

Sistema Socio Sanitario



Ospedale Niguarda
Cancer Center



Regione
Lombardia

Tumore del retto

Informazioni
sul percorso
di cura

Incidenza e prevalenza

Le neoplasie del retto corrispondono a circa **il 30% di tutti i nuovi casi di tumore del grosso intestino** (23% nelle donne e 32% negli uomini).

In Italia i tumori (carcinomi) del grosso intestino sono tra i più frequenti (13% dei nuovi tumori diagnosticati all'anno in entrambi i sessi).

In particolare, sono al terzo posto negli uomini (dopo i tumori della prostata e del polmone) e al secondo nelle donne (dopo il tumore della mammella).

Si stima che ci siano 43.700 nuovi casi di tumore del grosso intestino all'anno. Nel 2021, sono stimati complessivamente 21.700 decessi (11.500 negli uomini e 10.200 nelle donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi in Italia è pari al 65,3% negli uomini e 66,3% nelle donne ("I numeri del cancro in Italia 2021").

Mortalità

Complessivamente i tumori del grosso intestino rappresentano **la seconda causa di morte per neoplasia** in entrambi i sessi. Secondo i dati ISTAT nel 2018 in Italia sono stati osservati 19.406 decessi (10.581 negli uomini e 8.825 nelle donne).

La prognosi dei pazienti affetti da neoplasia del retto è fortemente correlata allo stadio alla diagnosi, con la sopravvivenza complessiva a 5 anni dalla diagnosi del 65% degli uomini e 66% delle donne.

Anatomia e fisiologia

I tumori del retto differiscono dai tumori del colon per la localizzazione anatomica (ultimo tratto del tubo digerente a monte del canale anale), all'interno della pelvi, dove si trovano nel grasso mesorettales al di sotto della riflessione peritoneale e a contatto con le strutture della pelvi (che sono vescica, utero e vagina nella donna; vescica, prostata e vescicole seminali nell'uomo).

Il retto viene suddiviso in tre porzioni: retto inferiore, esteso da 0 a 5 cm, retto medio da 5 a 10 cm ed il retto superiore da 10 a 15 cm dal margine anale

esterno misurato con rettoscopio rigido. La vascolarizzazione è peculiare perché il plesso venoso emorroidario funge da collegamento tra il circolo venoso mesenterico-portale ed il circolo venoso sistemico, consentendo alle eventuali metastasi che si propagano per via ematica di saltare il filtro epatico e raggiungere direttamente il polmone: ecco perché nei tumori del retto non è raro identificare metastasi polmonari anche senza altre localizzazioni.

Il retto ha una funzione anatomica e fisiologica molto importante di serbatoio delle feci e garantisce la continenza fecale mediante la fionda rettale, che è un complesso anatomico formato dai muscoli elevatori dell'ano e i muscoli della pelvi, che consente il rilascio volontario delle feci. Il tumore altera queste funzioni fisiologiche.

Fattori di rischio

Sono analoghi a quelli per il tumore del colon e sono rappresentati da:

- eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati
- sovrappeso e ridotta attività fisica
- fumo ed eccesso di alcool
- malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa.

Fattori di protezione sono rappresentati da:

- consumo di frutta e verdure e carboidrati non raffinati
- vitamina D e calcio

Suscettibilità ereditarie riconducibili a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche sono:

- la poliposi adenomatosa familiare (FAP)
- la sindrome di Lynch,

Niguarda è centro di riferimento per la diagnosi di Sindrome di Lynch, all'interno della Rete Regionale per le Malattie Rare.

Sintomi

I sintomi del tumore del retto, generalmente sono tardivi e legati alla crescita della massa tumorale e all'ostacolo funzionale alla defecazione.

Questi sintomi possono essere:

- sanguinamento rettale
- sangue nelle feci (ematochezia)
- feci nastriformi/difficoltà all'evacuazione
- tenesmo (spasmo doloroso in sede anale/all'evacuazione)
- senso di evacuazione incompleta
- muco nelle feci (mucorrea)
- nei casi più rari e gravi, occlusione intestinale bassa

Diagnosi

La diagnosi di tumore del retto viene effettuata solitamente in seguito alla comparsa dei sintomi con esplorazione digitale rettale (circa il 50% è palpabile alla sola esplorazione rettale), la rettoscopia e la biopsia per esame istologico; a questo esame deve sempre seguire una colonscopia completa per verificare se vi è presenza di ulteriori tumori del colon.

La stadiazione oncologica standard prevede l'utilizzo di ecoendoscopia rettale, TC torace-addome con mezzo di contrasto (per escludere metastasi a distanza) e RMN della pelvi con mezzo di contrasto per definire i rapporti anatomici (estensione del tumore nella pelvi) ed il coinvolgimento linfonodale.

Il tumore del retto all'interno del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e Niguarda Cancer Center, è gestito da un team multidisciplinare composto da più specialisti: oncologi, radiologi, chirurghi, radioterapisti, endoscopisti, anatomopatologi, genetisti.

Altri specialisti medici, infermieri, psicologi possono essere coinvolti nel percorso di cura e gestione degli aspetti legati a difficoltà o complicanze dei trattamenti o del tumore.

Trattamento dei carcinomi del retto ad estensione localmente avanzata

Per i tumori localizzati (non metastatici) il trattamento di elezione è rappresentato dalla **chirurgia** (resezione anteriore del retto con escissione completa del mesoretto) che deve avvenire dopo il trattamento con terapia medica oncologica e radioterapia.

Queste terapie (la chirurgia con resezione anteriore del retto ed escissione totale del mesoretto, la radioterapia pelvica) **possono causare importanti sequele funzionali** che possono persistere anche dopo la guarigione.

In casi selezionati, **approcci moderni** (anche all'interno di studi clinici) **cercano di evitare il trattamento chirurgico demolitivo** tramite il potenziamento della chemioterapia e radioterapia per ottenere la remissione clinica completa del tumore (strategia TNT, Total Neoadjuvant Treatment, seguita da stretto follow-up clinico e strumentale, senza chirurgia, il cosiddetto Non Operative Management o NOM).

Inoltre nei casi con caratteristiche molecolari di instabilità microsatellitare, cosiddetti MSI-H o dMMR, è oggi possibile un trattamento con **immunoterapia** (al posto della chemio-radioterapia) che ha dimostrato di poter evitare la chirurgia nella quasi totalità dei casi.

Nei tumori metastatici (stadio IV) l'approccio terapeutico segue quello consolidato per i tumori del colon. In generale per la scelta della terapia è richiesta la caratterizzazione molecolare del pezzo operatorio o della biopsia, al fine di valutare lo stato mutazionale di RAS (KRAS, NRAS), BRAF, MMR (per identificare tumori con instabilità microsatellitare, dMRR o MSI-H), ed HER2.

Le diverse **tipologie di farmaci**, somministrati per via orale e/o endovenosa, vengono selezionate sulla base dell'esito del profilo molecolare e tenendo anche conto delle condizioni generali e delle copatologie.

Le terapie oncologiche vengono somministrate in regime di degenza ordinaria o mediante accessi periodici in Day Hospital/MAC, al fine di monitorare adeguatamente le eventuali tossicità correlate alla terapia.

Studi e sperimentazioni cliniche per i carcinomi del retto

Al Niguarda Cancer Center sono attivi **studi sperimentali** per il trattamento dell'adenocarcinoma del retto non metastatico che prevedono l'approccio TNT (Total Neoadjuvant Treatment) / NOM (Non Operative Management), senza chirurgia, all'interno del **programma NO-CUT** per i tumori candidati a chemio-radioterapia e del **programma iNOCUT** con immunoterapia per tumori con dMRR. Nella malattia metastatica vi sono studi che prevedono la ricerca di **bersagli specifici sul tumore** per ottenere la regressione/stabilizzazione delle metastasi non suscettibili di chirurgia.

Consigliamo il video <https://youtu.be/deOsE4ughos> per ulteriori spiegazioni sulla terapia NO-CUT.

I nuovi e più promettenti approcci includono **programmi di cura con immunoterapia e farmaci immunoterapici di nuova generazione**, oltre a inibitori di specifiche proteine o geni tumorali (HER2, NTRK, BRAF, KRAS G12C, TP53 Y220C, PIK3CA). Il profilo molecolare delle mutazioni genetiche osservabili nei tumori del retto differisce da quello dei restanti tumori del colon per un'incidenza maggiore di bersagli molecolari come HER2, e un'incidenza inferiore di alterazioni di resistenza a farmaci anti-EGFR come mutazioni di BRAF.

I dati più recenti della letteratura riportano una bassa incidenza di tumori del retto dMRR, pari a 5-10% dei casi, ma la ricerca attiva di questa alterazione genetica ha assunto una importanza crescente alla luce delle nuove potenziali opzioni di cura con immunoterapia e pertanto queste alterazioni vanno ricercate in tutti i casi.

RIFERIMENTI UTILI

Centralino

02 6444.1

Punto Informazioni

Portineria, Padiglione 1

Prenotazioni / accettazioni / ritiro referti

Gli sportelli si trovano presso il Blocco Nord e il Blocco Sud dell'Ospedale.

Al Blocco Nord e al Blocco Sud sono presenti anche le Casse automatiche che consentono di effettuare la self-accettazione, pagare e ritirare i referti senza fare la fila agli sportelli.

Per tutte le info consultare il sito:
www.ospedaleniguarda.it

Cartelle cliniche

Padiglione1, piano terra
tel: 602 6444.2212
certificazionisanitarie@ospedaleniguarda.it

Ufficio stranieri

Blocco Nord, piano terra
tel: 02 6444.7220

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Blocco 1, piano terra
tel: 02 6444.2794/2795
urp@ospedaleniguarda.it

Servizi e punti ristoro

Bar e ristoro:

Blocco Nord, piano terra
Blocco Sud, piano terra

Shopping Gallery e Bancomat:

Padiglione1, piano terra
Blocco Nord, piano terra
Blocco Sud, piano terra

Parcheggi e punti vidimazione

Parcheggio Sud, ingresso Via Zubiani:

3.10 euro fino a 4 ore / 3.90 euro da 4 a 24 ore

Parcheggi interni:

1 euro 30 min.
3 euro 60 min. / 5 euro ogni ora successiva

Per l'esonero al pagamento (con contrassegno disabili, documento di identità e biglietto del parcheggio) rivolgersi ai punti vidimazione:
- Padiglione 1, Portineria (7.00-21.00)
- Blocco DEA, Portineria (21.00-7.00)

Contatti

Niguarda Cancer Center:

mail: cancer@ospedaleniguarda.it

Edizione speciale sostenuta da:

"Progetto Contact Center - Professionisti Pronti a Rispondere"

finanziato da:



A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02 6444.1 - Fax 02 6420901

www.ospedaleniguarda.it

Aggiornamento Marzo 2023

a cura di: Comunicazione
comunicazione@ospedaleniguarda.it