

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

PRINCIPALI PATOLOGIE DEL COLON-RETTO

POLIPI DEL COLON E DEL RETTO

La maggior parte dei tumori del colon-retto deriva dalla trasformazione in senso maligno di polipi, ovvero di una neoformazione originata dalla proliferazione delle cellule ghiandolari della mucosa intestinale e che protrude nel lume.

Il polipo può essere definito, in base alle sue caratteristiche, ovvero possono essere sessili, semipedunculati o pedunculati e sono di dimensioni molto variabili.

I polipi sono considerati forme precancerose, sebbene rientrino nelle patologie benigne. Non tutti i polipi, però, sono a rischio di malignità. Vi sono tre diversi tipi: i cosiddetti Polipi Iperplastici o Serrati (cioè caratterizzati da una mucosa a rapida proliferazione), Amartomatosi (detti anche polipi giovanili e polipi di Peutz-Jeghers) e quelli Adenomatosi. Solo questi ultimi costituiscono lesioni precancerose e di essi solo una piccola percentuale si trasforma in neoplasia maligna e si classificano il Adenoma Tubulare, Tubulo-villoso e Villoso.

Il rischio di cancerizzazione di un **adenoma tubulare** è controverso, ma c'è una forte evidenza a proposito della trasformazione maligna. Il rischio di malignità è correlato alle dimensioni; un adenoma tubulare di 1,5 cm presenta un rischio del 2%. Con l'aumento delle dimensioni, le ghiandole diventano villose. Quando più del 50% delle ghiandole è villosa, viene chiamato **polipo villoghiandolare**; la sua malignità potenziale è ancora simile a quella di un adenoma tubulare. Quando più dell'80% delle ghiandole diventa villosa, il polipo viene considerato un **adenoma villosa**, maligno in circa il 35% dei casi. Un adenoma villosa ha un maggior rischio di malignità rispetto a un adenoma tubulare delle stesse dimensioni. Questa progressione proliferativa risponde alla postulazione del Prof. C.Morson, della cosiddetta "sequenza adenoma-carcinoma".

L'incidenza varia dal 7 al 50%; il dato più elevato comprende anche i polipi molto piccoli (solitamente polipi iperplastici o adenomi) osservati all'autopsia. Vengono osservati in circa il 5% dei pazienti attraverso un clisma opaco eseguito di routine e, con frequenza maggiore, attraverso la sigmoidoscopia e la colonscopia flessibile a fibre ottiche o con il clisma a doppio contrasto. I polipi sono spesso multipli, sono più comuni nel retto e nel sigma e diminuiscono di frequenza andando verso il ceco. Circa il 25% dei pazienti con un cancro del grosso intestino presenta anche polipi adenomatosi satelliti.

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

PRINCIPALI PATOLOGIE DEL COLON-RETTO

Sintomi, segni e diagnosi

La maggior parte dei polipi è asintomatica. La rettorragia è il disturbo più frequente. I crampi, il dolore addominale o l'ostruzione possono essere segni di una lesione di grosse dimensioni. Occasionalmente un polipo con un lungo peduncolo può prolapsare attraverso l'ano. Gli adenomi villosi di grosse dimensioni possono causare, raramente, una diarrea acquosa con una conseguente ipokaliemia.

I polipi rettali possono essere palpabili o meno all'esplorazione rettale, ma di solito sono identificati all'endoscopia. Poiché i polipi sono spesso multipli e possono coesistere con un cancro, è indispensabile una pancolonscopia, anche quando la lesione è identificata alla sigmoidoscopia flessibile. Al clisma opaco, un polipo appare come un difetto di riempimento rotondeggiante. Un esame a doppio contrasto (pneumocolon) è utile, ma la colonscopia a fibre ottiche è più affidabile.

Esami diagnostici:

- *Ricerca di sangue occulto nelle feci* (controllo delle feci per il sangue microscopico): permette di rilevare una perdita ematica occulta e per lo più cronica, dovuta alla presenza di polipi o carcinoma. Anche se è un test importante per i disturbi del colon e del retto, bisogna tener presente che *un test negativo NON esclude la presenza di polipi*.
- *Esplorazione digitale rettale*: è il primo esame da eseguire in caso di presenza di sangue nelle feci, permette di rilevare la presenza di escrescenze a livello del retto.
- *Clisma opaco doppio contrasto*: è una radiografia dell'intestino, previa introduzione di una miscela di aria e bario tramite clistere. Il bario funge da mezzo di contrasto che vernicia le pareti interne del colon mentre l'aria serve a tener dilatato il lume del viscere. Utilissimo nei casi in cui la colonscopia non sia praticabile. Non è tuttavia una vera alternativa poiché non consente di individuare polipi piccoli (inferiori ai 2 cm), nè di effettuare prelievi biotici.
- *TC-colonscopia virtuale*: consiste in un esame TC-addome con mezzo di contrasto endovenoso e aria insufflata mediante clistere, che, per mezzo di una ricostruzione computerizzata del lume intestinale, consente di individuare "navigare" virtualmente nel viscere e di individuare così la presenza di polipi in maniera più accurata rispetto ad altri esami radiologici. Non consente tuttavia di effettuare prelievi biotici.
- *Endoscopia coloretale*: ve ne sono tre tipi: (1) *rettoscopia rigida*, (2) *retto-sigmoidoscopia flessibile* e (3) *colonscopia*. La rettoscopia rigida consente l'esame degli otto-dieci centimetri più bassi dell'intestino crasso. In retto-sigmoidoscopia flessibile, viene esaminata una parte di colon che va da un quarto a un terzo inferiore.

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

PRINCIPALI PATOLOGIE DEL COLON-RETTO

Né la sigmoidoscopia flessibile né la rettoscopia rigida necessitano di farmaci e possono essere eseguite in regime ambulatoriale. La colonscopia utilizza uno strumento flessibile a fibre ottiche e consente di solito l'ispezione di tutto il colon. Rappresenta l'esame diagnostico più accurato e completo. Una preparazione intestinale è necessaria, ed è talvolta usata la sedazione (profonda o cosciente, in respiro spontaneo). La scoperta di un polipo richiede un'ispezione completa del colon mediante colonscopia, poiché almeno il 30% di questi pazienti ha altri polipi. La colonscopia consente inoltre la rimozione di questi polipi che verranno poi inviati per esame istologico (al microscopio).

Terapia

I polipi devono essere rimossi completamente con un laccio o con una pinza biottrica elettrochirurgica dopo una pancolonscopia.

Il trattamento dei polipi cancerizzati dipende dalla profondità dell'invasione dell'epitelio anaplastico nel peduncolo del polipo, dalla vicinanza della linea di sezione endoscopica e dal grado di differenziazione del tessuto maligno. Se l'epitelio anaplastico è confinato al di sopra della muscolaris mucosae, la linea di sezione nel peduncolo del polipo è netta e la lesione è ben differenziata, sono sufficienti l'escissione endoscopica e uno stretto follow-up endoscopico. L'invasione della muscolaris mucosae determina l'accesso ai linfatici e aumenta il rischio di metastasi linfonodali.

Poiché non vi è un modo infallibile di prevedere se un polipo è o diventerà maligno, è consigliata la rimozione totale di tutti i polipi. La stragrande maggioranza dei polipi possono essere rimossi mediante un'ansa metallica elettrificata passata attraverso lo strumento (*polipectomia endoscopica*) o mediante una pinza metallica, quando sono di piccole dimensioni. La maggior parte degli esami del colon con il colonscopio flessibile, tra cui la rimozione del polipo, può essere eseguita su base ambulatoriale con il minimo disagio. Polipi di grandi dimensioni possono richiedere più di un trattamento per la rimozione completa. Alcuni polipi non possono essere rimossi mediante trattamento endoscopico per la loro dimensione o posizione, in questi casi è richiesto l'intervento chirurgico.

Follow-up

Una volta che un polipo viene completamente rimosso, la sua ricorrenza è molto insolita. Tuttavia gli stessi fattori che hanno causato la formazione del polipo sono ancora presenti. Nuovi polipi si svilupperanno in almeno il 30% delle persone che hanno già avuto polipi.

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

PRINCIPALI PATOLOGIE DEL COLON-RETTO

La programmazione dei controlli al follow-up dopo la polipectomia è controversa. La maggior parte degli studiosi raccomanda due esami annuali dell'intero colon con la colonscopia (o con un clisma opaco se l'endoscopia è impossibile) e la rimozione di qualunque nuova lesione. Dopo 2 anni di esami negativi per nuove lesioni, l'esecuzione della colonscopia o del clisma opaco è raccomandata ogni 2 o 3 anni.

www.espositoassociati.it