

Il cancro del colon retto




AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

La Collana del Girasole

Il cancro del colon-retto

che cos'è, come combatterlo

AIMaC è grata a MacMillan Cancer Support  (www.macmillan.org.uk) per aver concesso in esclusiva l'utilizzazione di questo libretto e per aver consentito al Comitato Scientifico di adattarlo ai fini di una migliore comprensione da parte di pazienti, parenti e amici e di adeguarne il contenuto alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale, alla cultura, alle abitudini e ai rapporti medico-infermiere-paziente del nostro Paese.

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: **R. Cannizzaro** (S.O.C. Gastroenterologia - Centro di Riferimento Oncologico, Aviano - PN); **M. Muscaritoli**, **I. Preziosa** (Dipartimento di Medicina Clinica, Sapienza, Università di Roma); **E. Maiello** (Dipartimento di Onco-Ematologia, U.O.C. di Oncologia, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo - FG) - **A. Sobrero** (Direttore Oncologia Medica - Ospedale S. Martino, Genova)

Editing: **C. Di Loreto** (AIMaC)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto "Servizio Nazionale di Accoglienza e Informazione in Oncologia (SION)" sostenuto con i fondi Otto per Mille della Chiesa Valdese.



Settima edizione: aprile 2016.

Titolo originale dell'opera: **Understanding cancer of the bowel**

© AIMaC 2016. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC come convenuto con Macmillan Cancer Support.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Introduzione
- 6 Che cos'è il cancro?
- 7 Il colon e il retto
- 8 Quali sono i fattori di rischio e le cause del cancro del colon-retto?
- 9 Quali sono i sintomi del cancro del colon-retto?
- 11 Come si formula la diagnosi?
- 13 Ulteriori esami
- 16 Quali sono gli stadi e i gradi del cancro del colon-retto?
- 17 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 19 La chirurgia
- 25 La chemioterapia
- 30 La terapia con gli anticorpi monoclonali
- 32 La radioterapia
- 35 Gli aspetti nutrizionali
- 39 I controlli dopo le terapie
- 41 La comunicazione in famiglia
- 42 Come potete aiutare voi stessi
- 43 I trattamenti non convenzionali
- 44 Gli studi clinici
- 45 Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro



Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro ed anche i loro familiari ed amici a saperne di più sui tumori del colon-retto nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia.

Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.



La divisione cellulare è un processo ordinato e controllato, ma se si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

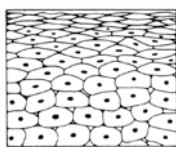
Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti *vasi linfatici*. Nel sistema linfatico fluisce la *linfa*, un liquido giallo contenente i *linfociti*, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

Metastasi: cellule neoplastiche staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

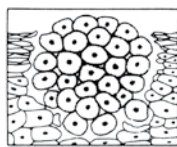
Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, non ha un'unica causa né un unico tipo di trattamento: esistono oltre 200 tipi diversi di cancro, ognuno con un suo nome e un suo trattamento. Per questa ragione si sta consolidando il principio della "personalizzazione" della terapia oncologica.

Benché le cellule che costituiscono le varie parti dell'organismo abbiano aspetto diverso e funzionino anche in modo diverso, la maggior parte si ripara e si riproducono nello stesso modo. Di norma la divisione delle cellule avviene in maniera ordinata e controllata, ma se, per un qualsiasi motivo, questo processo si altera, le cellule 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore'.



Cellule normali

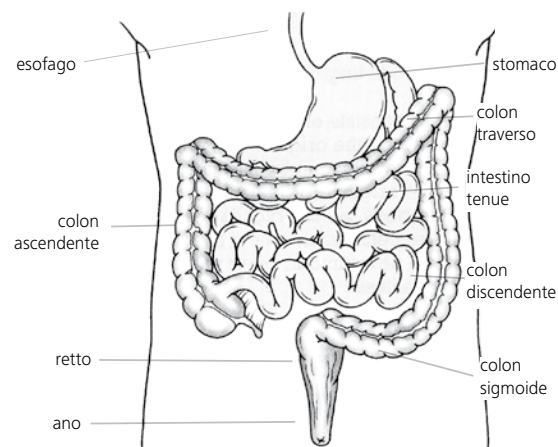


Cellule tumorali

I tumori possono essere **benigni** o **maligni**. I medici sono in grado di stabilire se un tumore è benigno o maligno sulla base di una **biopsia**. Le cellule dei tumori benigni crescono lentamente e non hanno la capacità di diffondersi ad altre parti dell'organismo; tuttavia, se continuano a crescere nel sito originale, possono diventare un problema, in quanto esercitano pressione contro gli organi adiacenti. Al contrario, i tumori maligni sono costituiti da cellule che, in assenza di un trattamento opportuno, hanno la capacità di invadere e distruggere i tessuti circostanti e di diffondersi a distanza, ovvero, al di là della sede di insorgenza del tumore primitivo. In altre parole le cellule neoplastiche possono staccarsi dal tumore primitivo e diffondersi attraverso il circolo sanguigno o il **sistema linfatico**. Quando raggiungono un nuovo sito, le cellule possono continuare a dividersi, dando così origine ad una **metastasi**.

Il colon e il retto

L'intestino è un organo dell'apparato gastro-intestinale. Si divide in due porzioni, il **tenuè** e il **colon-retto**. L'intestino crasso è costituito da due segmenti, il colon e il retto. Il colon ha inizio nella parte inferiore destra dell'addome. Si divide in tre segmenti: il primo - **colon ascendente** - risale verso l'alto; il secondo - **colon traverso** - attraversa la parte superiore dell'addome da destra a sinistra; il terzo - **colon discendente** - scende verso la parte inferiore dell'addome e termina con il colon sigmoide, il retto e l'ano. Attraverso l'esofago gli alimenti che ingeriamo passano nello stomaco, dove ha inizio il processo della digestione, e arrivano all'intestino tenue. Nel passaggio attraverso il tenue, le sostanze nutritive essenziali contenute negli alimenti vengono assorbite dall'organismo. Il cibo digerito entra quindi nel colon, dove viene assorbita la parte restante di acqua. I residui solidi detti *feci* raggiungono il retto, dove soggiornano fino al momento in cui sono espulsi dall'organismo attraverso l'ano con la **defecazione**. In prossimità dell'intestino sono localizzati diversi gruppi di **linfonodi**. I tumori dell'intestino interessano prevalentemente il colon-retto.



Intestino tenue: prima parte dell'intestino, organo del corpo deputato all'assorbimento del cibo.

Defecazione: processo di espulsione delle feci.

Linfonodi: piccole ghiandole a forma di fagiolo localizzate al collo, sotto le ascelle e nell'inguine (distretti linfonodali). Costituiscono il sistema linfatico (v. pag. 6) e svolgono una funzione di difesa per l'organismo.

Quali sono i fattori di rischio e le cause del cancro del colon-retto?



Una dieta ricca di grassi e proteine animali e povera di frutta e verdura può accrescere il rischio di ammalarsi.

Il rischio di ammalarsi è più alto per i familiari se la malattia è stata diagnosticata in un genitore, fratello o sorella a meno di 45 anni, oppure in più parenti stretti della stessa famiglia.



Colonscopia: esame diagnostico volto ad esplorare le pareti interne del colon per scoprire eventuali lesioni, ulcerazioni, occlusioni, masse tumorali.

In Italia ogni anno circa 36.000 persone si ammalano di cancro del colon-retto. La malattia è più diffusa tra gli anziani, mentre è rara negli individui di età inferiore a 50 anni. Nella maggior parte dei casi, la causa è tuttora sconosciuta nonostante l'attività di ricerca sia molto intensa su questo fronte e abbia contribuito a rendere le procedure diagnostiche sempre più sofisticate, precise e affidabili. Alcuni fattori possono accrescere il rischio di ammalarsi, e in particolare:

- **Alimentazione:** la ricerca ha dimostrato che una dieta ricca di grassi e proteine animali e povera di fibre (frutta e verdura) può contribuire ad aumentare il rischio, che può essere ancora più alto se si fa anche largo uso di alcolici.
- **Alterazioni genetiche ereditarie:** avere o avere avuto in famiglia un caso di tumore del colon-retto non significa che si erediti. Per i familiari il rischio di ammalarsi è più alto soprattutto se la malattia è stata diagnosticata in un parente stretto (genitore, fratello o sorella) a età inferiore a 45 anni, oppure in più parenti stretti della stessa famiglia. Le persone che temono di rientrare in queste categorie possono essere indirizzate verso centri specializzati per sottoporsi a test specifici miranti a individuare la presenza di alterazioni genetiche e, di conseguenza, a valutare il rischio effettivo di sviluppare la malattia. Chi risultasse ad alto rischio può essere sottoposto a un regolare programma di screening, che di solito consiste in una **colonscopia** (v. pag. 11). In ogni caso è sempre bene consultare prima il medico di famiglia per valutare insieme l'opportunità di sottoporsi a test genetici. Esistono due rare malattie genetiche correlate a un alto rischio di sviluppare un carcinoma del colon-retto: la *poliposi adenomatosa familiare* in cui la mucosa che riveste il colon appare cosparsa di numerosi tumori benigni detti polipi,

e il *carcinoma coloretale ereditario non associato a poliposi* (HNPCC) in cui tumori intestinali si sviluppano in giovane età, interessando talvolta più parti dell'intestino. Soltanto il 5% (5 casi su 100) dei tumori del colon-retto è causato da alterazioni genetiche ereditarie.

- **Patologie intestinali:** gli individui con lunga storia di **colite ulcerosa** o di **morbo di Crohn** hanno un alto rischio di sviluppare un tumore del colon-retto.
- **Obesità, fumo e vita sedentaria** possono accrescere il rischio di sviluppare un tumore del colon-retto.

Quali sono i sintomi del cancro del colon-retto?

I sintomi del cancro del colon-retto sono:

- presenza di sangue (di colore rosso chiaro oppure scuro) nelle o sulle feci;
- modificazione dell'attività intestinale (costipazione o diarrea) senza motivo per più di sei settimane;
- perdita di peso senza motivo;
- dolore localizzato all'addome o all'ano;
- sensazione di svuotamento incompleto dell'intestino dopo l'evacuazione.

Talvolta anche un senso di spossatezza può essere un sintomo di malattia. Ciò succede nei casi in cui il tumore causa un sanguinamento, inducendo in tal modo una condizione di **anemia**, che, a sua volta, può causare una sensazione di mancanza di respiro. In alcuni casi il tumore può determinare il blocco o l'ostruzione dell'intestino, che si manifestano con nausea e vomito, costipazione, dolore localizzato all'addome e sensazione di pienezza.

Anche se questi sintomi possono essere causati da altre



Colite ulcerosa: malattia infiammatoria cronica della mucosa intestinale.

Morbo di Crohn: malattia infiammatoria cronica della mucosa intestinale.

Obesità: eccessivo accumulo di grasso corporeo in genere dovuto ad un'alimentazione sbagliata e ad una vita sedentaria.



I sintomi del cancro del colon-retto sono:

- presenza di sangue nelle o sulle feci;
- modificazione dell'attività intestinale senza motivo per più di sei settimane;
- perdita di peso senza motivo;
- dolore localizzato all'addome o all'ano;
- sensazione di svuotamento incompleto dell'intestino dopo l'evacuazione.



Anemia: calo del numero dei globuli rossi nel sangue.

condizioni patologiche è molto importante recarsi sempre dal medico per un controllo. I tumori del colon-retto sono più frequenti nelle persone di età superiore a 50 anni, mentre sono più rari nelle persone più giovani. Per tale motivo i sintomi descritti possono essere indicativi di altri disturbi (ad esempio sindrome del colon irritabile o colite ulcerosa).

Se i disturbi intestinali non migliorano nel giro di qualche settimana o addirittura peggiorano, consultate uno specialista, che vi sottoporrà a tutti gli accertamenti che riterrà più opportuni per scoprire la causa.

Lo screening

Le probabilità di guarigione aumentano considerevolmente se la malattia è diagnosticata e, di conseguenza, trattata, quando è ancora in uno stadio iniziale. In Italia è stato messo a punto un apposito programma di screening per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto che le autorità sanitarie stanno progressivamente estendendo a tutto il paese.

Tutti gli uomini e le donne di età compresa tra 50 e 69 anni possono sottoporsi gratuitamente all'*Hemoccult test* per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. Gli individui di età più avanzata non sono invitati a sottoporsi al test, ma possono richiederlo con analogia periodicità.

L'*Hemoccult* non serve per diagnosticare la malattia, bensì per accertare se nelle feci sono presenti tracce, anche minime, di sangue che sono invisibili a occhio nudo (non a caso si parla di ricerca del sangue 'oculto', ossia 'nascosto'), perché i tumori e i polipi intestinali talvolta possono sanguinare. Se il risultato è positivo, ossia se sono presenti tracce di sangue occulto nelle feci, la persona è invitata a sottoporsi alla **colonscopia** per accertare la causa del sanguinamento attraverso l'osservazione diretta delle anse intestinali.



Se i disturbi intestinali non migliorano nel giro di qualche settimana o addirittura peggiorano, consultate uno specialista.



Colonscopia: esame diagnostico volto ad esplorare le pareti interne del colon per scoprire eventuali lesioni, ulcerazioni, occlusioni, masse tumorali.

Come si formula la diagnosi?

Solitamente l'iter diagnostico comincia dal medico di medicina generale, che vi visita e vi fa domande sulla storia familiare e sulle condizioni generali. Dopo la visita, se lo ritiene opportuno, potrà inviarvi allo specialista per una più approfondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori esami.

In ospedale il medico che vi prende in cura raccoglie l'**anamnesi** prima di procedere all'esame fisico, che comprende l'**esame rettale digitale**. Per eseguirlo il medico indossa un guanto lubrificato e quindi inserisce un dito attraverso l'ano per tastare la presenza di eventuali masse o rigonfiamenti. Quest'esame può essere leggermente fastidioso, ma non è doloroso.

Proctoscopia - Sigmoidoscopia: servono al medico per esaminare la parete interna del retto, del sigma o del colon (v. pag. 7). Si eseguono in ospedale anche ambulatorialmente, non sono dolorose e consentono di fare ritorno a casa dopo l'esame.

Dopo avervi fatto sdraiare sul fianco sinistro sul lettino con le gambe flesse, il medico introduce delicatamente un tubo sottile attraverso l'ano (il **proctoscopia** è corto e arriva solo fino al retto, il **sigmoidoscopia** è più lungo e può essere spinto fino al retto-sigma) al quale è attaccata una piccola pompa che insuffla aria all'interno dell'intestino. In seguito a ciò, avvertirete lo stimolo di evacuare, ma questa fastidiosa sensazione scompare gradualmente alla fine dell'esame. Un apparato illuminante posto all'interno del tubo permette al medico di visualizzare tutte le aree anormali. Se necessario, egli può eseguire una **biopsia** prelevando un piccolo campione di cellule da inviare all'esame microscopico. Questa procedura è assolutamente indolore.

Colonscopia: serve al medico per esaminare il colon-retto per tutta la sua lunghezza. Si esegue in ospedale an-



Anamnesi: storia medica del paziente raccolta dal medico come elemento fondamentale per la formulazione della diagnosi. Attraverso una serie di domande il medico raccoglie notizie sulle malattie avute dal paziente e sui trattamenti ricevuti, sullo stato di salute dei familiari, ecc.

Proctoscopia e sigmoidoscopia: strumenti costituiti da un tubo di fibre flessibili e da un apparato illuminante, che serve per visualizzare le anse intestinali.

Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.



Colonscopio: strumento costituito da un tubo di fibre flessibili e da un apparato illuminante, che serve per visualizzare l'intera lunghezza del retto e del colon.

Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per accertare l'eventuale presenza di cellule atipiche.

che ambulatorialmente e la sua esecuzione richiede circa un'ora. All'atto della prenotazione dell'esame si riceve un foglio che illustra chiaramente le fasi della preparazione. La colonscopia può risultare leggermente fastidiosa, la somministrazione di un leggero sedativo e/o anestetico prima dell'esame aiuta a sentirsi più rilassati.

Una volta pronti e sdraiati sul fianco, il medico introduce delicatamente il **colonscopio** attraverso l'ano. Essendo molto flessibile, il colonscopio scorre agevolmente lungo le anse intestinali, consentendo al medico di visualizzare l'intera lunghezza del retto e del colon e di rilevare la presenza di eventuali aree anormali o rigonfiamenti. Il medico può anche fotografare le strutture interne del colon e del retto ed eseguire delle **biopsie**.

La maggior parte dei pazienti è in grado di fare ritorno a casa un paio d'ore dopo la conclusione dell'esame. È bene farsi venire a prendere, in quanto non si deve guidare per dodici ore finché non si è smaltito l'effetto del sedativo.

Clisma con bario: è una particolare radiografia del colon-retto, che si esegue nel reparto di radiologia. Il giorno prima dell'esame è necessario prendere un lassativo e bere molti liquidi perché l'intestino deve essere completamente libero. Il giorno dell'esame si deve stare completamente a digiuno, non è consentito nemmeno bere liquidi. All'atto della prenotazione dell'esame si riceve un foglio che illustra chiaramente le fasi della preparazione.

Prima della radiografia potrebbe essere eseguito un clistere per assicurare che l'intestino sia completamente libero. Dopo avervi fatto sdraiare su un fianco, l'infermiere introduce delicatamente attraverso l'ano un tubicino, nel quale fa scorrere l'acqua che deve essere trattenuta per qualche minuto prima di andare in bagno. Quindi, per avere un'immagine chiara delle anse intestinali, con la stessa procedura del clistere, introduce nell'intestino una miscela di **bario** e aria che deve essere trattenuta per l'intera durata dell'esame. Osservando sullo schermo radiografico



Bario: sostanza radiopaca che crea contrasto ai raggi X.

il modo in cui il bario è distribuito nell'intestino il medico può rilevare eventuali aree anomale.

La radiografia può risultare fastidiosa e stressante. Nei giorni immediatamente successivi le feci appaiono bianche perché l'organismo espelle gradualmente il bario assorbito, e quindi ciò è normale. Il bario può causare anche costipazione, e può essere necessario assumere un lassativo leggero per un paio di giorni dopo l'esame.

Colonografia a tomografia computerizzata (CTC): questa procedura, efficace ma non utile per asportare i polipi, si esegue in caso di colonscopia incompleta.

Ulteriori esami

Se la biopsia conferma la presenza di un tumore del colon-retto, è spesso necessario approfondire gli accertamenti per stabilirne esattamente le dimensioni e la posizione e anche per verificare se la malattia si è diffusa. Questo processo prende il nome di **stadiazione** e il suo espletamento può richiedere un certo tempo. Dal suo risultato dipende la scelta del trattamento migliore per il singolo caso. In alcune situazioni, questi stessi accertamenti possono essere ripetuti durante e dopo il trattamento per controllare l'andamento della malattia e gli effetti della terapia.

Analisi del sangue: servono per valutare le condizioni generali di salute, ma anche per determinare il livello dell'**antigene carcinoembrionario (CEA)**, una proteina che può essere prodotta dalle cellule neoplastiche di origine intestinale. L'esame non è molto attendibile e può essere negativo in presenza di tumore, o, peggio, positivo in assenza di questo.

Radiografia del torace: serve per controllare le condizioni di cuore e polmoni.



Stadiazione (o staging): processo che consente di stabilire l'estensione e la diffusione del tumore, quindi la sua aggressività.

Antigene carcinoembrionario (CEA): glicoproteina circolante nel sangue associata in particolare alla presenza di tumori del colon-retto.

Ecografia addominale: è una tecnica radiologica che impiega gli ultrasuoni per visualizzare il fegato e l'interno della cavità addominale per verificare se le cellule neoplastiche si sono diffuse ad altri organi. È indolore e l'esecuzione richiede solo pochi minuti. Di solito il giorno in cui è programmata si deve stare completamente a digiuno, almeno nelle sei ore precedenti.

Dopo avervi sistemato sul lettino in posizione supina, il medico spalma sull'addome un sottile strato di gel e passa su tutta la zona un piccolo strumento, simile ad un microfono, che emette gli ultrasuoni. Le riflessioni degli ultrasuoni sono quindi convertite in immagini per mezzo di un computer.

Eco-endoscopia: è una modalità di esecuzione che prevede l'inserimento attraverso il retto di una piccola sonda endoscopica con un ecografo sulla punta, attraverso il quale si ottengono le scansioni. Serve per la stadiazione dei tumori del retto.

Tomografia assiale computerizzata (TAC): è una tecnica radiologica che permette di ottenere tante inquadrature dello stesso organo su piani successivi. Le immagini così prodotte sono inviate a un computer che le elabora per dare poi il quadro dettagliato delle strutture interne di un organo. La procedura è sicura e indolore, e richiede circa mezz'ora. La quantità di radiazioni utilizzata è talmente modesta che non c'è motivo di preoccuparsi per eventuali danni a voi e a chi vi sta intorno. Prima della TAC è bene non mangiare né bere per almeno quattro ore.

Nella maggior parte dei casi la TAC richiede la somministrazione di un **mezzo di contrasto**, che si evidenzia ai raggi X e che consente di visualizzare meglio le strutture interne del corpo. Il mezzo di contrasto può dare una sensazione diffusa di calore per qualche minuto. È importante che prima della somministrazione informiate il medico se siete allergici allo iodio o soffrite di asma allo scopo di evitare una reazione piuttosto seria.



Benché si continui comunemente a parlare di tomografia assiale computerizzata o TAC, l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, perché le nuove tecniche a spirale consentono di ottenere più immagini in una sola scansione, mentre la scansione solo sul piano assiale, ossia trasversale, permetteva di produrre un'immagine alla volta.



Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva contenente iodio (I), che si somministra sotto forma di bevanda o di iniezione attraverso una vena del braccio.

Iodio: elemento chimico normalmente presente nella nostra dieta.

Una volta che sarete stati sistemati nella corretta posizione, si può procedere all'esame. Sarete in grado di fare ritorno a casa alla conclusione dell'esame.

Risonanza magnetica nucleare (RMN): è una tecnica radiologica che utilizza i campi magnetici per elaborare immagini dettagliate delle strutture interne dell'organismo. Dura circa 30 minuti. Può essere utile per stabilire lo stadio del tumore e ottenere informazioni importanti per pianificare l'intervento oppure per valutare l'opportunità di eseguire prima un ciclo di radioterapia.

In alcuni casi si somministra un mezzo di contrasto in vena (di solito del braccio) per migliorare la qualità delle immagini. Per tutta la durata dell'esame è necessario rimanere perfettamente immobili sul lettino.

Prima della RMN è necessario togliere tutti gli oggetti metallici. I portatori di monitor cardiaci, pacemaker o altri tipi di clip chirurgiche non possono sottoporsi alla RMN.

Tomografia ad emissione di positroni (PET): è una nuova procedura disponibile attualmente solo presso strutture specializzate. Può essere utile per stabilire se il tumore si è diffuso ad altri organi, e dopo il trattamento per stabilire se eventuali 'masse' residue sono costituite solo da tessuto cicatriziale oppure contengono cellule tumorali.

La PET si basa sulla conoscenza che determinati tessuti, fra cui i tumori, consumano più **glucosio** rispetto ai tessuti normali. Durante l'esame si somministra per endovena un composto contenente zucchero radioattivo, che si diffonde in tal modo in tutto il corpo. La scansione si esegue dopo circa un paio d'ore. Attraverso il computer è possibile visualizzare le parti che assorbono maggiormente il glucosio; sarà poi il medico nucleare a valutare il significato di quest'assorbimento.

Talvolta la PET è abbinata alla tomografia computerizzata per offrire al medico la possibilità di eseguire una serie di radiografie. In questo caso si parla di PET/TC.



Glucosio: uno zucchero.

Quali sono gli stadi e i gradi del cancro del colon-retto?



Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza.

Linfonodi: piccole ghiandole a forma di fagiolo localizzate al collo, sotto le ascelle e nell'inguine (distretti linfonodali). Costituiscono il sistema linfatico (v. pag. 6) e svolgono una funzione di difesa per l'organismo.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Grading: termine usato convenzionalmente dai medici per descrivere l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e classificare i tumori in base al grado di differenziazione cellulare ad alla rapidità con cui possono crescere.

Stadio è un termine utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere le dimensioni di un tumore e la sua eventuale diffusione ad altri organi. Queste informazioni servono ai medici per stabilire qual è il trattamento più appropriato per il singolo caso. A volte lo stadio esatto di un tumore del colon-retto si può conoscere solo dopo averlo asportato con l'intervento.

In genere, il cancro del colon-retto si classifica secondo quattro stadi:

- **stadio I:** il tumore è circoscritto all'interno della parete intestinale;
- **stadio II:** il tumore ha invaso tutta la parete intestinale, ma i linfonodi sono indenni;
- **stadio III:** il tumore ha invaso uno o più **linfonodi** localizzati vicino all'intestino. I linfonodi sono di solito i primi ad essere raggiunti dalle cellule tumorali se il tumore si diffonde al di fuori dell'intestino;
- **stadio IV:** il tumore si è diffuso ad altri organi quali il fegato o il polmone.

Se il tumore si ripresenta dopo il trattamento, si parla di **recidiva**.

Grading è un termine utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e classificare i tumori in base al grado di differenziazione cellulare e alla rapidità con cui possono crescere. I tumori del colon-retto si classificano secondo tre gradi:

- **grado 1:** grado basso;
- **grado 2:** grado intermedio o moderato;
- **grado 3:** grado alto.

Nei tumori di grado 1 le cellule tumorali sono molto simili

alle cellule normali, tendono a crescere lentamente e difficilmente si diffondono ad altri organi. Al contrario, nei tumori di grado 3 sono molto differenziate, tendono a crescere rapidamente e a diffondersi ad altri organi.

Quali sono i tipi di trattamento usati?

È importante sapere che il trattamento dipende dallo **stadio** e dalla localizzazione del tumore. I tumori del colon sono trattati di solito in maniera leggermente diversa rispetto a quelli del retto.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un chirurgo specializzato nella chirurgia dei tumori dell'apparato gastro-intestinale, un **oncologo**, un **radioterapista**, un radiologo, un medico specialista in medicina nucleare, un **anato-patologo**, un gastroenterologo, un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un dietista, un fisioterapista e uno psicologo - elabora il piano di trattamento tenendo conto di vari fattori quali l'età e le condizioni generali, il tipo e lo stadio del tumore.

Se due trattamenti sono ugualmente efficaci per il tipo e lo stadio del tumore da cui siete affetti (ad esempio, chirurgia o chemioterapia), i medici vi offriranno la possibilità di scegliere. In questi casi è molto difficile prendere una decisione; è bene assicurarsi di avere ricevuto tutte le informazioni sulle diverse opzioni disponibili, che cosa comporta ognuna di esse e quali sono gli effetti collaterali cui potrebbe dare adito, in modo che possiate decidere qual è il trattamento giusto per voi. Potrebbe essere utile discutere dei pro e contro di ogni trattamento con l'oncologo di fiducia o con il medico di famiglia.



Stadio: termine tecnico usato per descrivere le dimensioni del tumore e la sua eventuale diffusione a distanza.

Oncologo: medico specializzato nel trattamento dei tumori.

Radioterapista: oncologo specialista in radioterapia.

Anato-patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.



Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegarvi dettagliatamente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, vi chiederà di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale autorizzate il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza il vostro consenso, e prima di firmare l'apposito modulo dovrete avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili;
- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni che avete ricevuto non sono chiare, non abbiate timore di chiedere che vi siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché i pazienti hanno compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano. È un vostro diritto chiedere chiarimenti perché è importante che abbiate la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se pensate di non essere in grado di decidere subito, potete sempre chiedere che vi sia lasciato altro tempo per riflettere.

Potete anche decidere di rifiutare il trattamento. In questo caso il medico vi spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è informare il medico o l'infermiere che vi hanno in carico, che ne prenderanno nota nella documentazione clinica. Non dovete fornire alcuna spiegazione per la decisione di rifiutare il trattamento, ma è utile condividere con i medici le vostre preoccupazioni in modo che possano offrirvi i consigli più opportuni.

Può essere utile predisporre una lista di domande che si desidera porre ai medici e farsi accompagnare da un familiare al colloquio.

Le strategie terapeutiche in funzione delle classi di rischio

Tumori di stadio I:	Chirurgia	Ha un ruolo essenziale: in alcuni casi, il tumore asportato completamente non si ripresenterà più. Non sono necessari ulteriori trattamenti.
Tumori di stadio II a basso rischio di recidiva	Chirurgia e in rari casi chemioterapia	La somministrazione di un ciclo di chemioterapia dopo l'intervento serve per ridurre il rischio che la malattia si ripresenti (recidiva), soprattutto se le cellule tumorali hanno già raggiunto i vasi sanguigni o linfatici più vicini al tumore.
Tumori di stadio III ad alto rischio di recidiva	Chirurgia + chemioterapia	La chemioterapia dopo l'intervento chirurgico è spesso raccomandata.
Tumori di stadio IV la malattia si è diffusa al di fuori dell'intestino, coinvolgendo le strutture vicine (addome) o altri organi (fegato o polmone); non può essere guarita, ma può essere tenuta sotto controllo anche abbastanza lungo, attenuandone i sintomi e garantendo una buona qualità di vita.	Chemioterapia Chirurgia Radioterapia Anticorpi monoclonali Altri farmaci biologici	La scelta del trattamento dipende da vari fattori (il tumore origina dal colon o dal retto, gli organi coinvolti, il trattamento già ricevuto): la <i>chemioterapia</i> è la più diffusa; la <i>chirurgia</i> può servire per rimuovere un tumore che ostruisce l'intestino oppure talvolta le metastasi originate da un tumore del fegato o del polmone; la <i>radioterapia</i> può ridurre le dimensioni di un tumore che causa dolore; gli anticorpi monoclonali e gli altri farmaci biologici, se appropriati, contribuiscono all'efficacia del trattamento.
Tumori del retto	Radioterapia/ Chemio-radioterapia + chirurgia Chirurgia + radioterapia/ chemio-radioterapia	La chemioradioterapia consiste nell'associazione di radioterapia e chemioterapia allo scopo di ridurre le dimensioni del tumore e facilitarne l'asportazione.

La chirurgia

È la forma più comune di trattamento dei tumori del colon-retto. L'intervento deve essere eseguito da un chirurgo specializzato in chirurgia dell'apparato gastrointestinale. Il tipo di intervento più appropriato al vostro caso dipende dallo stadio e dalla localizzazione del tumore.

Con l'intervento il chirurgo asporta il tratto intestinale in cui è localizzato il tumore (e ricongiunge poi mediante **anastomosi** le due estremità sane), di solito anche i linfonodi regionali adiacenti, giacché rappresentano il primo



Anastomosi: unione di due monconi.



Sterno: osso piatto situato nella parte centrale del torace, da cui si dipartono le clavicole e le prime sette coste.

Pelvi: porzione inferiore della grande cavità addominale.

Anatomo-patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Tipi di intervento chirurgico

Tumori localizzati al colon

Il tipo di intervento dipende dalla localizzazione del tumore. Gli interventi descritti lasciano una ferita si che estende in linea retta dallo **sterno** alla **pelvi**.

Colectomia totale	Intervento di asportazione totale del colon.
Emicolectomia	Intervento limitato all'asportazione della porzione destra o sinistra del colon.
Colectomia con sigmoidectomia	Intervento di asportazione del colon e del sigma.
Colectomia segmentaria del trasverso	Intervento di asportazione del colon e del segmento trasverso.
Colectomia laparoscopica	Attraverso una serie di piccoli tagli il chirurgo introduce un tubo sottile (laparoscopio) munito all'estremità di telecamera e apparato illuminante, e con l'ausilio di questo strumento esegue l'intervento. Richiede di solito una convalescenza molto più breve.
Resezione locale	Riservato ai tumori in fase molto iniziale. Il gastroenterologo gastroscopista rimuove soltanto le cellule tumorali presenti nella mucosa della parete intestinale mediante un tubo flessibile e sottile (endoscopio) e le invia in laboratorio per l'esame istologico. Soltanto nel caso in cui l' anatomo-patologo stabilisca che il tumore è di grado alto (v. pag. 16) il chirurgo esegue un secondo intervento per asportare una porzione di intestino più ampia in modo da garantire che non rimangano cellule tumorali.

sito ove il tumore potrebbe diffondersi.

Se il tumore è in stadio avanzato (stadio IV), la chirurgia può essere utilizzata per rimuovere le cellule tumorali nel caso in cui il tumore si sia diffuso ad altri organi (fegato o polmone). Talvolta l'intervento può essere preceduto o seguito dalla chemioterapia o dalla radioterapia.

Prima dell'intervento

Il ricovero si effettua di solito due o tre giorni prima dell'intervento, in modo che possiate essere sottoposti ad ulteriori accertamenti. Per garantire che l'intestino sia completamente libero, vi sarà prescritta una dieta rigorosa e l'assunzione di un lassativo il giorno prima dell'intervento.

Tipi di intervento chirurgico

Tumori localizzati al retto

Il tipo di intervento dipende dalla localizzazione del tumore, dalle sue dimensioni e dalla sua estensione rispetto all'ano. È spesso necessaria una colostomia permanente, soprattutto se il tumore è localizzato nell'ultima porzione del retto. Per ridurre le dimensioni del tumore e, quindi, il rischio di colostomia permanente, è possibile somministrare prima dell'intervento una radioterapia o radio-chemioterapia.

Escissione mesorettale totale (TME)	Intervento di rimozione completa del retto e del tessuto adiposo che lo circonda, in cui sono localizzati i linfonodi. È la procedura più utilizzata: è stato dimostrato che riduce notevolmente il rischio di recidiva rispetto alle metodiche tradizionali.
Resezione anteriore	Intervento indicato per i tumori localizzati nella porzione di retto più vicina al colon. Lascia una ferita molto simile a quella della colectomia.
Amputazione addomino-perineale	Intervento di asportazione completa del retto e dell'ano; richiede una colostomia permanente. È indicato per i tumori localizzati più vicino all'ano. Lascia due ferite, una in sede addominale e un'altra nel punto in cui l'ano è stato suturato chirurgicamente.
Resezione locale Resezione transanale	Riservato ai tumori in fase molto iniziale. Il chirurgo rimuove, mediante un tubo sottile, soltanto le cellule tumorali presenti nella mucosa della parete intestinale e le invia in laboratorio per l'esame istologico. Soltanto nel caso in cui l' anatomo-patologo stabilisca che il tumore è di grado alto (v. pag. 16) il chirurgo esegue un secondo intervento per asportare una porzione di intestino più ampia in modo da garantire che non rimangano cellule tumorali.

Dopo l'intervento

La fase successiva all'intervento è un momento importante della convalescenza in cui, pur dovendo stare a letto, gli infermieri vi sproneranno a eseguire regolarmente esercizi con le gambe e di respirazione profonda. La mobilità forzosamente ridotta aumenta il rischio di formazione di **emboli** e per questo vi sarà consigliato indossare speciali calze elastiche e vi sarà somministrato un farmaco anticoagulante (eparina).



Anatomo-patologo: medico esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.



Embolo: coagulo di sangue.



Catetere naso-gastrico: tubo sottile introdotto attraverso il naso fino allo stomaco per aspirare eventuali liquidi in modo da evitare che il paziente stia male.

Prima e dopo l'intervento vi saranno somministrati antibiotici per endovena al fine di ridurre il rischio di infezioni. Al ritorno in reparto, sarete sottoposti a infusione per endovena (somministrazione goccia a goccia) per reintegrare i liquidi corporei fino a che non sarete in grado di mangiare e bere. A volte si potrà ricorrere ad un **catetere naso-gastrico** che viene rimosso di solito dopo 48 ore. Poiché gli anestetici rallentano la motilità intestinale, è importante non bere fino a che l'intestino non riprende la normale attività. Dopo un paio di giorni potrete bere piccoli sorsi d'acqua, aumentando gradualmente la quantità fino a che sarete in grado di seguire una dieta leggera, di solito quattro-cinque giorni dopo l'intervento. Spesso viene posizionato in vescica, per un paio di giorni, un tubicino o catetere per aspirare l'urina in un sacchetto di raccolta, e talvolta anche un drenaggio per la ferita per garantire che questa cicatrizzi nel modo adeguato. Dopo l'intervento accuserete dolore o fastidio che potranno persistere per qualche giorno. Esistono in commercio moltissimi tipi diversi di analgesici molto efficaci. Se il dolore non si placa, informate al più presto possibile il medico o l'infermiere/a che vi assistono in modo che possano somministrarvi degli analgesici più efficaci. Dopo l'amputazione addomino-perineale stare seduti può essere fastidioso per un certo tempo, ma questo disagio dovrebbe scomparire col tempo a mano a mano che la cicatrice guarisce. Sarete dimessi dopo circa 10 giorni dall'intervento, in ogni caso non prima che i punti siano stati tolti. All'atto delle dimissioni vi sarà fissato l'appuntamento per la visita di controllo. In tale occasione i medici informano il paziente sullo stadio del tumore e sull'eventuale necessità di ulteriori trattamenti. Sarà questo il momento giusto per discutere di eventuali problemi insorti dopo l'intervento, delle terapie cui dovrete sottoporvi e degli eventuali effetti collaterali. Una volta a casa guardatevi e riposare molto per recuperare le energie fisiche e psicologiche; evitate un'attività fisi-

ca stressante o sforzi fisici eccessivi (ad esempio sollevare pesi) per circa tre mesi; seguite una dieta ben bilanciata.

La colostomia e l'ileostomia

Se per un qualunque motivo, dopo aver reciso il tratto di intestino interessato dal tumore, il chirurgo si rende conto che le porzioni sane non possono essere ricongiunte, l'intestino può essere abboccato alla cute della parete addominale. Questa procedura si chiama **colostomia**, mentre l'apertura così creata attraverso la quale sono evacuate le feci si chiama **stoma**. Allo stoma viene attaccato un sacchetto per la raccolta delle feci. La colostomia può essere temporanea o permanente. Nel primo caso, a distanza di alcuni mesi, il chirurgo esegue un secondo intervento per ricongiungere le due porzioni intestinali. Sono comunque pochi i pazienti che richiedono la colostomia.

In alcuni casi il chirurgo potrebbe ritenere adeguato un intervento di **ileostomia**, in cui l'estremità, o un'ansa, dell'intestino tenue (**ileo**) è abboccata alla parete addominale destra. Anche in questo caso le feci sono raccolte in un sacchetto attaccato allo stoma. Di solito per i pazienti con cancro del colon-retto l'ileostomia è temporanea.

Prima dell'intervento sarete dettagliatamente informati sulle conseguenze della stomia e su che cosa fare per risolvere eventuali problemi.

Il chirurgo pianifica con estrema attenzione il punto migliore in cui posizionare la stoma in modo che il sacchetto sia sempre al suo posto, qualunque posizione si assuma o qualunque attività si svolga. Nei primi giorni dopo l'intervento un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti enterostomizzati ha cura di mantenere pulito lo stoma e di svuotare e sostituire il sacchetto tutte le volte che sarà necessario. All'inizio lo stoma appare leggermente gonfio, e potrebbero volerci diverse settimane prima che si normalizzi. Non appena sarete meglio, l'infermiere vi insegnerà come pulire lo stoma, sostituire il sacchetto e



Colostomia: deviazione chirurgica dell'intestino con sbocco nella parete addominale per permettere l'evacuazione delle feci.

Stoma: sbocco della stomia.

Ileostomia: deviazione chirurgica dell'intestino tenue con sbocco nella parete addominale per permettere l'evacuazione delle feci.

Ileo: uno dei segmenti in cui si divide l'intestino tenue.

risolvere eventuali problemi. Sono diversi i tipi di sacchetto e di apparecchi disponibili e l'infermiere vi aiuterà a scegliere quello più adatto.



Per ottenere gratuitamente i sacchetti (colostomia: 3/giorno per i primi sei mesi, 2 per i mesi successivi; ileostomia: sempre 3/giorno) presentare alla ASL un certificato rilasciato dallo specialista o dall'ospedale presso il quale si è stati curati. I sacchetti si ritirano in farmacia. La prescrizione è valida per dodici mesi.



Per informazioni sulla stomia rivolgersi all'AISTOM Associazione Italiana Stomizzati www.aistom.org - aistom@aistom.org fondata nel 1973 per tutelare le persone che in seguito a un intervento chirurgico demolitivo hanno un ano o una vescica preternaturale.

Come avere cura dello stoma

È bene che le istruzioni su come mantenere pulito lo stoma siano acquisite anche da un familiare nel caso in cui aveste bisogno di aiuto.

Alcuni pazienti non gradiscono il sacchetto, preferendo la pratica dell'irrigazione una volta al giorno. Benché questo metodo non sia adatto a tutti, l'infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti enterostomizzati sarà lieto di discuterne con voi più approfonditamente.

Prima che facciate ritorno a casa vi sarà consegnato un numero di sacchetti sufficiente per i primi giorni. Per avere gratuitamente altri sacchetti (pazienti con colostomia: 3 al giorno per i primi sei mesi, 2 per i mesi successivi; pazienti con ileostomia: sempre 3 sacchetti al giorno) occorre presentare alla ASL un certificato rilasciato dallo specialista o dall'ospedale presso il quale si è stati curati. I sacchetti si ritirano direttamente in farmacia. La prescrizione è valida per dodici mesi, allo scadere dei quali deve essere rinnovata.

L'applicazione di una stomia è molto difficile da accettare e rappresenta un momento molto critico. Alcune persone la vivono con imbarazzo; può incidere anche sul modo in cui vedono il proprio corpo, con conseguenti ripercussioni sulle relazioni interpersonali e anche sui rapporti di coppia. Questi sentimenti rappresentano un passaggio naturale nel momento in cui si devono accettare i cambiamenti che lo stoma comporta, e di solito sono meno intensi con il passare del tempo.

Può essere utile parlare con qualcuno che ha già imparato a convivere con la stomia. I consigli che possono venire soltanto dall'esperienza diretta sono molto preziosi, soprattutto nei primi mesi successivi all'intervento. I medici e gli infermieri sapranno indicarvi le associazioni cui rivolger-

vi e se possibile vi faranno incontrare con un volontario per parlare con lui degli aspetti più pratici e personali.

Consigli pratici

- Prima di svuotare/sostituire il sacchetto procurarsi tutto l'occorrente per la pulizia e assicurarsi di avere altri sacchetti a portata di mano.
- Tenere tutto l'occorrente in un unico posto.
- Prendersi il tempo e la *privacy* necessari per evitare interruzioni e fare tutto senza fretta.

La chemioterapia

La chemioterapia consiste nell'impiego di particolari farmaci detti citotossici o antiblastici che hanno l'effetto di inibire la crescita e la divisione delle cellule tumorali fino a provocarne la morte.

La chemioterapia può essere attuata prima o dopo l'intervento. Nel primo caso si definisce *neoadiuvante* e ha l'obiettivo di ridurre le dimensioni del tumore e facilitarne l'asportazione con la successiva chirurgia. In questo modo si evita anche la necessità di una colostomia permanente (v. pag. 23). Talvolta la chemioterapia si combina con la radioterapia. La chemioterapia attuata dopo l'intervento si definisce *adiuvante* e può essere indicata per eliminare eventuali cellule tumorali residue e ridurre le possibilità di **recidiva**. Nella decisione di effettuare la chemioterapia adiuvante l'oncologo tiene conto di alcuni fattori quali il rischio che alcune cellule tumorali siano ancora in circolo nonostante il tumore sia stato completamente rimosso e analizzato al microscopio, la probabilità che la chemioterapia ha di eliminarle e gli effetti collaterali che può causare.



Maggiori informazioni sono disponibili su: **La chemioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

In tale situazione esistono diversi pro e contro all'attuazione del trattamento chemioterapico e dovrete discuterne con l'oncologo: la chemioterapia, infatti, non garantisce la guarigione e può causare effetti collaterali anche spiacevoli. Il protocollo più applicato di chemioterapia adiuvante per il cancro del colon-retto prevede la somministrazione di 5-fluorouracile (5FU), di solito insieme con una vitamina, l'acido folinico (leucovorin), che ne potenzia l'azione. Spesso si usano anche altri farmaci (ad esempio oxaliplatino (*Eloxatin*®) per i tumori di stadio III in cui le cellule tumorali si sono diffuse ai linfonodi più vicini).

Come si somministra la chemioterapia?

Le modalità di somministrazione della chemioterapia variano in funzione del tipo di tumore e dei farmaci usati. La più diffusa è la somministrazione per infusione endovenosa (e.v.) attraverso un ago-cannula o un catetere venoso. Il catetere venoso può essere centrale (CVC), a inserimento periferico (PICC) o impiantabile (detto *port-a-cath*). L'inserimento di un catetere venoso, qualunque sia il tipo, può causare complicazioni sotto forma di infezioni e ostruzione.

Altre modalità meno frequenti di somministrazione della chemioterapia sono: per bocca, sotto forma di compresse o capsule; per iniezione intramuscolare (i.m.) attraverso un muscolo (di solito nel gluteo); per iniezione sottocutanea (s.c.). Queste somministrazioni si chiamano *depot*, prevedono l'uso di un ago grande e necessitano di un anestetico spray locale.

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto, e se anche dovessero essere spiacevoli, di solito possono essere facilmente controllate con appositi farmaci. Alcuni pazienti sono in grado di condurre una vita abbastanza normale durante il trattamento, ma la maggior parte avverte un profondo senso di spossatezza e deve prendersela con molta più calma. Gli effetti più comuni sono i seguenti:



I chemioterapici si somministrano:

- per infusione endovenosa;
- per bocca;
- per iniezione intramuscolare;
- per iniezione sottocutanea.



Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto.

ridotta resistenza alle infezioni: è dovuta al fatto che i chemioterapici provocano la morte delle cellule tumorali, ma al tempo stesso riducono temporaneamente il numero di **linfociti** e globuli bianchi;

anemia: è dovuta al calo dei **globuli rossi** e si manifesta con profonda stanchezza e talvolta anche mancanza di respiro;

tendenza a sviluppare lividi o piccole emorragie: è la conseguenza di un calo delle **piastrine**;

nausea e vomito;

stanchezza: il senso di stanchezza e spossatezza che il paziente avverte durante e dopo la chemioterapia è spesso definito con il termine **fatigue**;

ulcere del cavo orale;

caduta dei capelli;

dolorabilità di mani e piedi: è un effetto legato alla somministrazione a lungo termine o continua tramite pompa del 5-fluorouracile. Il palmo e le dita delle mani e la pianta e le dita dei piedi sono dolenti e arrossati (cosiddetta sindrome palmare-plantare). Si può controllare con la somministrazione di vitamina A;

infertilità: è l'effetto permanente più comune causato da alcuni chemioterapici, ma non da tutti.

Contracezione e chemioterapia

Durante il trattamento è sconsigliabile iniziare una gravidanza, perché i chemioterapici agiscono a livello del DNA cellulare, e siccome nelle 48 ore successive alla seduta di terapia possono essere presenti nella secrezione vaginale eventuali tracce di farmaco, aumenta il rischio di malformazioni fetali. È, pertanto, consigliabile usare un metodo contraccettivo efficace per tutta la durata del trattamento e anche per alcuni mesi dopo la sua conclusione. La paura di un concepimento non deve in alcun modo indurre a rinunciare alla propria vita sessuale.



Linfociti: tipo di globuli bianchi che aiutano l'organismo a combattere contro le infezioni.

Globuli rossi: cellule ematiche che trasportano l'ossigeno e altre sostanze a tutti i tessuti dell'organismo.

Piastrine: cellule ematiche che servono alla coagulazione del sangue.

Fatigue: termine con il quale gli oncologi definiscono comunemente la sensazione di stanchezza che non passa con il riposo.



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **La fatigue** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.



Il farmaco più utilizzato per il trattamento dei tumori del colon-retto in stadio iniziale è il 5-fluorouracile (5-FU).



Metastasi: cellule neoplastiche staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi. Per tale motivo si parla anche di tumore secondario.

La chemioterapia per il trattamento dei tumori in stadio iniziale

In questi casi la chemioterapia adiuvante (v. pag. 29), se necessaria, aiuta a ridurre il rischio di **recidiva**. Spesso se la malattia è in stadio molto iniziale e non si è estesa alla parete muscolare né ai linfonodi, la chemio-radioterapia non è necessaria. La chemioterapia si attua talvolta prima dell'intervento chirurgico, in alcuni casi insieme alla radioterapia. Il farmaco chemioterapico più utilizzato per il trattamento del cancro del colon-retto in stadio iniziale è il 5-fluorouracile (5-FU). Sono in corso studi clinici miranti a valutare l'efficacia di altri chemioterapici o combinazioni di farmaci per il trattamento dei tumori del colon-retto in stadio iniziale, e l'oncologo potrebbe chiedervi la disponibilità di prendervi parte (v. pag. 44).

La chemioterapia può ridurre molto il rischio che la malattia si ripresenti, se il rischio di recidiva è alto, mentre il suo effetto è minimo se il rischio è basso. È importante valutare con l'oncologo i pro e i contro del trattamento in modo che possiate attentamente soppesare i possibili benefici e svantaggi in termini di effetti collaterali, e decidere eventualmente di non sottoporvi al trattamento.

La chemioterapia per il trattamento dei tumori in stadio avanzato

La chemioterapia può essere somministrata anche ai pazienti con **metastasi** in altri organi, in particolare al fegato e al polmone, che talvolta possono essere presenti fin dalla diagnosi. In questi casi la chemioterapia può comunque essere utile per ridurre le dimensioni del tumore e, quindi, alleviarne i sintomi, prolungando al tempo stesso la sopravvivenza. Può essere attuata anche per ridurre il volume delle metastasi epatiche o, in casi più rari, polmonari e facilitarne l'asportazione. L'evoluzione delle tecniche chirurgiche associate al trattamento farmacologico ha favorito la guarigione dei pazienti trattati con asportazione chirurgica delle metastasi epatiche e chemioterapia. Talvolta la

chemioterapia può essere somministrata in combinazione con gli anticorpi monoclonali.

I farmaci più utilizzati per il trattamento del cancro del colon-retto in stadio avanzato sono:

- 5-fluorouracile (5FU), più spesso associato all'acido folinico, una vitamina;
- irinotecan
- oxaliplatino
- capecitabina (*Xeloda*®) in compresse.

La chemioterapia per il trattamento dei tumori in stadio avanzato è correlata a una serie di vantaggi e svantaggi. Non è possibile prevedere se sarà efficace, ma se le vostre condizioni sono abbastanza buone, è più probabile che i farmaci facciano effetto e meno probabile che causino effetti collaterali. Se rifiutate di sottoporvi alla chemioterapia, sarete comunque sottoposti a un trattamento palliativo mirato a tenere sotto controllo i sintomi causati dalla malattia. L'oncologo valuta diversi fattori – la sede interessata dalle metastasi, le condizioni generali e il tipo di chemioterapia già ricevuta – prima di formularvi la proposta terapeutica più indicata e di chiedervi di decidere a favore di un particolare trattamento. Sono in corso diversi studi clinici per valutare qual è il trattamento chemioterapico più efficace per i tumori in stadio avanzato e qual è la modalità più efficace di somministrazione dei farmaci citati. L'oncologo potrebbe chiedervi la disponibilità a prendere parte a uno studio clinico (v. pag. 44). Se il tumore ricomincia a crescere durante o dopo la chemioterapia, l'oncologo potrebbe decidere di passare ad un altro tipo di chemio-terapia (si parla in tal caso di trattamento di seconda linea). In alcuni casi si può essere sottoposti anche a una chemio-terapia di terza linea.



I farmaci più utilizzati per il trattamento dei tumori del colon-retto in stadio avanzato sono:

- 5-fluorouracile (5FU) spesso + acido folinico;
- irinotecan
- oxaliplatino
- capecitabina (*Xeloda*®) in compresse.



Maggiori informazioni sui tumori di stadio avanzato sono disponibili su: **Il cancro avanzato e La terapia e il controllo del dolore** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sul singolo prodotto antitumorale (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) e sui regimi di combinazione sono disponibili sulle **Schede sui Farmaci Antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.

La terapia a bersaglio molecolare



Maggiori informazioni sulla terapia a bersaglio molecolare sono disponibili su **La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente** (La Biblioteca del Girasole).



Anticorpi monoclonali: proteine che riconoscono e si legano in modo specifico ad altre proteine, dette recettori, presenti soprattutto nelle cellule tumorali, inibendone l'attività.

Le terapie a bersaglio molecolare hanno origine dalle ricerche più recenti. Il loro meccanismo di azione si basa sulla capacità di legarsi specificamente ai bersagli molecolari identificati nelle cellule tumorali. Per questo motivo sono definite anche terapie 'mirate'. Questo particolare meccanismo ne rende altamente selettiva l'azione, lasciando del tutto inalterate le cellule normali, contrariamente a quanto avviene con la chemioterapia 'classica'. Le terapie a bersaglio molecolare possono essere utilizzate soltanto se nelle cellule tumorali o, in alcuni casi, nel sangue o in altri campioni biologici prelevati dal paziente si rileva la presenza di alcuni specifici 'marcatori' diagnostici, che indicano, a loro volta, la presenza, nel tumore, di uno o più bersagli molecolari. Se questi sono assenti, il paziente non può essere sottoposto alla terapia mirata e verrà, pertanto, trattato con le terapie disponibili più adatte al suo caso.

Appartengono alla classe delle terapie a bersaglio molecolare gli **anticorpi monoclonali**. In generale questi farmaci somministrati da soli sono poco efficaci e devono essere combinati con la chemioterapia.

Nel caso del carcinoma del colon un trattamento personalizzato con anticorpi monoclonali è possibile intervenendo sul recettore del fattore di crescita epidermoidale (EGFR), che a sua volta blocca la via intracellulare del gene RAS, responsabile di numerosi processi di proliferazione e metastatizzazione del tumore. La scoperta del ruolo del gene RAS ha consentito di ottimizzare l'impiego delle terapie a bersaglio molecolare sulla base dell'analisi di tale gene. Se le cellule evidenziano una 'mutazione' ossia una variazione del gene RAS, si hanno i cosiddetti geni KRAS e NRAS, che funzionano come 'interruttori' che attivano i meccanismi di crescita e replicazione delle cellule tumorali. I geni KRAS e NRAS possono essere nello stato normale o mutato: nel primo caso, il blocco del recettore EGFR sulla superficie

cellulare è efficace, nel secondo è inefficace. La ricerca dei geni RAS solitamente non richiede procedure invasive aggiuntive, in quanto si esegue sui campioni di tessuto raccolti nel corso della valutazione della malattia.

Gli anticorpi monoclonali che si sono dimostrati efficaci nei pazienti con gene RAS normale sono cetuximab (*Erbix[®]*) e panitumumab (*Vectibix[®]*).

Gli anticorpi monoclonali possono causare alcuni effetti collaterali, tra cui eruzioni cutanee (talvolta associate a prurito) da leggere a moderate che assomigliano ad acne e spesso coinvolgono il viso e la parte superiore del torace, ma possono interessare qualsiasi zona del corpo; manifestazioni a livello cutaneo quali pelle secca, screpolature sulle mani e sui piedi, infiammazione e infezioni alla base delle unghie delle mani e dei piedi; nausea, vomito, diarrea, mal di testa, eccessiva crescita delle ciglia e dei capelli, bocca secca, labbra screpolate, secchezza ed arrossamento degli occhi, lacrimazione. Tutti questi effetti collaterali sono momentanei e reversibili ed esistono dei farmaci in grado di ridurre l'intensità, di eliminarli completamente, o di prevenirli.

L'associazione degli anticorpi monoclonali alla chemioterapia ha consentito di ottenere risultati significativamente migliori rispetto alla sola chemioterapia.

Un altro anticorpo monoclonale che si è dimostrato efficace nel trattamento del cancro del colon-retto è il bevacizumab (*Avastin[®]*), che appartiene alla classe degli **inibitori dell'angiogenesi** (o antiangiogenetici). Questi farmaci interferiscono con lo sviluppo dei vasi sanguigni che forniscono ossigeno e sostanze nutritive alle cellule tumorali, impedendone in tal modo la crescita. Essi, inoltre, bloccano un altro recettore presente sulla cellula neoplastica, il cosiddetto fattore di crescita vascolare-endoteliale (VEGF). I pazienti che presentano una mutazione del gene RAS possono beneficiare della terapia con gli antiangiogenetici, tuttavia, non esistono indagini che consentano di pre-



Maggiori informazioni sul singolo anticorpo monoclonale (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) sono disponibili sulle **Schede sui Farmaci Antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.



Inibitori dell'angiogenesi (o anti-angiogenetici): farmaci che interferiscono con lo sviluppo dei vasi sanguigni.

vedere la risposta al trattamento.

Più recentemente sono stati immessi sul mercato altri due farmaci antiangiogenetici: ramucirumab e ziv-aflibercept. Per quanto riguarda gli effetti indesiderati degli antiangiogenetici sono rappresentati principalmente da un incremento della pressione arteriosa, dal rischio di sanguinamento e di fenomeni tromboembolici. Questi ultimi due eventi, tuttavia, non sono particolarmente frequenti.

Un altro farmaco a bersaglio molecolare usato nelle forme avanzate del tumore del colon è regorafenib, un farmaco in grado di inibire diverse proteine chiave (tra cui VEGF), indispensabili per la sopravvivenza delle cellule tumorali, rallentando così la crescita e la progressione tumorale. Si somministra per bocca e può causare eventi avversi quali reazioni a livello cutaneo (arrossamenti dolorosi della pelle di mani e piedi) con o senza la comparsa di vescicole; debolezza, sanguinamenti, diarrea, aumento della pressione, perdita di appetito, cambiamento della voce, mal di testa.

La radioterapia

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Si somministra come ciclo di trattamento che si esegue presso il centro di radioterapia dell'ospedale. Le sessioni di terapia si svolgono di solito dal lunedì al venerdì, con una pausa nel week-end. Ogni sessione dura solo pochi minuti durante i quali si rimane soli nella sala, ma si può comunicare con il tecnico che controlla lo svolgimento della procedura dalla stanza a fianco. La durata del trattamento dipende dal tipo e dallo stadio della malattia e può variare da una sola settimana ad alcune settimane. La radioterapia non è dolorosa, ma si deve rimanere immobili fino alla

fine della sessione di trattamento; non rende radioattivi e si può stare a contatto con gli altri, anche con i bambini, senza alcun pericolo per tutta la durata del trattamento.

La radioterapia fa parte del protocollo terapeutico per i tumori del retto, ma normalmente non si applica per il trattamento di quelli del colon, se non in casi rari per alleviare la sintomatologia.

Pianificazione del trattamento

La pianificazione è una fase molto importante, perché da questa dipende la possibilità di trarre il massimo beneficio dalla radioterapia.

Il primo appuntamento è dedicato alla seduta di centratura, durante la quale il radioterapista utilizza un'apposita macchina detta simulatore, oppure lo scanner con cui si esegue la TAC, per scattare una serie di radiografie della zona da irradiare. Questa è, quindi, delimitata tracciando con l'inchiostro sulla cute dei segni di demarcazione. È grazie a questi che il tecnico di radiologia, che esegue il trattamento, può individuare il punto esatto sul quale erogare le radiazioni e posizionarvi correttamente sul lettino. I segni di demarcazione devono rimanere ben visibili per tutta la durata del trattamento, ma possono essere facilmente rimossi alla sua conclusione. In alcuni casi potrebbe essere necessario eseguire dei piccoli tatuaggi permanenti. Ciò, tuttavia, è possibile soltanto con il vostro consenso.

Effetti collaterali

La radioterapia alla regione intestinale può causare effetti collaterali, quali nausea, vomito, diarrea, stanchezza e in alcuni casi anche disturbi più specifici, la cui intensità dipende dalla dose di irradiazione erogata e dalla durata del trattamento. Gli effetti collaterali tendono ad acuirsi nel corso del trattamento, persistono più o meno per una settimana dopo la sua conclusione e poi cominciano gradualmente ad attenuarsi fino a scomparire. In ogni caso è indispensabile informare il radioterapista se dovessero protrarsi per più tempo.



Maggiori informazioni sulla radioterapia sono disponibili su **La radioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.



La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, riducendo quanto più possibile il danno per le cellule normali.

La radioterapia non è dolorosa, ma si deve rimanere immobili fino alla conclusione della sessione di trattamento.



Fatigue: termine con il quale gli oncologi definiscono comunemente la sensazione di stanchezza che non passa con il riposo.

Cistite: infiammazione della mucosa della vescica.



Maggiori informazioni sono disponibili su **La fatigue** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su: **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Alcuni effetti collaterali possono essere a lungo termine (permanenti), ma ciò si verifica raramente e in ogni caso dipende sempre dalla zona su cui è orientato il fascio di radiazioni. È per questo importante che prima di iniziare il trattamento parliate con il radioterapista, che è in grado di spiegarvi chiaramente in che cosa consiste il trattamento e quali effetti collaterali può causare. Tra gli effetti collaterali più comuni vi sono:

nausea;

diarrea;

stanchezza: si parla spesso di **fatigue** per descrivere il senso di spossatezza che il paziente avverte durante e dopo la radioterapia;

manifestazioni cutanee: l'area irradiata può apparire infiammata e dolente. Nella maggior parte dei casi l'infiammazione è lieve, talvolta è marcata e accompagnata da dolore acuto. In questo caso il radioterapista può prescrivere delle creme lenitive per alleviare il fastidio;

infiammazione della vescica: la radioterapia dell'intestino può provocare la **cistite**. In seguito a ciò diventa più frequente lo stimolo allo svuotamento della vescica e si avverte anche bruciore all'atto della minzione. Per tale motivo è consigliabile bere molta acqua per diluire la concentrazione delle urine. Se necessario, il radioterapista può prescrivere anche dei farmaci per lenire il dolore;

infertilità: la radioterapia della regione pelvica può causare infertilità maschile e femminile.

La radioterapia per il trattamento dei tumori in stadio iniziale

La radioterapia può essere somministrata *prima* della chirurgia allo scopo di ridurre le dimensioni del tumore, che potrà essere così asportato più facilmente, e il rischio di **recidiva**. Normalmente il ciclo di trattamento dura una settimana, ma se la massa tumorale è estesa, può essere prolungato fino a un massimo di sei settimane. In questo caso si asso-

cia anche a una chemioterapia (chemio-radioterapia).

Se la radioterapia non è stata somministrata prima dell'intervento chirurgico, può esserlo *dopo* se il chirurgo ha incontrato difficoltà a rimuovere il tumore, se potrebbero essere rimaste in sede alcune cellule tumorali e se queste hanno già raggiunto la parete intestinale o i linfonodi adiacenti. In questo caso il ciclo di trattamento può protrarsi per quattro-cinque settimane.

La radioterapia per il trattamento dei tumori in stadio avanzato

Se il tumore si è diffuso oppure in caso di ripresa della malattia, soprattutto con interessamento della regione pelvica, la radioterapia può essere utile per ridurre le dimensioni e per alleviare i sintomi, incluso il dolore.

Gli aspetti nutrizionali

L'impatto del tumore del colon-retto sullo stato di nutrizione è estremamente variabile, motivo per il quale non è possibile generalizzare né i segni né i sintomi nutrizionali, né tantomeno le modalità per prevenirli o correggerli con l'alimentazione e la nutrizione.

Come per molte altre neoplasie, anche per il tumore del colon-retto è conveniente distinguere gli effetti prodotti dal tumore e gli effetti prodotti dalla terapia (chemioterapia, radioterapia, chirurgia).

Effetti del tumore sullo stato di nutrizione

Diversamente da altre neoplasie, il tumore del colon-retto non determina rilevanti peggioramenti dello stato di nutrizione quando è ancora localizzato solo nell'intestino o nei linfonodi (stadi I-III, v. pag. 16). In genere, infatti, in questi casi non vi sono segni o sintomi di malnutrizione come



Maggiori informazioni sui problemi nutrizionali sono disponibili su: **La nutrizione nel malato oncologico** (La Collana del Girasole) e **Neoplasia e perdita di peso – Che cosa fare?** (La Biblioteca del Girasole).



Il tumore del colon-retto non incide negativamente sullo stato nutrizionale se è localizzato solo nell'intestino o nei linfonodi (stadi I-III), ma quando la malattia è avanzata (stadio IV), vi possono essere perdita di appetito, calo di peso e malnutrizione.



Anoressia: perdita di appetito.

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento di tutti gli aspetti collegati alla nutrizione.

Nutrizione artificiale (NA): complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. La NA si differenzia in nutrizione parenterale (NP) ed enterale (NE). Con la NP i nutrienti sono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso una vena periferica o centrale mediante l'impiego di cannule o cateteri venosi. Con la NE, invece, i nutrienti sono somministrati direttamente nella via digestiva a livello dello stomaco o duodenale-digiunale mediante l'impiego di apposite sonde o di stomie confezionate all'uopo.

manca di appetito, nausea, vomito e perdita di peso involontaria. Anche l'eventuale presenza di stitichezza e/o diarrea prima della diagnosi non ha conseguenze rilevanti sulla nutrizione del malato, che infatti si presenta alla diagnosi in condizioni generali buone e con un peso corporeo normale o elevato e stabile rispetto al peso abituale.

Quando, invece, la malattia è in stato avanzato e il tumore si è già diffuso ad altri organi quali il fegato e il polmone (stadio IV, v. pag. 16), possono essere presenti **anoressia**, calo ponderale e malnutrizione, facilmente diagnosticabile sia dall'oncologo che dal **nutrizionista**.

Poiché, purtroppo, è molto frequente che il tumore del colon-retto venga diagnosticato in questa fase, è importante sottolineare che la valutazione nutrizionale deve fare parte integrante della valutazione generale del paziente prima dell'inizio del percorso terapeutico, medico e chirurgico, in quanto è fondamentale per ridurre le complicanze legate al trattamento. Sarà il nutrizionista, di concerto con l'oncologo, a decidere quale sia in questi casi il miglior metodo per soddisfare i fabbisogni nutrizionali, facendo eventualmente anche ricorso, se necessario, alla **nutrizione artificiale**.

Effetti del trattamento sullo stato di nutrizione

Il programma terapeutico per i tumori del colon-retto vede nella chirurgia il cardine del trattamento (v. pag. 19). Per i tumori del colon il tipo di intervento dipende dalla localizzazione anatomica e dallo stadio della malattia; per i tumori del retto, il tipo di intervento chirurgico dipende dalla localizzazione del tumore, dalle sue dimensioni e dalla sua estensione rispetto all'ano. È spesso necessaria una colostomia permanente, soprattutto se il tumore è localizzato nell'ultima porzione del retto.

Per ridurre le dimensioni del tumore e, quindi, il rischio di colostomia permanente (v. pag. 23), è possibile somministrare prima dell'intervento una radioterapia o radio-chemioterapia. Chemioterapia, radioterapia e farmaci biologici sono

utilizzati anche dopo l'intervento chirurgico nella maggior parte dei pazienti e pure per prolungati periodi di tempo. Alcuni dei farmaci utilizzati per la chemioterapia possono indurre nausea, vomito e diarrea. È molto importante non sottovalutare questi sintomi in quanto possono avere un effetto negativo sullo stato di idratazione e di nutrizione. La malnutrizione, e in particolare la perdita di muscolatura, aumentano il rischio di sviluppare intolleranza alla chemioterapia. Per questo durante il trattamento è importante non perdere il proprio peso corporeo al fine di mantenere una buona qualità di vita e di potere portare a termine le terapie nelle migliori condizioni generali possibili.

Per ridurre il rischio di malnutrizione legato alla terapia, è di fondamentale importanza che il malato venga inserito in un percorso terapeutico che preveda anche la consulenza nutrizionale da parte del medico nutrizionista e/o del dietista. La perdita di peso e di muscolo deve essere considerata un effetto collaterale indesiderato della terapia ed essere rapidamente diagnosticata ed efficacemente trattata. Non esistendo indicazioni dietetiche e nutrizionali particolari, si raccomanda di non sottoporsi **mai** a 'diete anticancro' che sono assolutamente prive di evidenze di efficacia clinica, ma che espongono il paziente al rischio di gravi carenze nutrizionali.

Nei casi in cui il paziente venga sottoposto a resezione intestinale e/o confezionamento di colostomia, è opportuno attenersi ad alcune raccomandazioni nutrizionali. È possibile che subito dopo l'intervento chirurgico si manifesti transitoriamente diarrea, di cui è necessario informare il medico. In questi casi è consigliabile bere per ripristinare le perdite, avendo cura di frazionare l'assunzione di liquidi durante tutta la giornata, per evitare di aggravare i sintomi. Inoltre, è possibile che alcuni alimenti ricchi di fibre, come frutta e verdura, alterino il normale funzionamento dell'intestino o della colostomia diminuendo la consistenza delle feci. È consigliabile compilare un diario alimentare nel quale vengano



Le terapie (chemioterapia, radioterapia, farmaci biologici) attuate per il trattamento del tumore del colon-retto possono causare nausea, vomito e diarrea, incidendo sullo stato nutrizionale.

Durante il trattamento è importante mantenere il peso.

In casi estremi la malnutrizione determina perdita di peso e di muscolo, che deve essere rapidamente diagnosticata ed efficacemente trattata.

riportati i sintomi indesiderati conseguenti all'assunzione di determinati alimenti per consentire al nutrizionista e/o al dietista di prescrivere un piano nutrizionale personalizzato.

In generale si suggerisce quanto segue:

- Riprendere l'alimentazione gradualmente, verificando la tolleranza individuale ai vari alimenti.
- Masticare bene e frazionare i pasti in 3 principali + 2-3 spuntini.
- Rendere l'alimentazione variata ed equilibrata.
- Privilegiare la qualità anziché la quantità degli alimenti.
- Privilegiare gli alimenti solidi e asciutti, sorseggiando piccole quantità di liquidi durante i pasti principali. È preferibile consumare i liquidi (tè, tisane, acqua, ecc.) lontano dai cibi solidi per evitare l'aumento della velocità di transito intestinale.
- Confezionare piatti semplici, poco elaborati e ben cotti.
- Controllare il proprio peso e riferire le variazioni al medico.

In particolare, ai pazienti portatori di colostomia si consiglia di evitare gli alimenti responsabili della formazione di gas intestinali e/o cattivi odori (ad es. i legumi, le carni grasse, le bevande gassate dolcificanti artificiali come il sorbitolo, alcune verdure come il cavolo, il cavolfiore, il broccolo) e di consumare invece quelli che ne prevengono la formazione (yogurt, succo di mirtillo, prezzemolo, lattuga e spinaci bolliti). Vale comunque la regola che non esistono raccomandazioni generalizzabili circa i tipi di alimenti da evitare: ciascuno deve verificare la risposta del proprio organismo, perché questa varia da individuo a individuo.



Non esistono raccomandazioni generalizzabili circa i tipi di alimenti da evitare: ciascuno deve verificare la risposta del proprio organismo perché varia da individuo a individuo.

I controlli dopo le terapie

Concluso il trattamento, l'oncologo vi sottoporrà a controlli periodici che comprenderanno visite mediche e alcuni esami strumentali (radiografie, TAC, RMN, ecografia, colonscopia). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente *follow-up*. All'inizio i controlli hanno una frequenza più ravvicinata (tre-sei mesi), che si dirada nel tempo (una volta all'anno). Inoltre, se siete in trattamento con la chemioterapia o la radioterapia o entrambe oppure se il trattamento causa effetti collaterali, nei primi mesi sarebbe consigliabile presentarsi periodicamente dal medico di famiglia.

Le visite di controllo rappresentano il momento giusto per condividere le vostre ansie o paure con l'oncologo e per porgli qualunque domanda. Tuttavia, se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro avete dei problemi o avvertite nuovi sintomi, dovrete contattare l'oncologo al più presto possibile. Molti pazienti riferiscono di sentirsi molto agitati, almeno all'inizio, nei periodi che precedono i controlli. Non spaventatevi: ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dagli amici oppure da una delle organizzazioni che sostengono i pazienti affetti da cancro del colon-retto.



Maggiori informazioni sono disponibili su **La Vita dopo il Cancro** (La Biblioteca del Girasole).



AIMaC può fornirvi gli indirizzi e i numeri di telefono delle organizzazioni che sostengono i pazienti affetti da cancro del colon-retto (numero verde 840 503579).



La comunicazione in famiglia

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un congiunto o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta l'evento cancro è inizialmente negato e ci si comporta come se niente fosse. Quest'atteggiamento rappresenta un modo per proteggere sia il malato sia il familiare dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia. Tuttavia, la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia, contribuendo ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare facilita la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla propria situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.

Parlare ai bambini: il modo migliore per comunicare con i bambini è un approccio schietto e onesto, adeguato alla loro età, perché anche i più piccoli percepiscono che qualcosa non va, e le fantasie che si sviluppano attorno a situazioni che non si capiscono possono essere di gran lunga peggiori della realtà. Gli adolescenti provano sentimenti contrastanti verso i genitori ed esprimono la rabbia e il desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accrescere la rabbia, portandoli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su **Non so cosa dire** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **Che cosa dico ai miei figli?** (La Collana del Girasole).

Come potete aiutare voi stessi



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Mantenere una progettualità.

Mantenere la propria vita sociale e professionale.

Imparare a volersi bene.

Richiedere il sostegno psicologico.

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo. Non esitate a porre domande, anche situazione più volte se avete dubbi.

In alcuni momenti vi sentirete molto stanchi. Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui vi sentirete abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. In tali casi non esitate a richiedere un aiuto specializzato, a cui troppo spesso non si ricorre per paura di mostrare gli aspetti più vulnerabili di sé.

Alcune persone cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze che si sono sempre sognate o dedicarsi ad interessi tralasciati e rimandati nel tempo. Mantenere una vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma senza problemi se avete bisogno di riposare. Fare un esercizio fisico non impegnativo solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. È sempre bene, tuttavia, consultare l'oncologo prima di iniziare qualunque programma di esercizi fisici.

Anche se in alcuni momenti avrete voglia di stare soli con voi stessi, condividere i sentimenti con gli altri può aiutarvi ad affrontare la malattia e i trattamenti. A volte il periodo più difficile è rappresentato proprio dalla fine del trattamento, poiché uscire dall'ospedale e da un iter terapeutico stabilito può provocare un senso di solitudine e incertezza. Molti dichiarano di sentirsi depressi ed emotivamente fragili anziché contenti e sollevati; altri richiedono il sostegno di un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici che possa aiutarli a districare pensieri, sentimenti e idee non sempre facili da esternare e spesso difficili da

condividere. Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto può favorire la conoscenza di persone che vivono la stessa esperienza, con le quali dare espressione a quei sentimenti di cui avete preferito non parlare con parenti e amici. Vi è, inoltre, l'opportunità di apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi della vita quotidiana.



Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.

AIMaC può fornire gli indirizzi e i numeri di telefono (numero verde 840 503579).

I trattamenti non convenzionali

I trattamenti non convenzionali¹ possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che diano loro più forza per affrontare i trattamenti e maggiore fiducia nel beneficio che ne otterranno. Alcune tecniche a mediazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione di immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto sia alla presenza di un esperto che da soli. Altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti, e possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche. Il contatto fisico, il semplice sfioramento delle dita possono essere un potente strumento di sostegno per persone che devono affrontare un futuro di incertezze, ansia e dolore, a livello fisico ed emotivo. Sfiore qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà.

1. Per chiarezza, va spiegato che con il termine trattamenti si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta;

non convenzionali: sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.



Maggiori informazioni sono disponibili su **I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico** (La Collana del Girasole).

Alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico offrono la possibilità di seguire delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza e lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se fate parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori di quello convenzionale. Se parteciperete ad uno studio clinico sarete sottoposti ad una serie di controlli molto rigo-

rosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente.

Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarete i primi a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

La malattia e le terapie possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, ed ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi e congedi per l'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.



Maggiori informazioni sono disponibili su **Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni sono disponibili su **I diritti del malato di cancro** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte Centro Oncologico di Eccellenza Peloritano
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	AORN Ospedali dei Colli Monaldi - Cotugno - C.T.O. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV) Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro della vescica

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

96 Schede sui Farmaci Antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sulle singole terapie antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

50 Schede sui Tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Adroterapia
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La Vita dopo il Cancro**
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole (disponibile solo online)
- Padre dopo il cancro
- Tumori rari - Come orientarsi

** è pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è anche presente su



<http://forumtumore.aimac.it>





La helpline di AIMaC: un servizio che risponde in tempo reale alle domande dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**.

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di aprile 2016
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it