

Università degli Studi di Catania



CARCINOMA COLO-RETTALE

*U.O. di Chirurgia Laparoscopica
A.O.U. Policlinico "G.Rodolico"- Catania
Direttore: Prof. V. Minutolo*



CARCINOMA DEL COLON

Rappresenta, nei paesi occidentali, la seconda causa di morte, dopo i tumori maligni del polmone e costituisce un'emergenza nazionale in termini di

- malattia
- costi sociali ed economici



CARCINOMA DEL COLON

La frequenza maggiore della malattia si osserva nei paesi a più alto tenore socio-economico ed industriale



CARCINOMA DEL COLON

INCIDENZA

- Stati Uniti
- Europa occidentale
- Scandinavia
- Canada
- Nuova Zelanda

>34/100.000

- Sud-Africa
- Asia
- Sud-America

2-8/100.000



CARCINOMA DEL COLON

INCIDENZA IN ITALIA

•Nord	20/100.000
•Centro	12/100.000
•Sud	10/100.000



CARCINOMA DEL COLON

INCIDENZA IN ITALIA

**NUOVI
CASI/ANNO**

40/100.000



CARCINOMA DEL COLON

ITALIA

INCIDENZA	DECESSI
34.000 casi/anno	19.000 casi/anno



CARCINOMA DEL COLON

INCIDENZA

Età media	63 anni (50-70)
Rapporto F/M	1,2/1



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

Fattori di rischio

- Fattori genetici
- Familiarità
- Fattori ambientali
- Abitudini alimentari
- Malattie preesistenti



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

Familiarità

Parenti di I grado

- Rischio 2-3 volte superiore alla media

Ereditarietà

Nel 5-10% dei casi di cancro colo-rettale è possibile evidenziare una chiara trasmissione ereditaria



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

HCRC

Hereditary Colo Rectal Cancer

- Poliposi adenomatose multiple del colon ereditarie

HNPCC

Hereditary Non Poyposis Colorectal Cancer

- Lynch I e II



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

Fattori ambientali

Aree urbane/rurali
Aree industrializzate
Aree non industrializzate

Abitudini alimentari

> Consumo di grassi saturi
> Consumo di proteine animali
< Consumo di fibre



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

Consumo elevato
di carni rosse ed
insaccati
> 160 gr/die

Incremento di rischio del 35% di
sviluppare la malattia rispetto a soggetti
che consumano < 20 gr/die

Norat et al. 2005
Journal National Cancer Institute



CARCINOMA DEL COLON

Fattori di rischio

Consumo elevato
di pesce
> 80 gr/die

Diminuzione di rischio del 31% di
sviluppare la malattia rispetto a soggetti
che consumano < 10 gr/die

Norat et al. 2005
Journal National Cancer Institute



CARCINOMA DEL COLON

Malattie preesistenti

- Malattie infiammatorie croniche
- Polipi adenomatosi
- Cancro del colon
- Precedente irradiazione pelvica



CARCINOMA DEL COLON

Condizioni precancerose

Rettocolite ulcerosa

Incidenza di cancro : 1,7 -13%

Malattia estesa

Incidenza di cancro : 40%

Morbo di Crohn

Incidenza di cancro : 2,2%

Polipi colo-rettali



CARCINOMA DEL COLON

Anatomia patologica

Aspetto
macroscopico

- vegetante
- ulcerato
- infiltrante
- anulare-stenosante



CARCINOMA DEL COLON

Anatomia patologica

Aspetto microscopico

- epiteliali
- carcinoidi
- non epiteliali
- sistema emopoietico e linfoide
- non classificabili



CARCINOMA DEL COLON

Anatomia patologica

Epiteliali

- adenocarcinoma
- adenocarcinoma mucinoso
- adenoca con cellule ad anello con castone
- ca squamoso
- ca adenosquamoso
- carcinoma indifferenziato



CARCINOMA DEL COLON

Modo di diffusione

LOCALE

- continuità
- contiguità
- disseminazione esfoliativa

A DISTANZA

- via ematica
- via linfatica



CARCINOMA DEL COLON

Sintomatologia

I sintomi ed i segni clinici dei tumori del grosso intestino variano in rapporto alla sede :

- Colon destro
- Colon sinistro
- Retto



CARCINOMA DEL COLON

Sintomatologia

Colon destro

- anemia
- massa palpabile
- dolori addominali



CARCINOMA DEL COLON

Sintomatologia

Colon sinistro

- modificazione alvo
- sangue nelle feci
- dolori addominali
- occlusione



CARCINOMA DEL COLON

Sintomatologia

Retto

- rettorragia
- modificazione alvo
- tenesmo
- dolore perineale



CARCINOMA DEL COLON

Complicanza

ILEO MECCANICO

- colon sinistro
- flessura splenica
- giunzione retto-sigmoidea

PERFORAZIONE

- colon destro
- cieco



CARCINOMA DEL COLON

Diagnosi

- Esplorazione digito-ano-rettale
- Colonscopia
- Clisma opaco
- Ecografia
- TAC



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia

La chirurgia rappresenta ancor oggi il cardine terapeutico del carcinoma colo-rettale

- **Resezione curativa = non neoplasia residua (R0)**
- **Resezione palliativa = neoplasia residua a livello microscopico (R1) o a livello macroscopico (R2)**



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

La chirurgia radicale è in relazione a diversi fattori

- estensione locale
- estensione regionale
- metastatizzazione a distanza



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Gli interventi chirurgici sono standardizzati

- emicolectomia destra open o VLS
- emicolectomia sinistra open o VLS
- resezione anteriore del retto open o VLS
- amputazione addomino-perineale open o VLS

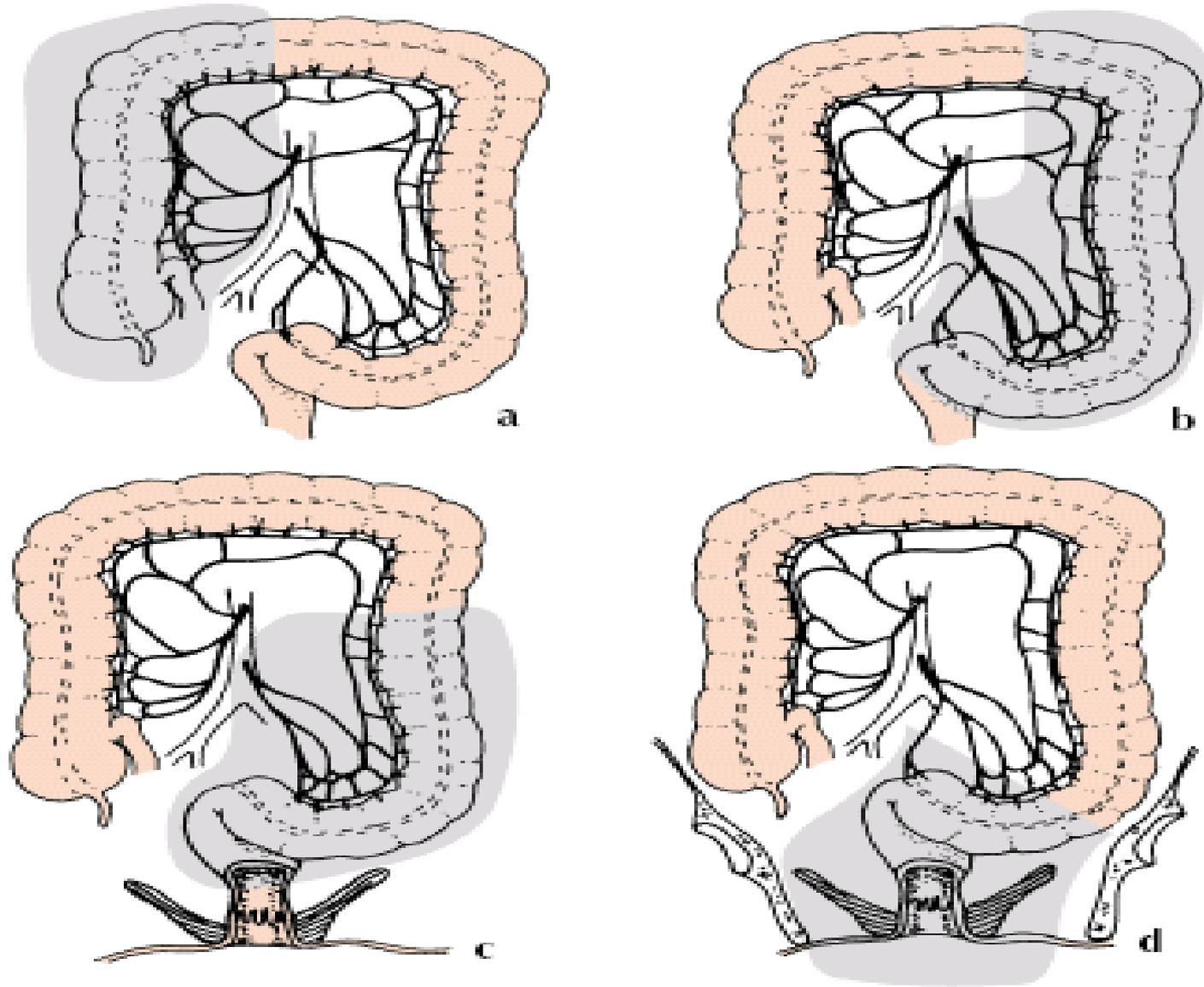


Fig. 18.22. Adenocarcinoma del colon-retto. Interventi chirurgici.
 (a) *Emicolectomia destra*; (b) *emicolectomia sinistra*; (c) *resezione anteriore*; (d) *amputazione addomino-perineale*.



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Vie d'accesso

- Open o tradizionale
- Laparoscopica o mininvasiva



CARCINOMA COLO-RETTALE

Chirurgia Laparoscopica

La chirurgia laparoscopica del colon-retto risulta un intervento complesso ma fattibile a patto di riconoscere i piani anatomici e rispettare in modo meticoloso i principi della chirurgia oncologica



CARCINOMA COLO-RETTALE

Chirurgia Laparoscopica

Controindicazione a proseguire in laparoscopia

- infiltrazione tumorale linfatica
- T3-T4



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Il cancro del retto presenta alcuni aspetti particolari ed il trattamento diventa multidisciplinare richiedendo le competenze di:

- Oncologo
- Radioterapista
- Chirurgo



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Le neoplasie rettali in posizione intraperitoneale hanno un comportamento biologico simile a quello dei carcinomi sigmoidei :

- diffusione linfatica lungo i vasi mesenterici inferiori
- tendenza recidiva locale molto bassa



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Le neoplasie rettali in posizione extraperitoneale hanno un comportamento biologico diverso e sono dotate di :

- maggiore aggressività
- peggiore prognosi
- più alto rischio di recidiva locale



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Il diverso comportamento biologico è spiegato dai seguenti fattori

- tipo istologico colloidale
- diffusione nel grasso perirettale
- diffusione linfatica lungo i vasi emorroidari superiori ma anche lateralmente verso le stazioni otturatorie, iliache interne, esterne e comuni
- invasione diretta di altre strutture pelviche



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Problematiche nel carcinoma rettale

- **Recidiva locale**
- **Conservazione della funzione sfinteriale**



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

La recidiva locale si è abbassata significativamente dal 15-40% a meno del 10% dopo l'introduzione di

- TME (asportazione totale del mesoretto)
- Radiochemioterapia preoperatoria



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

L'asportazione totale del mesoretto è diventata un corollario indispensabile nella chirurgia del carcinoma colo-rettale



CARCINOMA COLO-RETTALE

Trattamento neoadiuvante

- Agisce su un territorio anatomicamente integro con più bassa incidenza di complicanze rispetto al trattamento adiuvante
- Aumenta la percentuale di interventi chirurgici meno invasivi con possibilità di conservare la funzione sfinteriale
- Riduce significativamente l'incidenza di recidive locali



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

La tecnica chirurgica è condizionata dalla

- Sede (retto alto, basso e canale anale)
- Estensione della neoplasia



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Neoplasie rettali intraperitoneali

- Chirurgia (RA)
- Terapia adiuvante (in relazione allo stadio)



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Neoplasie rettali extraperitoneali

- Chirurgia
- Terapia neoadiuvante (T3, T4)
- Terapia adiuvante post-operatoria (in relazione allo stadio)



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

Tumore limitato alla mucosa senza invasione della lamina propria
STADIO 0

Opzioni di trattamento:

- 1 Escissione locale* o semplice polipectomia
- 2 Resezione rettale a tutto spessore per via transanale* o transcoccigea per lesioni larghe
- 3 Irradiazione endocavitaria
- 4 Radioterapia locale
- 5 Ablazione con il laser/elettrocoagulazione???

* con TEM = Trans Anal Endoscopic Microsurgery o tradizionale.



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

STADIO I: Lesione Resecabile <5 cm dall'ano

Paziente T1N0M0 :

1. escissione locale a tutto spessore, transanale o transcoccigea posteriore.
2. Proctectomia + colo-ano anastomosi.
3. Radioterapia endocavitaria se il paziente ha un alto rischio per l'anestesia

Pazienti T2N0M0

- Terapia adiuvante dopo il trattamento chirurgico:
 - Radioterapia
 - 5 Fluorouracile



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

STADIO I: Lesione Resecabile > 5 cm dall'ano

Intervento:

- **LAR +/- Ileostomia**

Terapia Adiuvante

- **Nessuna**



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

STADIO II T3N0M0 e STADIO III T1-3 N1-2 M0:

Lesioni Resecabili < 5 cm dall'ano

Terapia neoadiuvante: 5FU preoperatoriamente + Radioterapia (45-55Gy).

Intervento:

- 1) Resezione addomino-perineale se non si è ottenuta la sottostadiazione
- 2) LAR= Resezione anteriore ultrabassa + anastomosi colo-anale con colostomia temporanea, se si è ottenuta la sottostadiazione.

Terapia adiuvante



CARCINOMA COLO-RETTALE

Terapia chirurgica

STADIO II T3N0M0 e STADIO III T1-3 N1-2 M0
Lesioni Resecabili, > 5 cm dall'ano

Opzione 1

- Terapia neoadiuvante (radiochemioterapia preoperatoria)
- Intervento: LAR e ileostomia temporanea
- Terapia Adiuvante

Opzione 2

- Intervento: LAR
- Terapia Adiuvante: Infusione continua di 5FU + Radioterapia seguita da 5FU e Leucovarina



CARCINOMA COLO-RETTALE

Prognosi

Dei numerosi fattori che condizionano la prognosi il più importante è lo “stadio” del tumore



CARCINOMA COLO-RETTALE

Stadiazione

Le classificazioni oggi comunemente usate per la stadiazione del cancro colo-rettale sono:

- TNM
- DUKES



CARCINOMA COLO-RETTALE

Sistema TNM

La definizione delle categorie cTNM e pTNM consente di raggrupparle in stadi

- stadio clinico = valuta il tipo di trattamento
- stadio patologico = fornisce dati per la prognosi e per i risultati a distanza



CARCINOMA COLO-RETTALE

Sistema TNM

- T = estensione del tumore primitivo
- N = assenza o presenza di mts ai linfonodi regionali
- M = assenza o presenza di metastasi a distanza

L'aggiunta di numeri a questi parametri indica l'estensione della malattia neoplastica



CARCINOMA COLO-RETTALE

cTNM

Parametro T

- TX = non definibile
- T0 = non segni del tumore primitivo (biopsia)
- Tis = carcinoma in situ
- T1, T2, T3, T4 = dimensioni e/o estensione locale del tumore primitivo



CARCINOMA COLO-RETTALE

cTNM

Parametro N

- NX = non definibile
- N0 = non mts ai linfonodi regionali
- N1 = 1-3 metastasi linfonodali
- N2 = 4 o più metastasi linfonodali
- N3 = metastasi ai linfonodi principali



CARCINOMA COLO-RETTALE

cTNM

Parametro M

- MX = non definibile
- M0 = non mts a distanza
- M1 = mts a distanza



CARCINOMA COLO-RETTALE

pTNM

Parametro T

- pTX = tumore primitivo non definibile istologicamente
- pT0 = non evidenza istologica del tumore primitivo
- pTis = ca in situ
- pT1, pT2, pT3, pT4 = aumento dell'estensione locale del tumore accertata istologicamente



CARCINOMA COLO-RETTALE

pTNM

Parametro N

- pNX = linfonodi regionali non definibili istologicamente
- pN0 = assenza istologica di mts ai linfonodi reg.
- pN1, pN2, pN3 = progressivo interessamento istologico dei linfonodi regionali



CARCINOMA COLO-RETTALE

pTNM

Parametro M

- pMX = mts a distanza non definibili microscopicamente
- pM0 = assenza microscopica di mts a distanza
- pM1 = presenza microscopica di mts a distanza



CARCINOMA COLO-RETTALE

Stadiazione

0	Tis N0 M0	A di Dukes
I	T1 N0 M0, T2 N0 M0	A
II	T3 N0 M0, T4 N0 M0	B
III	Qualsiasi T N1-2-3 M0	C
IV	Qualsiasi T ed N M1	D



CARCINOMA COLO-RETTALE

Stadiazione

Dukes	Astler-Coller Mod	TNM	Classif. Num.	Descrizione anatomopatologica	Sopravvivenza 5 a anni
A	A	T1N0M0	I	Mucosa e sottomucosa	> 90%
A	B1	T2N0M0	I	Strato muscolare	> 90%
B	B2	T3N0M0	IIA	Tonaca muscolare	70-80%
B	B3	T4N0M0	IIB	Sierosa	55-65%
C	C1	T1-2N0M0	IIIA	Metastasi a 1-3 linf.region.	45-55%
C	C2	T3-4N0M0	IIIB	Metastasi a 1-3 linf.region.	45-55%
C	C3	TxN2M0	IIIC	Metastasi a 4 o più linf.region.	20-30%
D	D	TxNxM1	IV	Metastasi a distanza	5%



CARCINOMA COLO-RETTALE

Grading istopatologico (G)

- GX = grading istopatologico non definibile
- G1 = ben differenziato
- G2 = moderatamente differenziato
- G3 = poco differenziato
- G4 = indifferenziato



CARCINOMA COLO-RETTALE

Stadiazione

Dukes

- A : Neoplasia confinata entro la parete intestinale
- B : Neoplasia che si estende oltre la parete intestinale
- C : Qualsiasi neoplasia con metastasi linfonodali

Astler & Coller

- A : Neoplasia confinata a mucosa e sottomucosa
- B1: Neoplasia che invade la muscolaris propria
- B2: Neoplasia che si estende oltre la muscolaris propria
- C1: B1 + metastasi linfonodali
- C2: B2 + metastasi linfonodali



CARCINOMA COLO-RETTALE

Sopravvivenza

Dopo intervento curativo, la sopravvivenza globale a 5 anni si attesta tra il 55 ed il 75%



CARCINOMA COLO-RETTALE

Sopravvivenza a 5 anni

Stadio di Dukes	Colon	Retto
A	81-95%	64-70%
B	63-70%	39-45%
C	35-42%	27-30%



CARCINOMA COLO-RETTALE

Prognosi

La diffusione a distanza (stadio D) peggiora nettamente la prognosi ed in presenza di metastasi non resecabili la sopravvivenza a 5 anni è nulla



CARCINOMA COLO-RETTALE

Sopravvivenza a 5 anni

Diagnosi precoce	Malattia metastatizzata
94 %	9 %



CARCINOMA COLO-RETTALE

Esistono chiare evidenze che la riduzione della mortalità per cancro colorettales può essere ottenuta attraverso l'identificazione e il trattamento della neoplasia in

STADIO PRECOCE