

CANCRO DELLO STOMACO

Epidemiologia

- 4° causa di morte per Ca nel M dopo polmone, intestino e prostata
- incidenza variabile in diverse parti del mondo, in declino in USA e CE
- ancora assai elevata in Giappone, Cile, Islanda, RSM (80 x 100,000/anno)
- età media alla diagnosi 63 aa
- sopravvivenza globale a 5 anni : < 10%

CANCRO DELLO STOMACO

Fattori di rischio - I -

- uso di nitrati come preservanti dei cibi
- contaminazione acqua potabile con nitrati e iodio
- scarso apporto di verdura e frutta fresca in dieta (< vit. C)

CANCRO DELLO STOMACO

Fattori di rischio -II-

- infezione da *Helicobacter pylori*
- gastrite cronica atrofica (metaplasia intestinale = lesione precancerosa)
- gastrectomia parziale (ipocloridria, reflusso biliare)
- adenomi gastrici

CANCRO DELLO STOMACO

Anatomia patologica

- Istotipo :adenocarcinoma (98%)*
- Macro
 - polipoide
 - ulcerato
 - linite plastica
- Sede
 - piloro (50%)
 - piccola curvatura (25%)
 - cardias (10%)

* rari (2%): linfoma, sarcoma, carcinoide

CANCRO DELLO STOMACO

*Sedi di diffusione metastatica**

- linfonodo sopraclaveare sn (di Virchow)
- duodeno
- pancreas
- retroperitoneo
- fegato
- polmone
- ovaio (tumore di Krukenberg)

* in ordine di frequenza

CANCRO DELLO STOMACO

Sintomi di allarme

- dispepsia di durata superiore ad un mese in un soggetto > 40 aa
- calo ponderale
- vomito
- disfagia
- anemia, emorragia digestiva

CANCRO DELLO STOMACO

Segni clinici avanzati

- massa epigastrica palpabile
- epatomegalia
- ittero
- ascite
- linfonodo sopraclaveare sin. palpabile
- acanthosis nigricans

CANCRO DELLO STOMACO

Diagnosi

- Strumentale
 - endoscopia con biopsia
 - tecniche di immagine (US, Rx, TC, RM)
- Laboratoristica
 - diminuzione del Pepsinogeno (PG) e del PG I/PG II
 - indice PG I x gastrina (sensibilità 92% e specificità 94%)
 - CA 72.4 , CEA, CA 19.9

CANCRO DELLO STOMACO

Trattamento

- Chirurgico
 - rimozione di maggior parte o di tutto lo stomaco e linfonodi adiacenti (linfodectomia D1, D2, D3)
- Chemioterapico
 - palliativo (5 FU, gemcitabina)

Prevenzione: dieta ricca in Vit. C, riduzione nitrati, eradicazione *H. pylori*, screening endoscopico in dispepsia > 40 aa

CARCINOMA COLORETTALE

Epidemiologia

- Seconda causa di morte per cancro, nel M dopo il Ca polmonare e nella F dopo il Ca del seno
- Mortalità > 10.000 casi/anno (Italia)
- Età media alla diagnosi: 60-70 anni
- Rapporto M/F= 2:1 per le neoplasie che insorgono nel retto. In localizzazioni più prossimali non prevalenza di sesso
- Screening: colonscopia > sangue occulto in 45aa

CARCINOMA COLORETTALE

Fattori predisponenti

- Poliposi familiari
 - S. Peutz-Yeghers
 - poliposi adenomatosa familiare
 - S. di Gardner
- Malattie infiammatorie intestinali
 - colite ulcerosa, m. di Crohn (raro)
- Dieta
 - basso apporto di fibre vegetali
 - elevato apporto di carboidrati raffinati
 - elevato consumo di grassi animali

CARCINOMA COLORETTALE

Sintomi

- Variabili secondo la sede del tumore
- colon destro e cieco
 - astenia, perdita di peso
 - anemia sideropenica
- colon sinistro
 - sanguinamenti occulti
 - alterazioni dell'alvo
 - dolore crampiforme al quadrante addominale inferiore sx

CARCINOMA COLORETTALE

Modalità di diffusione

- estensione diretta
- via linfatica
- via ematica
- in ordine di frequenza:
linfonodi regionali>fegato>polmoni>ossa
> cavità peritoneale > encefalo

CARCINOMA COLORETTALE

Diagnosi

- Ricerca sangue occulto fecale
- Markers tumorali sierici
 - CEA, CA 19.9
- Colonscopia con biopsia
- Tecniche di immagine
 - Rx clisma opaco a doppio contrasto
 - US
 - TC (endoscopia virtuale)

CARCINOMA COLORETTALE

*Stadiazione**

- Stadio O
 - carcinoma in situ
- Stadio I
 - sottomucosa-muscolare propria (Dukes A-B1)
- Stadio II
 - sottosierosa, (Dukes B1-B2)
 - invasione del peritoneo o altri organi (Dukes B2)
- Stadio III
 - metastasi linfonodali (Dukes C1-C2)
- Stadio IV
 - metastasi a distanza (Dukes D)

*American Joint Committee Classification

CARCINOMA COLORETTALE

Sopravvivenza a 5 aa (stadio Dukes)

- stadio A 100%
- stadio B1 67%
- stadio B2 54%
- stadio C1 43%
- stadio C2 23%

CARCINOMA COLORETTALE

Trattamento

- Chirurgico
 - "radicalità" rimuovendo anche le vie di drenaggio linfatico (NB: m. cellulare!)
 - palliativo nei casi steno-occludenti
- Radioterapico
 - ruolo limitato
 - utile nel carcinoma del retto, per recidive locali
- Chemioterapico
 - 5 FU (stadio II con invasione del peritoneo od altri organi, stadio III, stadio IV)
- Locoregionale (per metastasi epatiche)
 - Alcolizzazione, Radiofrequenza, Laser

CARCINOMA POLMONARE

Epidemiologia

- Prima causa di morte per neoplasie nel M e 3° nella F, dopo mammella e colon-retto (180.000 nuovi casi in USA nel 1998)
- M/F = 2:1 (tendenza al pareggio)
- picco di incidenza sesta/settima decade (range 40-70 aa).

CARCINOMA POLMONARE

Fattori di rischio

- fumo di sigaretta
- tossici industriali
 - amianto, asbesto, nichel
- oncogeni
- cicatrici polmonari
 - esiti di TBC, infarti polmonari, corpi estranei metallici, ecc..

CARCINOMA POLMONARE

Sintomi principali

- Tosse (+ emoftoe) 75%
- perdita di peso 40%
- dolore toracico 40%
- dispnea 20%

CARCINOMA POLMONARE

Diagnosi

Strumentale

- Rx torace
- Broncoscopia + biopsia
- Per stadiazione: TC, US, scintigrafia ossea

Laboratoristica

- CEA, CA15.3, CA549, NSE
- Esame citologico dell'espettorato
- Fosfatasi alcalina, funzionalità epatica (metastasi)

CARCINOMA POLMONARE

Terapia

- tumori a grandi cellule
 - escissione se non segni di diffusione extrapolmonare o pleurica
- tumori a piccole cellule (già diffusi al momento della diagnosi)
 - chemioterapia di associazione
 - radioterapia palliativa

CARCINOMA POLMONARE

Prognosi (sopravvivenza)

- carcinoma a grandi cellule a 2 anni
 - 50% senza disseminazione
 - 10% con disseminazione
- carcinoma a piccole cellule
 - tre mesi (non trattato)
 - un anno (trattato)
