



Scheda informativa sulla diagnosi precoce di cancro dell'intestino

Dal 1° luglio 2013 la diagnosi precoce di cancro del colon-retto viene rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per tutte le persone di entrambi i sessi dai 50 ai 69 anni di età. La Lega contro il cancro raccomanda a partire dai 50 anni di età di consultare il medico* o il farmacista riguardo al riconoscimento precoce del cancro dell'intestino. Se sussiste un elevato rischio di cancro intestinale, si devono eseguire regolarmente esami per la diagnosi precoce già prima dei 50 anni di età.

Il cancro dell'intestino – numeri e fatti

Il cancro intestinale in Svizzera

Il cancro dell'intestino è uno dei tumori maligni più frequenti in Svizzera: ogni anno viene diagnosticato a circa 4100 persone, mentre nello stesso arco di tempo muoiono approssimativamente 1600 pazienti delle conseguenze di questa malattia. In più del 90 % dei casi di cancro dell'intestino la diagnosi interessa persone di oltre 50 anni di età, fra cui gli uomini con frequenza leggermente superiore alle donne.

Nella maggior parte dei casi il cancro intestinale viene diagnosticato solo in uno stadio tardivo, dal momento che gli accertamenti vengono condotti spesso solo dopo che si sono manifestati i sintomi e la malattia è per lo più già in stadio avanzato. Se il cancro intestinale viene diagnosticato precocemente, se ne può guarire nella maggior parte dei casi, e oggi il tasso di sopravvivenza a 5 anni è di circa il 60 %.

Sintomi

Si stima che siano necessari circa dieci anni prima che da un polipo benigno si sviluppi il cancro. Negli stati precoci, i polipi e i tumori non causano per lo più alcun disturbo.

Sebbene il sangue nelle feci sia uno dei primi e più importanti sintomi del cancro intestinale, la sua presenza può rimanere occulta o non essere osservata.

Ulteriori sintomi possono essere:

- inspiegabile perdita di peso;
- tenesmo rettale non accompagnato da defecazione;
- dolori addominali persistenti di nuova insorgenza;
- cambiamento delle precedenti abitudini dell'alvo.

Questi disturbi possono avere anche origini diverse dal cancro intestinale, che devono essere accertate dal medico.

Fattori di rischio

Benché il rischio di cancro dell'intestino aumenti dopo i 50 anni, esso può risultare elevato anche in individui più giovani, nel caso in cui il cancro dell'intestino oppure i polipi

siano già stati diagnosticati in un genitore o in un fratello/sorella. Più sono i familiari colpiti, maggiore sarà il rischio.

Anche alterazioni genetiche ereditarie o altre patologie (tra cui quelle indicate di seguito) possono ugualmente aumentare il rischio di cancro dell'intestino:

- carcinoma coloretale ereditario non poliposico (HNPCC): il cancro dell'intestino si sviluppa in età giovanile ed è caratterizzato da un piccolo numero di polipi;
- poliposi adenomatosa familiare (FAP): tipico di questa malattia è l'elevato numero di polipi che si sviluppano nel colon e che con il tempo possono divenire maligni;
- malattie infiammatorie croniche dell'intestino: fra le più importanti malattie intestinali croniche associate a un maggior rischio di cancro dell'intestino sono comprese la colite ulcerosa e il morbo di Crohn.

Le persone con elevato rischio di cancro intestinale dovrebbero consultare uno specialista per sapere a quale età debbano cominciare a sottoporsi a esami per la diagnosi precoce.

La posizione della Lega contro il cancro

La Lega contro il cancro raccomanda la diagnosi precoce del cancro intestinale in entrambi i sessi a partire da 50 anni di età. Gli aspetti individuali della diagnosi precoce devono essere discussi con il medico o il farmacista.

L'assunzione dei costi degli esami per la diagnosi precoce a partire da luglio 2013

rappresenta una tappa importante verso l'ottimizzazione del riconoscimento precoce del cancro dell'intestino. La Lega contro il cancro promuove la pianificazione e l'attuazione di programmi sistematici per il riconoscimento precoce del cancro intestinale, rifacendosi alla strategia nazionale contro il cancro 2014-2017.

È possibile che siano necessari ancora alcuni anni prima di poter introdurre un programma sistematico per la diagnosi precoce

di cancro intestinale sull'intero territorio nazionale. Nella situazione odierna è comunque essenziale informare e sensibilizzare il personale specializzato e la popolazione sulla diagnosi precoce di cancro dell'intestino. Le donne e gli uomini a partire da 50 anni di età dovrebbero prendere decisioni sulla diagnosi precoce solo dopo essere stati ben informati, traendo vantaggio da esami della più elevata qualità possibile.

* Qualora sia usata solo la forma maschile, è implicito il riferimento alla persona dell'altro sesso.

Programmi di screening

Nel quadro di un programma di screening sistematico, uomini e donne appartenenti a una determinata fascia d'età e che non presentano sintomi sono invitati regolarmente a sottoporsi a un esame per la diagnosi precoce. Una caratteristica importante di tali programmi è la qualità standardizzata mediante controlli. In molti paesi europei confinanti esistono già programmi di screening sistematici per la diagnosi del cancro intestinale. Inoltre, vengono pubblicate dall'Unione Europea direttive per programmi specifici («European Guidelines for a quality assurance in colorectal cancer and diagnosis»).

Nello screening opportunistico è il medico ad avere la responsabilità di segnalare la possibilità diagnostica, oppure le stesse persone nella fascia di età indicata o nel gruppo a rischio si sottopongono di propria iniziativa agli esami per il riconoscimento precoce.

Situazione in Svizzera

Dal 1° luglio 2013 la diagnosi precoce di cancro dell'intestino viene rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per tutte le persone di entrambi i sessi di 50-69 anni di età. L'assicurazione copre i costi di una colonscopia ogni dieci anni o di un test del sangue occulto nelle feci ogni due anni, compresi i costi delle relative analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi, nonché i costi per la colonscopia in caso di risultato positivo.

Questa prestazione viene pagata senza che sia necessaria la presenza di un programma associato. Si tratta infatti di uno screening opportunistico senza standardizzazione della qualità mediante controlli. Diversamente dai programmi sistematici, i costi dell'esame presuppongono una partecipazione alle spese (franchigia e aliquota percentuale).

Nel caso in cui un cantone abbia intenzione di introdurre un programma sistematico, il Dipartimento federale dell'interno verifica se l'esame possa essere condotto con esenzione dalla franchigia. Progetti pilota con introduzione di programmi sistematici per la diagnosi precoce di cancro dell'intestino sono stati attualmente attivati nei cantoni Uri e Vaud.

I fattori di rischio menzionati sopra non possono essere influenzati, ma si conoscono altri fattori, ugualmente determinati ai fini del rischio di cancro intestinale, che invece possono essere modificati.

Prevenzione del cancro dell'intestino

Il rischio di cancro intestinale può essere ridotto da uno stile di vita sano, che comprende le misure seguenti:

- nessun sovrappeso;
- attività fisica a sufficienza;
- ridotto consumo di carni rosse e carni lavorate;
- abbondante assunzione di fibre alimentari (p. es. prodotti integrali, verdura e frutta);
- ridotto consumo di alcol;
- non fumare.

Riconoscimento precoce del cancro intestinale

Esami per la diagnosi precoce

Gli esami per la diagnosi precoce hanno lo scopo di riconoscere la patologia eventualmente presente, prima che si manifestino i sintomi. Si tratta di misure opportune, qualora il trattamento della malattia in uno stadio precoce possa risultare più efficace di quello in una fase avanzata. Se l'esame per il riconoscimento precoce evidenzia anomalie, vengono condotte ulteriori analisi per confermare o escludere l'eventuale patologia.

Con l'ausilio degli esami per la diagnosi precoce si può spesso rilevare il cancro dell'intestino in una fase iniziale ancora curabile.

Metodi per la diagnosi precoce

I metodi maggiormente utilizzati per il riconoscimento precoce del cancro intestinale e dei suoi stadi iniziali sono il test del sangue occulto nelle feci, la sigmoidoscopia e la colonscopia. Un'ulteriore tecnica diagnostica per immagini è la colonografia TC, mentre fra gli sviluppi più recenti sono annoverati il test del DNA fecale e l'analisi del sangue con determinazione dei marcatori tumorali. Di seguito si illustra in dettaglio solo il test del sangue occulto nelle feci e la colonscopia, visto che dal 1° luglio 2013 rientrano fra gli esami rimborsati dall'AOMS.

Test del sangue occulto nelle feci

Per individuare il sangue occulto nelle feci ci si può avvalere di due test: il test al guaia-

co (gFOBT) e il test immunochimico (iFOBT o FIT = Fecal Immunochemical Test).

Il test del sangue occulto nelle feci viene condotto su diversi campioni di feci e deve essere ripetuto regolarmente, al fine di aumentare la sensibilità nel rilevamento del cancro dell'intestino. La maggior parte dei test iFOBT mostra una sensibilità più elevata di quella dei test gFOBT, ma riguardo alla specificità i test immunochimici accusano un'elevata variabilità.

Lo svantaggio sostanziale del test del sangue occulto nelle feci consiste nel fatto che consente il rilevamento di stadi iniziali o tumori intestinali unicamente quando questi causano sanguinamento, che però è un segno presente spesso negli stadi avanzati della malattia.

Un risultato positivo del test del sangue occulto nelle feci comporta la successiva colonscopia, previo consulto con il medico.

Colonscopia

Il metodo più affidabile per la diagnosi di cancro dell'intestino e dei suoi stadi iniziali è la colonscopia, il cui vantaggio supplementare è la possibilità di asportare immediatamente, con intervento di polipectomia, i polipi (stadi precursori del cancro) rilevati nel corso dell'esame. Queste proliferazioni tissutali vengono poi sottoposte a esame microscopico. Nell'ambito di studi randomizzati sulla sigmoidoscopia è stato possibile dimostrare che la rimozione dei polipi benigni consente di impedire il successivo sviluppo del cancro intestinale.

Se non vengono osservati polipi, si raccomanda la ripetizione della colonscopia dopo dieci anni, mentre il loro rilevamento costituisce un'indicazione per abbreviare l'intervallo fino al successivo esame endoscopico.

Maggiori informazioni su

www.legacancro.ch/cancrointestino

Prospetto orientativo per il test del sangue occulto nelle feci e la colonscopia

	gFOBT	iFOBT	Colonscopia
Cosa si può rilevare?	Sangue nelle feci, anche occulto	Sangue nelle feci, anche occulto	<ul style="list-style-type: none"> – Polipi – Cancro intestinale – Altre patologie intestinali
Sensibilità	33-50 % (cancro intestinale) 9-11 % (polipi in stadio avanzato)	60-80 % (cancro intestinale) 20-72 % (polipi in stadio avanzato)	97-100 % L'attendibilità dei risultati della colonscopia dipende dal paziente esaminato e dalla qualità della preparazione dell'intestino
Specificità	95 %	Ampie differenze fra i test: 59-97 %	98-100 %
Riduzione della mortalità da cancro intestinale	Sì	Sì, sulla base di evidenze indirette con gFOBT, ma nessuno studio randomizzato a lungo termine disponibile	Sì (dimostrazione in studi randomizzati con sigmoidoscopia)
Riduzione dell'incidenza	No	Dati insufficienti	Sì (dimostrazione in studi randomizzati con sigmoidoscopia)
Preparazione all'esame	Prima dell'esecuzione del test non devono essere assunti determinati alimenti o medicinali	Nessuna preparazione speciale	Assunzione di un lassativo il giorno prima. Si deve prima interrompere l'assunzione di alcuni medicinali
Esecuzione	Prelievo di campioni di feci da tre evacuazioni consecutive	Prelievo di campioni di feci da una o più evacuazioni consecutive	<ul style="list-style-type: none"> – in genere sedazione durante l'esame – esame rettale – esame endoscopico dell'intestino – eventualmente rimozione di polipi
Chi effettua l'esame?	Ottenibile dal medico o in farmacia. Il test viene eseguito dal paziente e poi restituito per la valutazione	Ottenibile dal medico o in farmacia. Il test viene eseguito dal paziente e poi restituito per la valutazione	Gastroenterologo
Indicato per la diagnosi precoce in	Adulti da 50 anni di età – senza rischio elevato e – senza disturbi	Adulti da 50 anni di età – senza rischio elevato e – senza disturbi	Adulti da 50 anni di età – senza rischio elevato e – senza disturbi Persone con rischio elevato, spesso prima dei 50 anni di età, previa consultazione con il medico
Frequenza degli esami	Ogni due anni	Ogni due anni	Ogni dieci anni. In caso di polipi, più frequente, previa consultazione con il medico
Vantaggi	<ul style="list-style-type: none"> – metodo d'esame non invasivo – nessuna lesione diretta – conveniente 	<ul style="list-style-type: none"> – metodo d'esame non invasivo – nessuna lesione diretta – conveniente 	Asportazione di polipi, che consente di impedire il successivo sviluppo di cancro intestinale
Svantaggi	<ul style="list-style-type: none"> – numero elevato di risultati falsamente positivi – casi isolati di risultati falsamente negativi 	<ul style="list-style-type: none"> – a seconda del test, elevato numero di risultati falsamente positivi – casi di risultati falsamente negativi 	<ul style="list-style-type: none"> – metodo d'esame invasivo – procedura molto elaborata (preparazione ed esecuzione) – rischio di complicanze (emorragie gravi in circa 1/1000 colonscopie, perforazioni in 1/1000 colonscopie)
Assunzione dei costi da parte dell'assicurazione di base	Ogni due anni su prescrizione medica per persone di 50-69 anni di età, senza esenzione da franchigia e aliquota percentuale	Ogni due anni su prescrizione medica per persone di 50-69 anni di età, senza esenzione da franchigia e aliquota percentuale	Ogni dieci anni per persone di 50-69 anni di età, senza esenzione da franchigia e aliquota percentuale

Impressum

Fonti:

- Domanda di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per le prestazioni di un programma di screening del carcinoma del colon-retto (2011, 2012, 2013). Partner sostenitori: Lega svizzera contro il cancro, Collegio di medicina di base, Lega gastrointestinale svizzera, pharmaSuisse, Società svizzera di gastroenterologia, Società svizzera di chirurgia viscerale e swiss cancer screening.
- Atkin W et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2010; Vol. 375: 1624-33.
- Brenner H et al. Darmkrebs-Screening. *Therapeutische Umschau* 2013; 70 (4): 231- 236.
- Dialogo sulla politica nazionale della sanità (Ed.). Rapporto «Strategia nazionale contro il cancro 2014-2017». Berna: Oncosuisse; 2013.
- Istituto nazionale di epidemiologia e registrazione del cancro (NICER), www.nicer.org

Editrice

Lega svizzera contro il cancro, Effingerstrasse 40, Casella postale 8219, 3001 Berna
Telefono 031 389 91 00, Fax 031 389 91 60, info@legacancro.ch, www.legacancro.ch

Autrice

Katrin Haldemann, Berna

Consulenza specialistica

Dott.ssa med. Karin Huwiler, Lega svizzera contro il cancro
Prof. dott. med. Peter Bauerfeind
Dott. med. Philipp Bertschinger
Dott.ssa rer. nat. Astrid Czock
Dott. med. Niklaus Egli
Prof. dott. med. Urs Marbet
Prof. dott. med. Urs Metzger
Dott. med. Stefan Neuner-Jehle
Prof.ssa Nicole Probst-Hensch

Coordinamento

Cornelia Schwager, Lega svizzera contro il cancro

Design/stampa

Basisdruck AG, Berna

Questa scheda informativa è disponibile anche in tedesco e in francese.
La scheda informativa può essere ordinata al numero di tel. 0844 85 00 00 oppure all'indirizzo shop@legacancro.ch

© Febbraio 2014, Lega svizzera contro il cancro, Berna

KLS / 2.2014 / 1500 I / 3662