazione malattia. Alcune procedure relative a nuove terapie sottostanno tuttavia a determinate condizioni.

> Per consulenze/terapie complementari di carattere non medico, la copertura dei costi da parte dell'assicurazione base o dell'assicurazione complementare non è garantita. Occorre quindi chiarire la questione di persona, oppure tramite il medico di famiglia o il medico curante, l'ospedale o la Lega cantonale contro il cancro.

> Le persone a cui è stata diagnosticata una malattia tumorale e che intendono stipulare un'assicurazione malattia complementare potranno farlo solo a determinate condizioni. Anche le assicurazioni sulla vita avanzano riserve se la somma assicurativa supera una certa entità.

## Opuscoli della Lega contro il cancro

Le pubblicazioni della Lega contro il cancro possono aiutarla ad affrontare meglio la sua situazione. Salvo indicazioni contrarie, sono messe a disposizione gratuitamente dalla sua Lega cantonale contro il cancro – un servizio reso possibile unicamente grazie alle generose offerte delle sostenitrici e dei sostenitori della Lega contro il cancro.

- > **La terapia medicamentosa dei tumori**
- > **La radio-oncologia**
- > **La colostomia**
- > **L'ileostomia**
- > **Il cancro e la sessualità maschile**
- > **Il cancro e la sessualità femminile**
- > **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**  
Suggerimenti e consigli da capo a piedi
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**  
Informazioni per i pazienti e i familiari
- > **Il linfedema**  
Piccola guida per pazienti
- > **Fatica e stanchezza**  
Individuare le cause, trovare delle soluzioni

- > **Difficoltà di alimentazione legate al cancro**  
Guida per superare i problemi di inappetenza e di digestione
- > **Attività fisica e cancro**  
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- > **Accompagnare un malato di cancro**  
Guida per familiari e amici
- > **No al cancro dell'intestino?**  
Informazioni su rischi, prevenzione e diagnosi precoce
- > **Rischio di cancro ereditario**  
Guida per malati e familiari
- > **Cancro: dal gene all'uomo**  
Un CD-rom che rappresenta in modo chiaro in forma scritta e visiva (da ascoltare e/o da leggere) l'origine e il trattamento delle malattie tumorali (disponibile in francese e tedesco, 25 franchi più costi di spedizione)
- > **Alternativi? Complementari?**  
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia

### Gli opuscoli si possono ordinare:

- > presso la Lega contro il cancro della sua regione
- > per telefono: 0844 85 00 00
- > per e-mail: [shop@swisscancer.ch](mailto:shop@swisscancer.ch)
- > su Internet all'indirizzo [www.swisscancer.ch](http://www.swisscancer.ch).

In Internet si trova l'elenco completo di tutti gli opuscoli della Lega contro il cancro con una breve descrizione del loro contenuto.

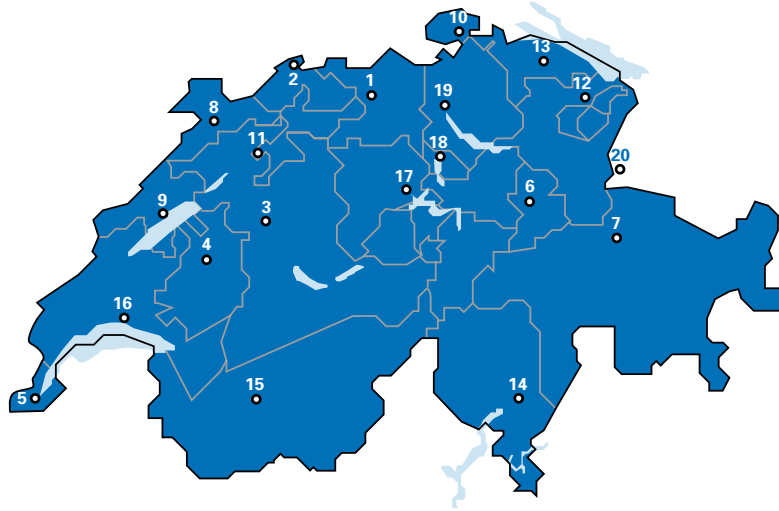
### Opuscoli di altre organizzazioni

All'indirizzo [www.aimac.it](http://www.aimac.it) (Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici) sono reperibili diverse pubblicazioni gratuite, disponibili online, tra cui «Il cancro del colon retto» (→ Informazioni sul cancro → La collana del girasole → Libretti). «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico», reperibile presso l'Istituto svizzero per la ricerca applicata sul cancro SIAK, tel. 031 389 91 91, [www.sakk.ch](http://www.sakk.ch), e-mail: [sakkcc@sakk.ch](mailto:sakkcc@sakk.ch).

### Internet (alfabetico)

- > [www.ilco.ch](http://www.ilco.ch) (organizzazione di auto-aiuto per persone con uro o colostomia)
- > [www.incontinex.ch](http://www.incontinex.ch) (Società svizzera di aiuto alle persone incontinenti)
- > [www.corriere.it/sportello-cancro](http://www.corriere.it/sportello-cancro) (Enciclopedia → I principali tumori → Colon-retto).
- > [www.teamsalute.it](http://www.teamsalute.it) (Argomenti → Oncologia → Tumore colon retto, sostenuto da una ditta farmaceutica)

# Consulenza e aiuto – la Lega contro il cancro nella sua regione



**1 Krebsliga Aargau**  
Milchgasse 41, 5000 Aarau  
Tel. 062 834 75 75  
Fax 062 834 75 76  
admin@krebssliga-aargau.ch  
www.krebssliga-aargau.ch  
PK 50-12121-7

**2 Krebsliga beider Basel**  
Mittlere Strasse 35, 4056 Basel  
Tel. 061 319 99 88  
Fax 061 319 99 89  
info@klbb.ch  
www.krebssliga-basel.ch  
PK 40-28150-6

**3 Bernische Krebsliga  
Ligue bernoise contre le cancer**  
Marktgassee 55, Postfach 184  
3000 Bern 7  
Tel. 031 313 24 24  
Fax 031 313 24 20  
info@bernischekrebssliga.ch  
www.bernischekrebssliga.ch  
PK 30-22695-4

**4 Ligue fribourgeoise  
contre le cancer  
Krebsliga Freiburg**  
Route des Daillettes 1  
case postale 181  
1709 Fribourg  
tél. 026 426 02 90  
fax 026 426 02 88  
info@liguecancer-fr.ch  
www.liguecancer-fr.ch  
CCP 17-6131-3

**5 Ligue genevoise  
contre le cancer**  
17, boulevard des Philosophes  
1205 Genève  
tél. 022 322 13 33  
fax 022 322 13 39  
ligue.cancer@mediane.ch  
www.lgc.ch  
CCP 12-380-8

**6 Krebsliga Glarus**  
Kantonsspital, 8750 Glarus  
Tel. 055 646 32 47  
Fax 055 646 43 00  
krebssliga-gl@bluewin.ch  
PK 87-2462-9

**7 Krebsliga Graubünden**  
Alexanderstrasse 38, 7000 Chur  
Tel. 081 252 50 90  
Fax 081 253 76 08  
info@krebssliga-gr.ch  
www.krebssliga-gr.ch  
PK 70-1442-0

**8 Ligue jurassienne  
contre le cancer**  
Rue de l'Hôpital 40  
case postale 2210  
2800 Delémont  
tél. 032 422 20 30  
fax 032 422 26 10  
ligue.ju.cancer@bluewin.ch  
www.liguecancer-ju.ch  
CCP 25-7881-3

**9 Ligue neuchâteloise  
contre le cancer**  
Faubourg du Lac 17  
case postale  
2001 Neuchâtel  
tél. 032 721 23 25  
Incc@ne.ch  
www.liguecancer-ne.ch  
CCP 20-6717-9

**10 Krebsliga Schaffhausen**  
Kantonsspital  
8208 Schaffhausen  
Tel. 052 634 29 33  
Fax 052 634 29 34  
krebssliga.sozber@kssh.ch  
PK 82-3096-2

**11 Krebsliga Solothurn**  
Dornacherstrasse 33  
4500 Solothurn  
Tel. 032 628 68 10  
Fax 032 628 68 11  
info@krebssliga-so.ch  
www.krebssliga-so.ch  
PK 45-1044-7

**12 Krebsliga St. Gallen-Appenzel**  
Flurhofstrasse 7  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 242 70 00  
Fax 071 242 70 30  
beratung@krebssliga-sg.ch  
www.krebssliga-sg.ch  
PK 90-15390-1

**13 Thurgauische Krebsliga**  
Bahnhofstrasse 5  
8570 Weinfelden  
Tel. 071 626 70 00  
Fax 071 626 70 01  
info@tgkl.ch  
www.tgkl.ch  
PK 85-4796-4

**14 Lega ticinese  
contro il cancro**  
Piazza Nosetto 3  
6500 Bellinzona 4  
tel. 091 820 64 20  
fax 091 820 64 60  
info@legacancro-ti.ch  
www.legacancro-ti.ch  
CCP 65-126-6

**15 Ligue valaisanne contre le cancer  
Krebsliga Wallis**  
Siège central:  
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion  
tél. 027 322 99 74  
fax 027 322 99 75  
lvcc.sion@netplus.ch  
www.lvcc.ch  
Beratungsbüro:  
Spitalstrasse 5, 3900 Brig  
Tel. 027 922 93 21  
Mobile 079 644 80 18  
Fax 027 922 93 25  
wkl.brig@bluewin.ch  
www.walliserkrebssliga.ch  
CCP/PK 19-340-2

**16 Ligue vaudoise contre le cancer**  
Av. de Gratta-Paille 2  
case postale 411  
1000 Lausanne 30 Grey  
tél. 021 641 15 15  
fax 021 641 15 40  
info@lvc.ch  
www.lvc.ch  
CCP 10-22260-0

**17 Krebsliga Zentralschweiz**  
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern  
Tel. 041 210 25 50  
Fax 041 210 26 50  
info@krebssliga.info  
www.krebssliga.info  
PK 60-13232-5

**18 Krebsliga Zug**  
Alpenstrasse 14  
6300 Zug  
Tel. 041 720 20 45  
Fax 041 720 20 46  
info@krebssliga-zug.ch  
www.krebssliga-zug.ch  
PK 80-56342-6

**19 Krebsliga Zürich**  
Klosbachstrasse 2  
8032 Zürich  
Tel. 044 388 55 00  
Fax 044 388 55 11  
info@krebssliga-zh.ch  
www.krebssliga-zh.ch  
PK 80-868-5

**20 Krebshilfe Liechtenstein**  
Im Malarsch 4  
FL-9494 Schaan  
Tel. 00423 233 18 45  
Fax 00423 233 18 55  
admin@krebshilfe.li  
www.krebshilfe.li  
PK 90-4828-8

**Lega svizzera  
contro il cancro**  
Effingerstrasse 40  
casella postale 8219  
3001 Berna  
tel. 031 389 91 00  
fax 031 389 91 60  
info@swisscancer.ch  
www.swisscancer.ch  
CCP 30-4843-9

**Linea cancro**  
tel. 0800 11 88 11  
(chiamata gratuita)  
lunedì-venerdì  
ore 10.00–18.00  
helpline@swisscancer.ch  
www.forumcancro.ch

**Per ordinare gli opuscoli**  
tel. 0844 85 00 00  
shop@swisscancer.ch

**La sua offerta ci fa  
piacere.**

Offerto dalla sua Lega contro il cancro: