**La colonscopia: la temuta parola con la C**

**Il 6 giugno 2024 alle 11:30 AM • 34:55**

**PAROLE CHIAVE** colonscopia, polipo, cancro al colon, test di screening del cancro al colon, rischio, rischio più alto, lesioni, intestino, cancro colorettale, evidenza, trovare, procedure, aumentare, buono, precoce, persone

**00:02** Il programma "I Cancers" è presentato dal Dr. Bill Evans e sponsorizzato dal programma di assistenza ai malati di cancro, che offre aiuto quando ne hai davvero bisogno.

**00:11** Benvenuti al Podcast del programma di assistenza ai malati di cancro. Sono il Dr. Bill Evans, professore emerito all'Università McMaster nel dipartimento di oncologia. Vi do il benvenuto a questo podcast. Se è la vostra prima volta, sono felice che siate con noi e penso che vi piacerà molto l'argomento di oggi, che si concentra sullo screening del cancro colorettale. Se ci avete già ascoltato in precedenza, bentornati e continuate a seguirci. Recensendo vari argomenti, diventerete più informati sui molti progressi speranzosi nella gestione del cancro, dal trattamento alla cura di supporto, fino alla prevenzione e alla diagnosi precoce. Negli ultimi mesi abbiamo parlato di alcune delle ragioni per cui il presidente del dipartimento di oncologia dell'Università McMaster, il Dr. Jonathan Sussman, si sente ottimista riguardo al futuro e abbiamo discusso dei progressi fatti. Questo potrebbe essere un podcast interessante per coloro che ci ascoltano per la prima volta, quindi vi invito a dargli un'occhiata sul sito del Programma di Assistenza ai Malati di Cancro, cancerassist.ca, o su una delle vostre fonti di podcast preferite come Google, Apple o Spotify. Ho l'opportunità di intervistare persone davvero intelligenti e oggi sono fortunato di intervistare il Dr. Barry Loman. Conosco Barry dai tempi in cui era capo della medicina all'Università McMaster. È professore nel Dipartimento di Medicina e gastroenterologo, nonché responsabile regionale dell'endoscopia per Cancer Care Ontario e attualmente sta guidando un'importante iniziativa per implementare nuove tecnologie informatiche presso Hamilton Health Sciences. Quindi benvenuto Barry, sono davvero felice di vederti di nuovo e di parlare con te dello screening del cancro colorettale.

**02:05** Molte grazie, Phil, è un piacere essere qui.

**02:09** Un buon punto di partenza perché ho capito col tempo che, anche se noi medici comprendiamo perfettamente cose come il colon e il suo funzionamento, i nostri ascoltatori là fuori potrebbero non capire davvero cosa fanno alcune parti del loro corpo o dove si trovano. Quindi forse potresti descrivere un po' il tratto intestinale e in particolare il colon e il suo funzionamento. E poi parleremo di come si sviluppa il cancro.

**02:40** Certamente, quindi sospetto che la maggior parte delle persone sappia che il tratto gastrointestinale è davvero un lungo tubo che inizia appena sotto la bocca con l'esofago e si estende attraverso l'esofago, lo stomaco, l'intestino tenue e infine nel colon. E infine attraverso il retto dove tutti espelliamo le feci ogni giorno o ogni altro giorno. E davvero il ruolo del colon in tutto ciò è quello di immagazzinare. Dopo che il cibo è stato digerito e correttamente assorbito dall'intestino tenue, il compito del colon è prendere ciò che rimane, rimuovere un po' di liquido e immagazzinarlo fino al momento dell'evacuazione del colon e del passaggio delle feci.

**03:31** Quindi questo è il suo compito. E di solito lo fa abbastanza bene. Ma come molte parti del corpo, può sviluppare tumori. E in realtà il cancro al colon è un cancro piuttosto comune in Canada, secondo le statistiche canadesi sul cancro, nel 2020 si stima che 26.900 canadesi svilupperanno un cancro colorettale, è un numero fenomenale. È il secondo più comune dopo il cancro ai polmoni in generale e responsabile di circa il 12% di tutti i decessi per cancro. Ma è anche un cancro che può essere individuato molto presto, dove i risultati sono eccellenti e persino prevenuto attraverso test che chiamiamo screening. E ancora, quel termine screening potrebbe non significare molto per alcune persone e forse è qualcosa che dobbiamo spiegare molto bene.

**04:30** Sì, è estremamente importante parlare di screening perché ciò che stiamo cercando di fare è identificare persone senza sintomi che potrebbero avere una piccola lesione nel colon, ciò che chiamiamo un polipo. E se possiamo rilevare quel polipo e impedirgli di crescere e diventare infine un cancro, allora possiamo, come hai detto, prevenire il cancro al colon o possiamo trovare il cancro al colon in una fase molto precoce. Quindi l'idea è che, dato quello che hai detto, che questo è un cancro così comune, e sappiamo che il rischio di sviluppare il cancro al colon inizia ad aumentare intorno ai 50 anni, chiediamo alle persone di far parte di un programma di screening che prevede di prendersi cura della salute del proprio colon sottoponendosi a uno screening per qualsiasi evidenza di polipo o per trovare un tumore nell'intestino prima che sia avanzato e migliorare quindi il loro futuro.

**05:31** Quindi forse è opportuno commentare su quali sono alcuni dei fattori di rischio per il cancro al colon. Hai menzionato che iniziamo lo screening in questa provincia a 50 anni. Quindi in media, questo è il rischio medio 50 anni e oltre, ma quali sono alcune delle cose che aumentano il rischio di sviluppare il cancro al colon oltre all'invecchiamento, su cui non abbiamo alcun controllo?

**05:57** Sì, ci sono alcune cose davvero importanti. E penso che la prima da affrontare sia se c'è una storia familiare. Quindi se sei una persona che ha un membro della famiglia che ha avuto il cancro al colon o è noto per avere grandi polipi nel colon, questo aumenta il rischio. E questo ti mette in un gruppo diverso di chi dovrebbe essere controllato e come dovrebbe essere controllato. Circa il 30% o tre su dieci dei tumori del colon possono essere associati a una storia familiare. Quindi è davvero importante che se questo è il caso, ne discuti con il tuo medico e forse segua un percorso diverso rispetto allo screening di routine o come Bill lo chiama lo screening medio. Ci sono buone prove che la dieta svolge un ruolo in questo. Ed è davvero importante pensare ad evitare diete ricche di grassi e concentrarsi di più sulle fibre. La verità è che tutti sappiamo cosa sia una buona dieta. Ed è una questione di evitare l'eccesso di grassi, aggiungere fibre alla dieta ogni volta che è possibile e ridurre la quantità di cibi processati e in particolare le carni processate che possono aumentare il rischio di sviluppare un polipo o un cancro.

**07:32** E penso che ci siano altre condizioni che predispongono le persone a sviluppare il cancro al colon che vale la pena menzionare e che le mettono anche a un rischio più alto rispetto al gruppo medio, come persone con alcuni tipi di infiammazione intestinale o anche alcune malattie geneticamente determinate che producono molti polipi, giusto?

**07:56** Sì, hai assolutamente ragione, ci sono numerose condizioni genetiche ben comprese oltre ad avere un familiare con il cancro al colon che aumentano notevolmente il rischio. E i due più comuni di questi sarebbero ciò che viene chiamato FAAP o poliposi adenomatosa familiare. E in questi casi la storia familiare è di solito piuttosto evidente. E il rischio arriva molto prima nella vita. E c'è una seconda sindrome chiamata H NPCC o sindrome di Lynch che è anche associata a un rischio molto elevato di cancro. E di nuovo in questi individui, quando quella storia familiare è nota, devono davvero iniziare a fare i loro esami molto prima nella vita, a volte anche alla fine dell'adolescenza o ai primi vent'anni. Le persone che hanno la colite ulcerosa o l'infiammazione cronica del colon sono anche a un aumentato rischio di sviluppare il cancro al colon, specialmente se hanno avuto la loro malattia per oltre 10 anni. E se l'intero colon è affetto dalla colite ulcerosa. In questi individui, raccomandiamo che vengano per una colonscopia su base regolare per cercare di prevenire o trovare il problema molto prima che abbia la possibilità di diventare avanzato.

**09:24** E oltre a questi, la mia comprensione è che c'è un aumento del cancro colorettale tra alcune popolazioni, come la nostra popolazione indigena. Ed è vero anche nelle persone di colore che c'è un aumento del rischio e a un'età più giovane?

**09:41** Sì, la risposta a entrambe le domande è assolutamente corretta. Bill. Ci sono prove che le nostre popolazioni aborigene e indigene sono a rischio più elevato e hanno esiti peggiori. Parte di ciò potrebbe essere correlato alle loro condizioni di vita o al loro accesso all'assistenza sanitaria, ma è assolutamente vero. Senza le nostre popolazioni indigene che sono a rischio più elevato e ci sono prove che le persone che hanno un background genetico di neri o asiatici hanno un'incidenza più alta di cancro al colon.

**10:15** Penso che abbiamo avuto il caso celebre dell'attore Chadwick Boseman, morto di cancro colorettale a 43 anni, che ha portato alla luce il fatto che le persone di colore sono a rischio più elevato e a un'età più giovane di contrarre questa malattia, ma per la persona a rischio medio che non ha malattie infiammatorie intestinali, non ha una predisposizione genetica, non rientra in uno di quei gruppi, raccomandiamo lo screening colorettale ma ci sono diversi tipi di procedure di screening che possono essere fatte. E in Ontario raccomandiamo un test che esamina le feci per trovare la presenza di sangue, giusto? E anche il test utilizzato è cambiato recentemente e forse potresti descrivere quel test, come viene fatto, quanto è efficace e se fa la differenza per il cancro al colon?

**11:18** Sì, questo è davvero importante e ha rappresentato un grande cambiamento in Ontario nell'ultimo anno. Per molti anni abbiamo avuto un vecchio termine che chiamiamo FOBT, che è un test per cercare evidenze di sangue nelle feci. L'idea è che se si possono rilevare piccole quantità di sangue, si possono sperare di trovare polipi e/o tumori del colon prima e letteralmente per 25 anni quel test FOBT è stato disponibile. E non c'è assolutamente dubbio che se si guarda a grandi popolazioni, quel test riduce la mortalità degli individui con cancro al colon se le persone sono compliant. Il problema con quel vecchio test è che è scomodo. Richiede di prelevare un campione di feci per tre giorni consecutivi e spalmarlo su una scheda. Si suppone di cambiare dieta, evitare certi farmaci. E quindi la disponibilità delle persone e l'accuratezza del test non sono state davvero quelle che volevamo. E così negli ultimi anni e in molte giurisdizioni è arrivato un nuovo test chiamato FIT o test FIT. E l'idea è la stessa, cerchiamo evidenze di sangue nelle feci, in realtà cerchiamo una componente diversa del sangue. Ma la cosa bella di questo nuovo test è che è almeno due volte più sensibile nel rilevare il sangue nelle feci. Non richiede alla persona di cambiare dieta, non deve cambiare farmaci o evitarli. E il test viene eseguito su un singolo campione di feci. Viene fornito in un kit davvero molto comodo e con istruzioni molto chiare. Quindi può essere fatto molto facilmente. È almeno, come ho detto, due volte più sensibile. E speriamo davvero che la comodità insieme a conversazioni come quella che stiamo avendo oggi aumenti il numero di individui che sono disposti a sottoporsi a queste procedure di screening e, si spera, ci permetta di trovare un polipo prima che abbia la possibilità di crescere e causare problemi seri lungo la linea.

**13:48** Penso che tutti i test abbiano falsi negativi e falsi positivi. Quindi come si comporta il test FIT in questo senso?

**13:57** Quindi è molto migliorato rispetto al vecchio test FOBT, per usare il termine tecnico, la sensibilità e la specificità sono entrambe nell'ordine del 90%. Nessun test è perfetto. Ma posso dirvi che se avete un test FIT positivo, è almeno quattro volte su dieci che troveremo un polipo significativo nel vostro colon quando seguiamo con una colonscopia. E questo è molto significativo perché ciascuno di quei polipi, se sono di una certa dimensione, ha il potenziale un giorno di diventare un cancro. Quindi è un grosso affare. E se avete un test positivo, vogliamo assolutamente che veniate per la vostra colonscopia e c'è una buona probabilità che troveremo qualcosa di importante.

**14:54** Quindi faremo una breve pausa e continueremo con la nostra conversazione dopo il messaggio dal Programma di Assistenza ai Malati di Cancro. Iscriviti oggi per la camminata virtuale del programma di assistenza ai malati di cancro il sabato 29 maggio. Inizia o unisciti a una squadra, stabilisci un obiettivo di raccolta fondi e inizia a raccogliere donazioni a sostegno dei servizi gratuiti per i pazienti affetti da cancro e le loro famiglie nella nostra comunità. Che tu scelga di camminare, fare escursioni, andare in bicicletta o muoverti per cinque chilometri, speriamo che ci aiuterai a unirci virtualmente in onore di un amico o di una persona cara colpita dal cancro. Il tuo supporto fornirà aiuto quando è più necessario. Per chi stai camminando? Visita cancerassist.ca per registrarti.

**15:41** Ora, i polipi sanguinano regolarmente, è sempre stata una cosa che mi ha preoccupato quando penso a un polipo rispetto a un cancro perché un cancro è una sorta di crescita alterata con molti nuovi vasi sanguigni e posso immaginare che sanguini regolarmente. E comunemente le persone si presentano con anemia a causa del sanguinamento da un cancro al colon. Ma i polipi sanguinano regolarmente anche loro? O c'è il rischio di perderli semplicemente perché non hanno sanguinato abbastanza spesso? Quindi

**16:09** è una domanda estremamente interessante e buona. Perché la maggior parte dei polipi quando li guardi diresti esattamente quello che hai detto Bill, come ha fatto a trasformare il test FIT in positivo. E quindi c'è qualcosa che sta succedendo lì, specialmente con ciò che chiameremmo una lesione più grande, forse più grande di un'unghia. E ci sono prove molto buone che anche se non sembrano sanguinare, tendiamo a rilevarle con questo nuovo test. Quindi c'è qualcosa che accade a livello microscopico anche se non lo vediamo che ci permette di rilevare queste lesioni.

**16:49** Perché penso che una delle cose più importanti sia che non si tratta solo di rilevamento precoce del cancro prima che si diffonda. Si tratta di trovarlo prima che sia effettivamente diventato un cancro e di prevenire, è uno dei messaggi più forti che dobbiamo trasmettere qui è che questa è davvero una misura preventiva e potrebbe evitare un sacco di problemi di sviluppo di un cancro avanzato. E le persone non dovrebbero davvero fare questo regolarmente se hanno più di 50 anni.

**17:18** Sì, è davvero molto importante. E come hai detto, un polipo non è un cancro, un polipo ha il potenziale di diventare un cancro. Quindi se lo rimuoviamo, eliminiamo il rischio che quel polipo cresca e causi problemi un giorno. Ma è anche molto importante che se un polipo sta diventando maligno, lo rimuoviamo prima che abbia la possibilità di invadere la parete del colon e iniziare a diffondersi perché sappiamo che il tasso di sopravvivenza passa dal 90% da un cancro molto precoce a solo magari uno su cinque di sopravvivenza dopo cinque anni se lo troviamo troppo tardi. Quindi si tratta di rilevamento precoce.

**18:04** Stavo per citare quelle statistiche di un cancro localizzato ha quel tasso di sopravvivenza a cinque anni del 90% e i tumori distanti secondo i dati negli Stati Uniti hanno solo un tasso di sopravvivenza a cinque anni del 14%. Quindi vuoi trovarlo presto. E anche se è progredito a cancro, se viene trovato in una fase precoce, quel tasso del 90% può ancora applicarsi. Quindi ancora più importante fare il test ora, se il test è positivo, intraprenderai una colonscopia. Giusto? E magari descrivere come viene eseguita e cosa stai cercando.

**18:45** Sì, quindi una colon, tutti hanno sentito parlare un po' di colonscopia. Quindi spero di poter dire la verità e alleviare alcune paure. Quindi la colonscopia è un modo per esaminare il rivestimento interno del colon con un endoscopio, un lungo tubo nero che ha una telecamera ad alta definizione. Per fare ciò dobbiamo far fare alle persone una preparazione che è intesa a letteralmente lavare il colon in modo che possiamo vedere il rivestimento e, sapete, un colon ben preparato. L'interno di quel colon sembra proprio come l'interno della tua mano. È pulito come un fischio. E con l'alta definizione e occhi esperti possiamo vedere lesioni molto piccole, piccole come un paio di millimetri. Il test richiede che venga fatto ovviamente in una struttura in grado di fornire l'attrezzatura necessaria e il supporto infermieristico e il monitoraggio del paziente mentre viene eseguito. Praticamente tutte le colonscopie vengono eseguite con una qualche forma di sedazione, che può essere quella che chiamiamo sedazione cosciente, una combinazione di farmaci per renderti un po' sonnolento, ridurre il dolore e permetterci di completare l'esame con un minimo di disagio. In alcune circostanze può essere eseguita con una sedazione più aggressiva. Ma la sensazione generale è che per una colonscopia media la sedazione cosciente sia adeguata. Il colon in realtà non ha fibre del dolore all'interno, non ci sono davvero fibre del dolore all'interno, ma ci sono fibre di stiramento all'esterno o del colon. E quindi quando le persone sentono disagio, si verifica quando attraversiamo gli angoli, il colon non è una linea retta, ha molte curve e svolte. Quindi un po' di crampi attorno agli angoli è abbastanza normale. Ma il rischio di una complicazione grave da una colonscopia è nell'ordine di uno su 2000, il che significa che, sapete, 1999 volte su 2000, è una procedura diretta. Se viene trovato un polipo, può quasi sempre essere gestito allo stesso tempo, lesioni molto grandi potrebbero richiedere un secondo esame o l'aiuto di un individuo più esperto su quei tipi di lesioni difficili. Ma la stragrande maggioranza delle volte, se viene trovato un polipo, verrà rimosso allo stesso tempo dell'esame iniziale.

**21:26** Quindi, essendo stato sul lato ricevente, per così dire, penso che la parte più difficile fosse la preparazione. Ho avuto più di una colonscopia. Quindi l'ho avuta con sedazione cosciente e senza nulla, senza nulla perché dovevo vedere il mio capo subito dopo la procedura. Quindi non volevo essere sonnolento parlando con il mio capo in quel momento e posso attestare che attraversare quegli angoli è scomodo, per non dire altro. Ma nel complesso è una procedura abbastanza semplice. E vorrei che le persone lo sapessero e lo riconoscessero. Così non sono scoraggiati dal fare i test per paura che la colonscopia sia una procedura difficile. Alcune persone direbbero, beh, perché non andare direttamente alla colonscopia? Stai effettivamente guardando l'interno dell'intestino, puoi vedere tutti questi piccoli polipi o piccoli cancri in formazione e così via. Perché fare il test FIT? E sono sicuro che questo viene fuori spesso. E dobbiamo rispondere a questo.

**22:34** Sì, succede. E sai, questo è evoluto negli ultimi dieci anni circa, c'era una spinta molto forte in, in una certa misura, in altre giurisdizioni, in particolare negli Stati Uniti, c'è una forte spinta che, sai, dovresti andare direttamente alla colonscopia come hai detto Bill. In molte altre giurisdizioni e in particolare in Ontario, non lo raccomandiamo più. E ha davvero a che fare con la capacità. E qui è dove l'aritmetica inizia a diventare davvero importante. Perché se guardi ai guadagni facendo test FIT e scopi le persone che ne hanno bisogno rispetto a quelle che li vogliono, improvvisamente se esegui lo screening di 100.000 persone in Ontario con colonscopia, costerà un'enorme quantità di risorse. Mentre se esegui lo screening con un test delle feci e scopi solo quelli che sono positivi, rileverai circa 10 volte più cancri facendo il test FIT rispetto a fare semplicemente 100.000 colonscopie. E quindi, Cancer Care Ontario è molto chiara ora che non dovremmo davvero offrire la colonscopia di routine per le persone a 50 anni. E dovremmo concentrarci su coloro che hanno effettuato il test FIT e che sono risultati positivi. Direi anche che, sai, nel mondo COVID come esiste ora, la nostra capacità di fare questo tipo di procedure è influenzata. E quindi la nostra capacità di offrire test di screening a rischio medio per le persone quando stiamo lottando per mantenere le procedure per le persone che ne hanno veramente bisogno è davvero compromessa. È un'altra realtà del mondo COVID in cui ci troviamo.

**24:32** Volevo chiederti degli impatti del COVID. Ora in termini di distribuzione del test FIT, non dovrebbe esserci nulla che influisca negativamente da una prospettiva pandemica. Quindi lì potrei capire il lato colonscopia delle cose, ma ha interferito in qualche modo con le persone che effettivamente ricevono il loro test FIT inviato a loro?

**24:57** Sì, lo ha fatto per un po'. Alla fine di marzo, abbiamo messo in pausa il test FIT, Cancer Care Ontario e il laboratorio hanno messo in pausa il test FIT perché abbiamo davvero smesso di fare tutte le procedure tranne quelle più urgenti, ciò è stato ora fermato. E siamo tornati alla normale offerta di test FIT per chiunque abbia più di 50 anni che non rientri in un gruppo ad alto rischio. Quindi ha fatto per un po', ma è finito. E siamo tornati e speriamo di essere a pieno regime.

**25:30** Bene, è bello sentirlo. Perché so che ci sono state alcune stime negli Stati Uniti sugli impatti della sospensione dei programmi di screening durante la pandemia, risultando in cancri che emergono più tardi e sono più avanzati e in realtà aumentando i tassi di mortalità. Il Dr. Fauci, infatti, penso che a luglio stesse stimando qualcosa nell'ordine di 20.000 aumenti nei decessi per cancro a causa della sospensione dei programmi di screening. Quindi sono felice di sentire che il test FIT è disponibile per le persone e spero che prestino attenzione e che lo inviino. E qual è il ruolo della sigmoidoscopia flessibile? E c'è ancora il programma di sigmoidoscopia flessibile guidato da infermieri a Hamilton o è stato sostituito dal test FIT?

**26:25** Sì, è stato sostituito ora. Quindi quello a cui Bill si riferisce è una sorta di un terzo di una colonscopia, guarda al lato sinistro del colon. Ed era inteso come un meccanismo per identificare le persone a rischio elevato di polipi e per suggerire chi doveva continuare a fare una colonscopia. Ci sono molte letterature negli anni che hanno dimostrato che questo è di beneficio. Ma di nuovo, è una questione di capacità. E date le crescenti effetti positivi dello screening FIT, la provincia ha abbandonato l'offerta di sigmoidoscopia flessibile.

**27:09** È bene sapere. Ora ci sono altri modi di eseguire lo screening del colon e immagino che la risposta sarà simile, ma ci sono mezzi radiologici con tomografia computerizzata e altre cose, ci sono circostanze speciali in cui è utile eseguire lo screening usando questi altri tipi di tecnologia?

**27:33** Sì, quindi la tomografia computerizzata o la colonscopia virtuale ha avuto molta trazione alcuni anni fa come modalità di screening. E fondamentalmente ciò significa che devi comunque fare una preparazione per avere il tuo colon il più pulito possibile. Ma invece di venire a fare un'endoscopia, vai a fare una TAC dove distendono il tuo colon con anidride carbonica o aria e poi fanno una TAC. E se trovano un polipo, allora vai a fare una colonscopia. E se non lo fanno, allora sei a posto. Di nuovo, è una questione di risorse per la maggior parte, ma c'è anche un piccolo gruppo di persone che hanno colon molto contorti, sai, alcune persone hanno capelli lisci, alcune persone hanno capelli ricci, alcune persone hanno colon molto ricci che sono difficili da negoziare. E in quel caso, una TAC è una molto buona seconda scelta, ma non sarebbe la nostra prima scelta.

**28:37** Certo. Bene. Ora abbiamo parlato di fattori di rischio, concentrandoci principalmente sulla dieta. Ci sono altre cose che le persone possono fare che potrebbero ridurre il loro rischio di sviluppare il cancro al colon?

**28:55** Sì, penso che chiederei loro di prestare attenzione a qualsiasi nuovo sintomo che direbbe questo è diverso per me, ognuno ha il proprio abituale intestinale. E non c'è davvero un normale fisso. Non c'è una legge che dice che devi avere una defecazione ogni giorno alle 6 del mattino o a qualsiasi altra ora specifica. Ma se noti un cambiamento significativo rispetto al tuo precedente abituale intestinale a qualcosa di nuovo, vale la pena parlarne con il tuo medico. Se hai sanguinamento rettale, è sicuramente qualcosa che vorremmo considerare e, sai, una goccia di sangue ogni tanto, se ti sforzi al momento di una defecazione è una cosa, ma se ora vedi un cambiamento e vedi sanguinamento rettale o hai pressione o dolore nel retto, questi sono sintomi che ora ti sposterebbero dallo screening alla valutazione sintomatica da parte del tuo medico e del tuo gastroenterologo o chirurgo generale e poi una decisione su se davvero hai bisogno di fare una colonscopia. Quindi è solo prestare attenzione al tuo corpo e alle cose che stanno cambiando o alle cose che non sono normali per te.

**30:10** E se avessi alcune raccomandazioni su come cercare di ridurre il rischio e menzionassi cose come l'esercizio fisico o c'è un ruolo per l'aspirina, prendiamo mini-aspirina per cercare di non avere attacchi di cuore, le persone sono spesso su statine per abbassare il colesterolo e queste cose si dice abbiano qualche influenza sul cancro al colon.

**30:34** Sì. Quindi parliamo brevemente dell'aspirina. Ci sono prove che l'aspirina e i farmaci antinfiammatori riducono il tasso di recidiva o lo sviluppo di polipi. E ci sono alcuni studi effettivamente che hanno dimostrato che le persone che assumono aspirina a basso dosaggio hanno un'incidenza più bassa di polipi. Ma questa è una lama a doppio taglio. E quindi l'aspirina e i farmaci antinfiammatori hanno anche il potenziale di causare sanguinamenti nell'intestino e lo sviluppo di ulcere. Quindi questa è una conversazione che devi avere con il tuo medico di famiglia riguardo al rischio-beneficio. Non mi aspetto che questo gruppo, o il tuo pubblico, abbia prestato molta attenzione a questo necessariamente. Ma le raccomandazioni più recenti per la prevenzione degli attacchi di cuore con l'aspirina sono anche effettivamente cambiate e sono molto più conservative di quanto non fossero in termini di chi dovrebbe assumere l'aspirina. E direi che lo stesso vale, la dieta a basso contenuto di grassi è assolutamente importante. Le prove che assumere un farmaco che abbassa il colesterolo riduca i tumori del colon non sono grandi, se non inesistenti. E dopo di ciò, non ci sono davvero molte altre interventi farmacologici che possono essere raccomandati. Sai, scherzo un po' con le persone nella mia clinica e dal punto di vista della dieta dico, ascolta, se ha davvero un buon sapore, devi pensarci due volte prima di mangiarlo perché probabilmente ha grassi e potrebbe non essere la scelta migliore.

**32:22** Bene, questo è un commento piuttosto interessante che potrebbe essere un buon commento per concludere. Ma non penso che dovremmo fermarci qui. Volevo darti una sorta di ultima opportunità, mentre concludiamo, solo per dire ciò che vorresti che il pubblico ascoltasse riguardo allo screening colorettale. Qual è il messaggio chiave in questo momento che dovrebbero elaborare, particolarmente in questo sfortunato periodo di pandemia COVID.

**32:50** Penso che direi un paio di cose. E hai iniziato questo all'inizio, Bill, come il cancro al colon è comune. È il secondo cancro più comune nella nostra società. Ed è diverso da molti cancri. Perché se viene rilevato presto, possiamo fare una grande differenza. Quindi questa è una vera opportunità per le persone di essere attente e prendersi cura di se stesse. E per favore, parlate con il vostro medico di famiglia di fare il test di screening delle feci. Penso che questo sia il primo. Il secondo è se avete un test positivo, per favore sottolineate quattro volte, per favore venite a fare la vostra colonscopia che verrà fatta entro otto settimane dal risultato. E c'è una buona probabilità che faremo qualcosa di davvero benefico per voi. Quindi, per favore, se lo fate e è positivo, venite a trovarci. Tutti sono preoccupati per il COVID. L'ospedale è sicuro. È un posto dove potete venire sicuri che il personale e tutti gli altri seguano tutte le raccomandazioni per ridurre il rischio COVID. E per favore non ritardate, perché ci sono prove molto buone che più si aspetta dopo un test FIT positivo, più è probabile che si avrà un tumore più avanzato.

**34:11** Bene, questi sono messaggi eccellenti per gli ascoltatori e per concludere. E voglio ringraziarti molto, Dr. Leung, per aver dedicato il tuo tempo a parlarci dello screening colorettale, della sua importanza e di come può fare una grande differenza nella prevenzione o almeno nel rilevamento precoce del cancro colorettale quando è meglio trattato con i migliori risultati. Quindi grazie mille per il tuo tempo. Prenditi cura.

**34:39** Grazie, Phil. È un piacere. Apprezzo l'opportunità.

**34:43** Questo è stato il programma "I Cancers", presentato dal Programma di Assistenza ai Malati di Cancro.