### La Rilevazione e il Trattamento del Cancro del Colon-Retto

Il cancro è questo programma condotto dal Dott. Bill Evans e presentato dal programma di assistenza contro il cancro, aiuto quando ne hai veramente bisogno.

**Bill:** Questo mese ci stiamo concentrando sul cancro del colon. Puoi darmi qualche informazione di base? Quanto è comune il cancro del colon?

**Bill Evans:** Bene, Shauna, abbiamo coperto nella nostra serie tutti i tipi di cancro più importanti. Abbiamo iniziato con il cancro ai polmoni, abbiamo trattato il cancro alla prostata, il cancro al seno il mese scorso e oggi il cancro del colon. Ognuno di questi tipi di cancro colpisce circa 25.000 canadesi ogni anno. Insieme, questi quattro tipi di cancro rappresentano il 50% di tutti i tumori. Quindi, è un cancro comune ed importante. Ma il messaggio importante da portare via da questo programma, che sono sicuro sentiremo dai nostri ospiti, è che se lo scopri presto, la probabilità di guarigione è davvero molto buona. È importante prestare attenzione alla funzione intestinale. Sono sicuro che sentiremo dal Dott. Simonov, che verrà subito dopo, l'importanza di essere consapevoli del proprio corpo, di come funziona l'intestino, di come ti senti, di cosa fa il tuo appetito e se c'è del sangue nelle tue feci. Tutte queste cose dovrebbero portarti dal tuo medico di famiglia e, se appropriato, a ulteriori indagini di cui parleremo. Ma se viene trovato presto, questo è un cancro curabile. Se non viene trovato presto, ci sono sempre più buone cose che si possono fare per aiutarti e assisterti, anche per migliorare le tue possibilità di sopravvivenza dopo che è stato eseguito un intervento chirurgico. Spesso parliamo dei fattori di rischio per questi tumori. E, di nuovo, come molti degli altri tumori nella serie che sono così comuni, il fattore di rischio più grande è in realtà la tua età. E il 90% dei casi di cancro del colon si verifica dopo i 50 anni. E ci sono altri fattori di rischio che non puoi controllare, davvero il tuo makeup genetico. Ci sono due forme: se hai un parente di primo grado, quindi se tua madre, tuo padre, tua sorella, tuo fratello o i tuoi figli hanno avuto il cancro del colon, allora sei a rischio più elevato. Ma ci sono anche alcune malattie geneticamente determinate, fortunatamente molto rare, con nomi grandi come la poliposi adenomatosa familiare, dove le persone ottengono letteralmente centinaia se non migliaia di polipi nel loro colon dall'inizio alla fine. E qualsiasi di questi può trasformarsi in un cancro. E poi c'è un altro sindrome chiamata la sindrome di Lynch, dove di nuovo c'è un'anomalia genetica che predispone al cancro, ma senza un polipo precedente. E per ragioni che non sono ben comprese, gli afroamericani hanno un rischio maggiore di cancro del colon. Stiamo vedendo alcuni cambiamenti anche nelle nostre popolazioni indigene: una volta avevano una bassa incidenza di cancro del colon-retto, ma negli ultimi decenni stiamo vedendo un'incidenza sempre crescente. E probabilmente ha a che fare con l'adozione di una dieta più simile a quella canadese, americana ed europea. La stessa cosa è stata osservata con i giapponesi che si sono trasferiti dal Giappone alle Hawaii agli Stati Uniti, e si vede una bassa incidenza di cancro del colon-retto in Giappone, un livello intermedio di cancro del colon per quelli che hanno vissuto alle Hawaii per un periodo di tempo, e se hai vissuto negli Stati Uniti con radici giapponesi ma hai vissuto lì per tutta la vita, hai un'incidenza simile a quella degli altri americani. Quindi presumibilmente ha molto a che fare con il tuo ambiente e in particolare con la tua dieta. Ci sono un paio di altre cose di cui le persone dovrebbero essere consapevoli. Una di queste è che l'inattività probabilmente aumenta il rischio e certamente esercitarsi e mantenere la funzione intestinale regolare, come dicono i britannici, una costituzione mattutina, quindi fai una passeggiata e fai muovere l'intestino sembra essere una cosa utile da fare. E siamo arrivati a essere consapevoli anche che il fumo aumenta il rischio di cancro del colon. Quindi queste sono un paio di cose che puoi controllare: non puoi controllare il tuo makeup genetico e non puoi controllare la tua età. Ma puoi fare qualcosa nel tuo stile di vita in termini di ciò che mangi, quanto esercizio fai e quali tossine metti nel tuo corpo.

**Shauna:** Ho un'altra domanda veloce. Prima di arrivare al Dott. Sommer Novick e al Dott. John Gottman, che è un oncologo medico e si occuperà più di chemioterapia in stadio avanzato di cancro del colon un po' più tardi nello show, ci sono altri fattori di rischio? Ad esempio, mia madre aveva la colite ulcerosa e mi è stato detto che questo potrebbe essere un fattore di rischio per me.

**Bill Evans:** Sì, ho dimenticato di menzionarlo, ma la malattia infiammatoria intestinale, sia la colite ulcerosa che la malattia di Crohn, entrambi aumentano il rischio di cancro del colon se li hai per un periodo di tempo prolungato, come anni o più. E naturalmente, anche la gestione è più complicata perché hanno già sintomi intestinali e discernere i diversi sintomi che potrebbero essere indicativi di cancro del colon-retto è impegnativo. E potrebbero aver avuto molteplici interventi chirurgici anche per una di queste malattie infiammatorie intestinali. Quindi, ancora una volta, è complicato e quindi gli individui con queste particolari malattie devono essere consapevoli che c'è un rischio e i medici devono monitorarli attentamente.

Faremo una breve pausa su AM 900 CHML. Quando torneremo, parleremo con il Dott. Marco Semin Novick, un chirurgo del cancro del colon-retto dell'ospedale Juravinski e un po' più tardi con il Dott. John Goff, un oncologo medico specializzato nella terapia sistemica del cancro del colon-retto. Questo sarà su AM 900 CHML.

**Shauna:** State ascoltando il programma di assistenza per il cancro con il Dott. Bill Evans e la conduttrice Shauna Thompson su AM 900 CHML.

**Shauna:** State ascoltando il programma di assistenza per il cancro su AM 900 CHML che è presentato dal programma di assistenza contro il cancro. Sono Shauna Thompson qui con il Dott. Bill Evans. E questo mese ci stiamo concentrando in modo speciale sul cancro del colon. Ora si unisce a noi il Dott. Marco Semin Novick, un chirurgo del cancro del colon-retto dell'ospedale Juravinski. Benvenuto Marco e grazie per essere venuto questa mattina.

**Marco:** Grazie per l'invito Shauna e Bill. È un momento molto interessante per essere in questo campo. E spero che possiamo coprire alcune delle aree che penso possano interessare ai vostri ascoltatori. Tutti sanno dove si trova la gabbia toracica, tutti sanno dove si trova il bacino osseo e nel mezzo c'è l'addome ed è lì che si trova il colon. Alla fine del colon c'è il retto per circa un altro piede e mezzo, due piedi. Quando mangi, il cibo va nello stomaco, poi va nell'intestino tenue dove vengono assorbiti tutti i nutrienti. E poi tutto viene depositato nel colon. Il colon è una grande specie di C invertita nel tuo addome. E fondamentalmente tutto ciò che fa il colon è assorbire l'acqua. E il risultato finale è lo sgabello che viene consegnato al retto. Ci sono alcuni piccoli elettroliti che vengono assorbiti ed escreti, ma per la maggior parte il colon riguarda tutto l'assorbimento dell'acqua in modo da non diventare disidratato.

**Shauna:** Man mano che invecchiamo, un fattore di rischio è il cancro del colon se non un fattore di rischio. Possiamo ottenere il cancro del colon perché stiamo invecchiando. E immagino che il 90% di tutti i cancri del colon si verifichi dopo i 50 anni. Cosa potrebbe aspettarsi una persona di provare se stesse sviluppando un cancro del colon? Quali sarebbero i sintomi?

**Marco:** Certo. Quindi, la prima cosa è che, sai, è abbastanza comune, ma allo stesso tempo solo circa il 5% della popolazione finirà per avere una qualche forma di cancro del colon. E questo può essere un cancro in stadio molto precoce, molto curabile o in stadio avanzato. Quindi non vogliamo spaventare tutti e pensare che tutti stanno ottenendo il cancro del colon. Ma è uno dei tipi di cancro più comuni. E hai ragione, man mano che invecchi, quello è forse il fattore di rischio più importante per chi ottiene il cancro del colon. Ci sono alcuni altri, ma sono poco compresi e possiamo discuterli. Ma i sintomi sono la cosa più importante, come ha menzionato Bill. E può essere qualcosa di vago come un po' di dolore addominale o una perdita di peso. E vuoi descrivere questi al tuo medico di famiglia. Ma quelli che vuoi davvero portare all'attenzione del medico di famiglia sono cose come il sanguinamento rettale. Quindi se vedi effettivamente del sangue nelle tue feci, non supporre solo che sia emorroidi o, sai, ho avuto questo problema un mese fa e potrebbe essere molto serio ed è andato via. Se hai del sanguinamento rettale, portalo all'attenzione del tuo medico di famiglia. L'altro è un cambiamento nelle abitudini intestinali. Quindi, se di solito sei allentato e diventi più costipato o viceversa, costipato e diventi più allentato o se ti senti a disagio quando hai i movimenti intestinali, pressioni, qualsiasi cambiamento nelle tue abitudini intestinali che è coerente. Quindi, sai, tutti abbiamo cambiamenti di giorno in giorno. Ma se c'è una deriva coerente o un cambiamento nelle tue abitudini intestinali, portalo all'attenzione del tuo medico di famiglia e il tuo medico di famiglia può fare un ottimo lavoro nel capire se è qualcosa che richiede ulteriori indagini.

**Shauna:** Marco, quando parli di sanguinamento rettale e ho sentito che è un segno di avvertimento in passato, ma di quanto sanguinamento rettale stiamo parlando? Un po'? Voglio dire, sto presumendo che se sai, la tazza del water ha molto sangue dentro, è meglio vedere il tuo medico velocemente. Ma ci sono quantità minori di cui dovresti essere attento?

**Marco:** Quello che suggerirei è che devi davvero portarlo all'attenzione del tuo medico di famiglia. E tutti otteniamo occasionalmente emorroidi, ok? Queste sono la realtà dell'esistenza. E quindi il tuo medico di famiglia è forse il migliore a dire sì, questo merita un'indagine, un po' di sangue per un giorno o due e poi niente per anni, ovviamente non è importante come qualcuno che costantemente ha anche solo un po' di spotting sulle loro feci. Quindi, di nuovo, se vedi del sangue, portalo all'attenzione del tuo medico di famiglia e loro sono meglio posizionati per decidere se meriti ulteriori test.

**Shauna:** Quindi vado a vedere il mio medico di famiglia, cosa posso aspettarmi che saranno le indagini che suggerirà di fare?

**Marco:** Bene, quello che spero che il medico di famiglia faccia è prendere una buona storia e fare un buon esame fisico e scoprire se ci sono altre cose che stanno accadendo. Ti sei sentito male, hai perso peso, diminuita energia, e poi faranno un buon esame fisico su di te. E una delle chiavi di questo è una buona palpazione dell'addome cercando eventuali sorprese e speriamo che non ce ne siano. E poi un buon esame rettale digitale. Purtroppo, ancora non è comune come lo era anche 10 o 20 anni fa, i medici di famiglia non stanno facendo regolarmente esami rettali e inviano le persone per indagini senza quel primo test iniziale. E quel test può spesso trovare tumori che sono molto bassi o può trovare evidenze che c'è molto più sanguinamento in fondo di quanto il paziente ammetta. Quindi è quello che mi aspetterei per primo e poi le indagini successive sarebbero probabilmente un rinvio a un chirurgo o a un gastroenterologo per una colonscopia. E non si fa lo screening di qualcuno che ha già evidenze di sanguinamento. Quindi non c'è alcun ruolo per lo screening con test di sangue occulto nelle feci, ecc. Quella persona dovrebbe essere inviata a un gastroenterologo o a un chirurgo per una valutazione e una colonscopia.

**Shauna:** E quando parliamo di colonscopia, forse potremmo descrivere un po' di più cosa comporta, le sfide di negoziare intorno a quella C a forma di C che hai appena descritto del colon, la svolta a sinistra?

**Marco:** Sai, tutto il concetto di screening è pagato. Quindi lo screening è per i pazienti che non hanno segni o sintomi o problemi. Ma ci sono diversi modi per scremare i pazienti a seconda del paese. In Ontario, se hai tra i 50 e i 74 anni e non hai segni o sintomi, ma supponiamo che tu sia programmato per una colonscopia. E solo per far sapere alle persone che la stragrande maggioranza delle persone passa attraverso senza problemi, non riescono nemmeno a ricordare di averlo fatto, spesso dormono. Ma tutti conoscono qualcuno che ha avuto una sorta di storia dell'orrore da spiegare. Quindi, per la maggior parte, la parte peggiore è la preparazione. E bevi una soluzione prima della chirurgia o prima della colonscopia e tutto ti sarà spiegato. E quello che fa è pulire l'intestino in modo che quando viene inserito un endoscopio o un tubo con una telecamera all'estremità, la telecamera possa andare fino alla fine del colon, che generalmente è lungo circa nove piedi, e può vedere l'intero colon e dare una buona occhiata e cercare cose come polipi, tumori o altre fonti di sanguinamento come emorroidi. La diverticolite sono diverticoli che sono piccole sacche nella parete intestinale che possono anche essere una causa comune di sanguinamento. Quindi ci sono molte ragioni per cui potresti avere del sangue nelle feci che non hanno nulla a che fare con il cancro o cose come i polipi.

**Shauna:** Va bene, posso chiedere dei polipi? Perché sì, ho avuto due colonscopie finora. E hanno trovato polipi entrambe le volte?

**Marco:** Sì, beh, sei molto fortunato che siano stati trovati come polipi e non qualcosa di più serio come il cancro. Quindi il pensiero generale e, ancora una volta, in medicina e scienza non abbiamo tutte le risposte, ma generalmente pensiamo che un polipo, che è una crescita anormale ma non un cancro, impieghi circa 10 anni per diventare un cancro. Quindi hai un normale rivestimento della mucosa dell'intestino. E poi puoi ottenere alcune cellule anormali che crescono gradualmente in un polipo, un polipo con cellule anormali e infine un polipo con cellule anormali che penetrano in certi strati della parete intestinale che lo rendono un vero cancro. E pensiamo che ci vogliano circa 10 anni. Quindi intuitivamente ha senso che se rimuovi quel polipo prima che diventi un cancro, dovresti essere in grado di prevenire i tumori. Quindi in un certo senso, voglio dire, sono sicuro che hai avuto polipi, ma in un certo senso è una buona notizia che li hai trovati come polipi e non come tumori.

**Shauna:** Sì. E sono anche in una routine regolare ora per lo screening ogni cinque anni, giusto?

**Marco:** Sì, è fantastico. Quindi stiamo parlando di screening. Quindi torniamo a questo in termini di ciò che viene offerto a livello provinciale come programma di screening, non è avere una colonscopia. Questo non è lo standard di cura che viene promosso come parte del programma di screening provinciale. È in realtà cercare il sangue occulto usando un particolare test e forse potresti descrivere quel test e i pro e i contro di esso, se vuoi.

**Marco:** Certo. Quindi, diverse giurisdizioni in tutto il mondo hanno politiche diverse e in realtà l'Ontario è, sai, una delle prime aree principali, non l'unica in Canada, ad avere un programma di screening. Alcuni degli aspetti di quel programma sono chiaramente supportati da prove e alcuni sono necessari o no, ma intuitivamente hanno senso. Quindi lo screening in Ontario è per i pazienti che hanno tra i 50 e i 74 anni. E il test che usiamo è chiamato test di sangue occulto fecale, e fai tre test. E il paziente deve prendere un piccolo tampone delle loro feci e spalmarlo su un piccolo disco di carta. E può essere un po' inquietante per le persone fare ciò. E devono farlo tre volte. E devono evitare certe cose come la vitamina C e la carne rossa e prendere l'aspirina e l'Advil e i FANS. Quindi può essere piuttosto problematico. Ma è il fulcro del programma di screening in Ontario. E inoltre in Ontario sei idoneo ad andare direttamente a una colonscopia se hai un parente di primo grado con tumore, e parente di primo grado significa genitori, fratelli, sorelle o i tuoi figli. E quindi questo è il programma e fai un test di sangue occulto fecale ogni due anni. Come ho detto, se hai un parente di primo grado vai per una colonscopia. E se il tuo test di sangue occulto è positivo, vai per una colonscopia. E se fai una colonscopia e hai una colonscopia normale, non ne hai bisogno per altri 10 anni. Le cose stanno cambiando nella provincia, stiamo passando dal test di sangue occulto fecale a qualcosa chiamato test FIT che è stato dimostrato essere un test più efficace. Non solo è molto più facile per i pazienti lavorare con esso, ma è più sensibile e specifico, il che significa che rileva più tumori. Nessun test è perfetto. Quindi il test di sangue occulto fecale rileva solo circa la metà dei pazienti con tumore, il test FIT rileverà circa l'80% dei pazienti con tumore. Il test FIT è molto più facile da fare: è fondamentalmente un cotton fioc che inserisci nelle feci mentre si trovano nel contenitore di tua scelta. E lo rompi e lo metti nel piccolo contenitore e lo mandi per posta. È solo un piccolo tocco e non ci sono sbavature. Non ci sono tre test. E più importante, non ci sono aggiustamenti per i farmaci o le cose che stai mangiando, testa una parte diversa della molecola del sangue.

**Shauna:** E non importa se hai mangiato carne rossa e hai avuto esattamente un test di sangue occulto fecale, sarà positivo sul test di sangue occulto fecale piuttosto che sul test FIT, giusto? Quindi è vantaggioso. Ora in alcune parti del mondo stanno usando la sigmoidoscopia flessibile come test di screening. E questo non è standard qui anche se ci sono infermieri che sono stati formati in questa città per fare effettivamente quello screening. Come sta progredendo?

**Marco:** Bene, come sai, Bill, ci sono molte idiosincrasie in qualsiasi sistema sanitario in qualsiasi parte del mondo. Non c'è da stupirsi. E questo è un po' un paradosso in quanto la sigmoidoscopia flessibile è stata dimostrata più efficace nella prevenzione delle morti per cancro del colon-retto rispetto al test di sangue occulto fecale. Ma è un test più difficile da organizzare e stai facendo sigmoidoscopie flessibili su tutti. Sai, alcuni studi suggeriscono che se usiamo costantemente il test di sangue occulto fecale in un periodo di 10 anni, solo circa dal 10 al 25% dei pazienti finirebbe con una colonscopia. Bene, quei numeri sono molto, molto più alti se stai facendo una sigmoidoscopia flessibile su tutti perché il secondo che vedi un polipo con una sigmoidoscopia flessibile, i polipi sono piuttosto comuni, sai, probabilmente il 50% delle persone sopra i 60 anni ha un polipo, finisci per fare molte, molte più colonscopie. Quindi ci sono vantaggi e svantaggi. E penso che quello che mi piacerebbe solo enfatizzare è che non penso che abbiamo il test di screening perfetto. Ma abbiamo un test di screening abbastanza buono. Ora il test FIT dovrebbe essere un miglioramento. Ma allo stesso tempo non affidiamoci allo screening per combattere il cancro del colon-retto: se hai segni o sintomi, devi davvero portarlo all'attenzione del medico di famiglia e andare da lì. Questo è davvero un messaggio chiave che vorremmo che tutti i nostri ascoltatori sentissero e portassero via.

**Bill Evans:** Ora sei un chirurgo. Quindi parliamo della gestione chirurgica del cancro del colon prima e poi cercheremo di inserire la gestione chirurgica del cancro del retto che è stata diversa. E sempre più queste procedure minimamente invasive sono utilizzate in tutto il mondo come modo di operare sul cancro del colon che trovo sorprendente perché quando sono stato addestrato era un'operazione aperta che ha senso perché puoi vedere cosa stai facendo e sentire le cose e così via. E forse potresti descrivere come chirurgo del colon-retto i pro e i contro di questi due approcci diversi: un'operazione aperta o una che è essenzialmente fatta attraverso una serie di fori nella parete addominale e guardando uno schermo video mentre rimuovi parte del colon in una sacca di plastica.

**Marco:** Certo. Quindi un chirurgo che fa le loro operazioni principalmente laparoscopicamente o un chirurgo che le fa principalmente aperte, siamo tutti sulla stessa pagina in termini di quali sono gli elementi critici di un'operazione di alta qualità. Ok, e questa è una valutazione appropriata prima dell'operazione, capire esattamente dove si trova il tumore, quanto è esteso. E quindi, che sia fatto laparoscopicamente o aperto, è la stessa identica operazione. L'unica differenza è che l'incisione in un'operazione aperta è ovviamente in media più lunga rispetto a quando è fatta laparoscopicamente. Ci sono stati diversi studi con la chirurgia del colon laparoscopica che suggeriscono che se hai fatto laparoscopicamente, rimani in ospedale circa un giorno in meno. In media usi meno antidolorifici e ovviamente la tua cicatrice è più piccola. Ma sorprendentemente, non ci sono davvero molte differenze in termini di, beh, non sorprendentemente forse fortunatamente, non ci sono differenze nelle possibilità di guarigione. Anche cose come lo sviluppo di ernie dopo l'intervento chirurgico non c'è differenza se è fatto laparoscopicamente o aperto. Abbiamo fatto alcune ricerche in Ontario che suggeriscono che i vantaggi come gli ospedali adottano sempre più la chirurgia laparoscopica non sono davvero riflettivi di quelli che sarebbero i vantaggi dichiarati dagli studi randomizzati. Perché forse, sai, la grande cosa che dobbiamo aspettare è che l'intestino ricominci a muoversi. Ci sono stati studi randomizzati con la chirurgia del cancro del retto e questi sono un po' più problematici. Quegli studi suggeriscono che i risultati della chirurgia laparoscopica non sono buoni quanto i risultati della chirurgia aperta per il cancro del retto. Molto controverso e sono sicuro che se avessi un chirurgo che fa prevalentemente chirurgia laparoscopica non sarebbe d'accordo con me. Ma dirò che il leader americano dello studio principale che testa la chirurgia laparoscopica del cancro del retto pensa che ci dovrebbe essere una moratoria sulla chirurgia laparoscopica del cancro del retto e ha dichiarato pubblicamente che non crede che la chirurgia del cancro del retto dovrebbe essere fatta laparoscopicamente.

**Bill Evans:** Ora stiamo esaurendo il tempo, ma hai toccato il cancro del retto. E so che sei un grande sostenitore di qualcosa chiamato resezione mesorettale totale. Vuoi descriverlo un po'?

**Marco:** Molto brevemente in 30 secondi o meno. Se pensi al retto come una salsiccia in un panino con salsiccia che è incastrata nella parte posteriore del tuo bacino e il tuo bacino è come una tazza da tè. Quindi in essenza, la resezione mesorettale totale è solo assicurarsi di rimanere fuori da quel panino con salsiccia per rimuovere la salsiccia nel retto intatto in un pezzo con la guaina del mesorettale dove tutti i linfonodi sono intatti, in modo che sia il modo migliore per assicurarsi che il tumore non ritorni né nel bacino né altrove nel corpo.

**Bill Evans:** E hai promosso questa tecnica nella nostra regione e hai aiutato tutti i chirurghi del colon-retto o i chirurghi generali nella nostra comunità nella LIN a intraprendere questo tipo di chirurgia più efficacemente.

**Marco:** Ho un grande interesse di ricerca nell'ottimizzazione della chirurgia del cancro del retto a livello di popolazione. La resezione mesorettale totale è solo una piccola parte di questo.

**Bill Evans:** Beh, è fantastico. Amo il lavoro che fai nel miglioramento della qualità per la chirurgia del cancro. Sei stato un vero leader in questa comunità e ti ringrazio molto per essere venuto oggi e parlare del cancro del colon-retto.

**Marco:** Grazie mille per l'opportunità.

**Shauna:** È assolutamente affascinante. State ascoltando il programma di assistenza contro il cancro su AM 900 CHML che è presentato dal programma di assistenza contro il cancro. Torneremo subito su AM 900 CHML.

**Shauna:** Soggetto sensibile davanti, parla questo è il programma di assistenza contro il cancro con il Dott. Bill Evans e la conduttrice Shauna Thompson su AM 900 CHML.

**Shauna:** State ascoltando il programma di assistenza contro il cancro su AM 900 CHML. È presentato dal programma di assistenza contro il cancro. Sono Shauna Thompson e sono qui con il Dott. Bill Evans. E abbiamo un ospite speciale, il Dott. John Goff, un oncologo medico specializzato nella terapia sistemica del cancro del colon-retto.

**Bill Evans:** Buongiorno John, grazie per essere venuto. È fantastico averti e seguendo ciò di cui parlava il Dott. Semin Novick riguardo a tutti gli approcci chirurgici ora. C'è un ruolo per la terapia sistemica sempre più nella gestione del cancro del colon-retto, ma sono abbastanza vecchio da sapere che per il tempo più lungo abbiamo avuto solo un farmaco con cui lavorare dal 1972 al 2000. C'era solo questo farmaco, il 5-fluorouracile o 5-FU in breve. E poi le cose sono cambiate. Parliamo di alcuni dei nuovi farmaci che abbiamo e di come si relazionano a ciò di cui parlava Marco sulla gestione chirurgica del cancro del colon-retto.

**John Goff:** Sì, grazie per avermi invitato oggi. Voglio enfatizzare l'importanza dello screening e davvero non dare troppo credito al Dott. Semin Novick come chirurgo, ma la chirurgia è numero uno qui e vogliamo prendere la malattia in anticipo. Perché la chemioterapia è davvero un aggiunta. L'obiettivo della chemioterapia è, lo chiamo assicurazione parziale, stiamo cercando di ridurre il rischio che la malattia torni dopo che la chirurgia è stata eseguita e speriamo che abbia rimosso virtualmente tutto o tutto dal paziente. Nel contesto metastatico o incurabile, non abbiamo le stesse opzioni. E a questo punto chiamiamo la chemioterapia palliativa, il che significa che non ci curerà, ma può darci un po' di qualità e quantità di tempo.

**Bill Evans:** Quindi, se sono un paziente che ha subito un intervento chirurgico per il cancro del colon, diciamo chirurgia del cancro del colon perché ci sono differenze di cui dobbiamo parlare con la chirurgia del cancro del retto. Cosa determina se ricevo una chemioterapia aggiuntiva dopo la chirurgia che ho avuto?

**John Goff:** Per il cancro del colon, la cosa più importante che guardiamo è la presenza o l'assenza della malattia in qualcosa che chiamiamo linfonodi. E i linfonodi fanno parte del nostro sistema immunitario, sono piccoli ammassi di globuli bianchi seduti in una piccola sacca grande quanto un pisello o più piccola. E questo è davvero il primo posto dove le cellule tumorali tendono a scappare. E quando riescono ad arrivare a questi piccoli linfonodi, sappiamo che hanno capito come viaggiare. E suggerisce che se sono riusciti a viaggiare lì, potrebbero essere in grado di viaggiare altrove. E poi siamo preoccupati per la possibilità in futuro di malattia metastatica o malattia che si diffonde oltre l'originale origine. E questo è il nostro principale indicatore per la chemioterapia.

**Bill Evans:** Quindi hai parlato della chemioterapia come una sorta di assicurazione. Quindi la stai dando perché hai identificato che c'è stata una diffusione a alcune strutture locali, linfonodi. E speri che mettendo questo nel sistema corporeo, i farmaci viaggeranno e prenderanno qualsiasi quantità microscopica di cancro in altre parti del corpo, potenzialmente.

**John Goff:** Esattamente. Se abbiamo un nodulo tumorale misurabile, diciamo nei polmoni o nel fegato che, ipotizziamo, è di cinque centimetri di dimensione, un paio di pollici. La chemioterapia potrebbe ridurlo. Ma è abbastanza eccezionale che faccia scomparire completamente quel particolare punto. Ma il nostro pensiero è che se ci sono alcune cellule tumorali vaganti che sono scappate attraverso il flusso sanguigno e sono atterrate in altre parti del corpo, la chemioterapia può spazzarle via uccidendo quelle vaganti. E di solito citiamo circa un miglioramento del 10% o 15% nella possibilità di guarigione nel periodo di cinque anni. E dopo cinque o sei anni, se il tumore non è tornato, siamo abbastanza fiduciosi che una guarigione sia stata raggiunta.

**Bill Evans:** Quindi non è un grande aumento. Ma tuttavia è qualcosa che, se fossi nella situazione di aver avuto un cancro del colon e fossi a rischio, potresti voler prendere quella possibilità di sottoporsi al trattamento per migliorare le tue possibilità di rimanere bene. Ma c'è sempre un lato negativo con la chemioterapia. Quindi che tipo di cose sperimenterei come paziente se venissi a ricevere la chemioterapia aggiuntiva nella tua clinica?

**John Goff:** La prima cosa che facciamo è assicurarci di personalizzare il trattamento per l'individuo. Parliamo di cure personalizzate. E in alcuni modi non siamo al punto con il cancro del colon dove stiamo facendo un sacco di test genetici e scegliendo una ricetta ideale su base paziente. Ma vogliamo vedere qual è l'età del paziente, qual è la loro salute generale altrimenti, ci sono altri rischi? Se ho una grave malattia cardiaca e sono in ospedale ogni due settimane con un grave problema cardiaco, allora sottoporsi alla chemioterapia probabilmente non è la scelta giusta per me. Per la maggior parte delle persone, gli effetti collaterali sono in realtà abbastanza buoni, non troppo. Abbiamo sempre domande sulla perdita di capelli e i farmaci per il cancro del colon sono in realtà abbastanza gentili per i capelli. Le persone sono sempre preoccupate per la nausea o il vomito, è una preoccupazione classica. E per la maggior parte non è un problema, possiamo prevenire o controllare questo se succede. Le cose a cui prestiamo davvero attenzione sono, e questo è vero per molte chemioterapie della varietà più vecchia, ancora molto in uso, includono un rischio di infezione. E proprio come le cellule tumorali, i piccoli globuli bianchi possono essere temporaneamente danneggiati e quei livelli di globuli bianchi nel corpo possono scendere. E può esserci un rischio di infezione. È temporaneo e può essere gestito. Ma facciamo sapere alle persone che se hanno la febbre devono ottenere immediatamente assistenza medica. E il secondo tempo, un po' grossolano forse per la discussione, è la diarrea. E può essere a volte serio. Per lo più può essere ben controllato con farmaci da banco come Imodium. Ma avvertiamo i pazienti di mantenersi idratati, bere bene. E se la diarrea non è ben controllata, vogliamo saperlo in modo da poter fare un cambiamento e metterlo sotto controllo.

**Bill Evans:** E quindi di nuovo, se sono un paziente, cosa significa per me venire al centro oncologico, quanto frequentemente, quanto tempo devo passare? E posso lavorare quando sono in questo tipo di trattamento o no?

**John Goff:** È abbastanza variabile. Quindi ci sono alcune persone che sono in grado di lavorare, hanno l'energia ed è abbastanza sorprendente. Alcuni pazienti sono estremamente impressionanti in ciò che possono fare. Ma per molti di noi, penso che sia piuttosto stancante e la nostra aspettativa è che l'individuo medio non lavori. Quanto al tempo, richiede molto tempo. Il trattamento generale dopo la chirurgia sarebbe di circa sei mesi di trattamento ogni due settimane o a seconda del particolare regime o ricetta. E le visite al centro oncologico richiedono un po' di pazienza. Suppongo che sia per questo che li chiamano pazienti.

**Bill Evans:** Già.

**John Goff:** Sì, le nostre cliniche sono a volte un po' in ritardo. Le persone devono aspettare per fare gli esami del sangue e le loro appuntamenti. La suite di chemioterapia è un luogo sempre più occupato. E devo dare immenso credito ai pazienti con cui lavoro perché sono pazienti, sembrano capire e nonostante il fatto che passino tanto tempo lì e stiano attraversando così tanto, sono straordinariamente tolleranti e pazienti con noi.

**Bill Evans:** Ora, nel contesto della malattia metastatica hai detto che è palliativa. E in passato la mia esperienza era che avevamo un solo farmaco, ma le cose sono cambiate. E ora ci sono più combinazioni di farmaci. E puoi passare dalla prima linea alla seconda linea alla terza linea, parlaci un po' di come si è evoluto e cosa significa in termini di sopravvivenza complessiva di una persona con stadi più avanzati del cancro del colon-retto.

**John Goff:** Sì, siamo molto attenti a discutere la sopravvivenza perché è estremamente individuale. E come sai dalla pratica, ci sono risultati dappertutto. E alcune persone possono fare estremamente bene e sono totalmente sorprendenti e altre persone incappano in complicazioni sfortunate e le cose vanno in un'altra direzione. Ma nel tempo abbiamo accumulato un certo numero di farmaci in modo che nel contesto metastatico la vita media è aumentata da meno di un anno con quel singolo farmaco, il 5-FU, a quasi due anni con una piccola varietà di farmaci e ricette diverse. E questo è dove, in una certa misura, le cure personalizzate entrano in gioco, poiché abbiamo un po' più di scelta e alcune opzioni in più nel contesto metastatico, limitato dai dati disponibili e ovviamente dal finanziamento del ministero. Uno dei farmaci che usiamo è in realtà abbastanza sensibile alla presenza di una specifica anomalia genetica o DNA, che chiamiamo mutazione. E questa mutazione K RAS, è una famiglia di mutazioni, influisce sull'uso di un particolare anticorpo o farmaco e può influenzare completamente se è probabile che funzioni o meno. Quindi, anche se è ancora presto in alcuni aspetti per le cure personalizzate nel cancro del colon, sai, siamo agli inizi di fare scelte basate su effettivi test genetici dei tumori.

**Bill Evans:** Quindi non è routine testare il cancro del colon per la mutazione K RAS o lo è?

**John Goff:** Nel contesto incurabile è routine. Non è entrato nel contesto curativo.

**Bill Evans:** Quindi, se hai una mutazione di questo particolare K RAS, alcuni dei farmaci non funzioneranno efficacemente come capisco, giusto?

**John Goff:** Sì, esatto. Otteniamo anche un po' di valore prognostico da questo, una comprensione del corso della malattia complessiva. Ma specificamente ci sono un paio di farmaci chiamati panitumumab e cetuximab che funzionano se questa mutazione K RAS non è presente e non funzionano se è presente.

**Bill Evans:** E uno degli hot topic dell'oncologia è l'immunoterapia. E sentiamo molto parlare di questo nel cancro del polmone e melanoma e cancro renale. Non così tanto nel cancro del colon-retto, ma forse un piccolo sottogruppo della popolazione potrebbe beneficiarne.

**John Goff:** Sì, oserei dire che questa è una parte davvero attraente dell'oncologia a questo punto, questi farmaci hanno ottenuto molta copertura mediatica. E come classe, hanno sicuramente migliorato la cura in diverse malattie. Ma hai ragione, nel cancro del colon è stato un po' più difficile. E ci sono marcatori, è un po' lo stesso concetto di K RAS, usare ciò che chiamiamo un biomarcatore per determinare se qualcosa funzionerà. Ma ci sono questi marcatori o biomarcatori per questi agenti immuni. E uno di essi è il livello PDL-1 nel cancro. Ma non sembra funzionare così bene nel cancro del colon, sembra che stia funzionando secondo un insieme di regole diverso in una certa misura. E il grande, e questo inizia a diventare un po' complicato, è qualcosa chiamato instabilità microsatellitare. E questo è roba piuttosto complicata. Ma fondamentalmente abbiamo queste stringhe di DNA ripetitivo e si incasinano quando non le ripariamo correttamente. E il problema chiave qui è che quando hai tumori anormali con molte e molte mutazioni, sembrano strani, sembrano strani al sistema immunitario e c'è una possibilità che il sistema immunitario lo riconosca come estraneo. Ora, se puoi scoprire questi tumori che il sistema immunitario si è svegliato, allora forse puoi effettivamente ottenere qualche beneficio e ridurre questi tumori. Ma nel cancro del colon è stato difficile. Quindi stiamo ancora studiando questo, abbiamo uno studio attivo al Centro di Cancro Juravinski per le persone che hanno il cancro del colon e la malattia avanzata e quello studio sta quasi per concludersi, si sta accumulando molto velocemente perché le persone sono entusiaste di questi farmaci.

**Bill Evans:** È un campo molto entusiasmante dell'oncologia e un buon momento per essere in esso come oncologo se sei un oncologo accademico. Ma è stato anche impressionante per me solo vedere quanto progresso è stato fatto nell'aggiungere diversi farmaci e combinazioni e estendere la sopravvivenza anche dei pazienti metastatici e migliorare modestamente la sopravvivenza di quelli che subiscono la resezione chirurgica. Quindi è una storia molto positiva. E apprezzo molto che tu sia venuto e raccontato John, grazie.

**John Goff:** Grazie per avermi avuto.

**Bill Evans:** Il Dott. John Goff è il nostro ospite. Torneremo subito sul programma di assistenza contro il cancro su AM 900 CHML e il programma di assistenza contro il cancro è presentato dal programma di assistenza contro il cancro. Avremo di più in un minuto su AM 900 CHML.

**Shauna:** Vuoi risposte sul cancro? Le troverai nel programma di assistenza contro il cancro con il Dott. Bill Evans e la conduttrice Shauna Thompson su AM 900 CHML.

**Shauna:** Questo è AM 900 CHML e state ascoltando il programma di assistenza contro il cancro. Sono Shauna Thompson qui con il Dott. Bill Evans. Solo un promemoria che purtroppo non possiamo prendere telefonate durante il corso del programma. Ma potete contattarci con qualsiasi domanda. Potete inviarmi un'email a sthompson@900chml.com o su Twitter utilizzando l'handle @ShaunaTalk. E per favore usa l'hashtag #CancerAssistShow così possiamo trattare le tue domande. E infatti, Bill, ci siamo concentrati sul cancro del colon questo mese. Il mese scorso stavamo parlando del cancro al seno. E ho avuto un paio di persone che mi hanno inviato email riguardo alcune controversie sulla mammografia?

**Bill Evans:** Non c'è dubbio. Questa è un'area controversa. E infatti, preparando il programma, ho fatto parecchie letture. E un particolare numero di una delle riviste sul cancro aveva tutte le prospettive delineate da quelle che sono ancora molto positive e entusiaste riguardo lo screening del cancro al seno a quelle che sono più negative. È chiaro però che i benefici iniziali riportati per lo screening del cancro al seno erano eccessivamente ottimistici. Quindi una riduzione del 40% nella mortalità è fuori scala e contrapposta a ciò, lo studio canadese che ha ormai 25 anni non ha mostrato alcuna riduzione della mortalità. Quindi eccolo lì, hai uno che mostra un'enorme riduzione e uno che non mostra alcuna riduzione della mortalità. Nel mezzo, ci sono altri 11 studi randomizzati e penso che il consenso da molti diversi gruppi di esperti in tutto il mondo abbia generalmente detto che c'è qualche beneficio. È più modesto, forse una riduzione del 20% della mortalità. Traducendo questo in qualcosa che le persone potrebbero capire meglio, dovresti fare 1000 mammografie per prevenire la morte di una donna per cancro al seno. Alcune persone direbbero che non è un test abbastanza buono. Altri direbbero che per salvare una vita vale la pena fare quello screening. Abbiamo una task force canadese sulla prevenzione della salute che esamina le prove e le loro linee guida e raccomandazioni sono uscite nel 2011 e sostengono ancora che le donne a rischio medio dai 50 ai 74 anni dovrebbero fare mammografie ogni due anni. E per quelle che sono più giovani e a rischio più elevato, come avere un gene BRCA1 o BRCA2, iniziare prima nella vita. Stanno rivedendo tutte le prove esistenti e il loro sito web riporta che pubblicheranno nuove linee guida quest'anno. Quindi vedremo dove si trova al momento. Questo è lo standard provinciale per eseguire mammografie nelle donne dai 50 ai 74 anni. E non c'è dubbio che ci sono sia potenziali benefici che potenziali danni. E a volte le persone enfatizzano i danni, come ottenere un falso positivo che porta a una serie di test extra, più mammografie, passare da una mammografia di screening a una mammografia diagnostica a una biopsia. E con questo, tutta l'ansia associata. D'altra parte, potresti argomentare che trovando piccoli tumori presto puoi fare interventi conservativi al seno e non le grandi mastectomie radicali del passato. Ma stai anche rilevando queste lesioni precancerose, cose che chiamiamo DCIS o carcinoma duttale in situ. Questo è un tipo di cancro ma non ha ancora invaso. La realtà è che molti di questi sono indolenti e non causerebbero mai danni, ma alcuni di essi sono aggressivi e non puoi dire la differenza. Quindi cosa fai? E alcune persone leggendo la letteratura qui vedranno il termine sovradiagnosi e devo solo dire che sovradiagnosi significa che è un cancro, ma non prenderebbe mai la tua vita perché qualcos'altro prenderebbe la tua vita. È come trovare un cancro e tre mesi dopo essere investiti da un autobus o avere un infarto. Non c'è modo di sapere quando lo trovi che non è un cancro che sarà importante. Quindi il medico non ha scelta se non trattarlo quando lo trova. Quindi non lasciarti sopraffare dalla nozione che la sovradiagnosi equivale al sovratrattamento e i medici stanno facendo cose cattive. È trovare cose che sappiamo non avrebbero effettivamente preso la tua vita perché altre cose sarebbero intervenute. Quindi è una risposta complicata a una situazione complicata.

**Shauna:** Ho detto che sarebbe stato controverso e non sono sorpresa. Abbiamo ricevuto dei buoni feedback ma mostra che le donne sono preoccupate e cercano di trovare le migliori informazioni per se stesse. E quindi è una discussione che dovrebbero avere con i loro medici.

**Bill Evans:** E a volte puoi essere esposto a molte informazioni. E se non sai la fonte di quelle informazioni, può essere sospetta. Penso che la linea di fondo sia avere una discussione con il tuo medico di famiglia.

**Shauna:** E non fa male fare un po' di letture in giro ma devi anche avere una lente su di essa che, se non sei medico, potresti essere preso da termini come sovradiagnosi o sovratrattamento o qualche iperbole che è in alcuni degli articoli. Sono andato su questi siti web e stanno chiaramente portando le cose oltre ciò che le prove effettivamente mostrano.

**Shauna:** Abbiamo solo un paio di minuti rimasti su questo programma di questo mese e torneremo il 25 giugno. Ma prima di concludere volevo menzionare un paio di raccolte fondi perché il programma di assistenza contro il cancro dipende dalle donazioni e dalle persone che aiutano in quel modo. Hanno appena avuto la loro grande marcia ieri. Un altro grande evento è in arrivo in agosto ed è il torneo di golf annuale che si svolge al Glendale Golf and Country Club.

**Bill Evans:** E si svolgerà il 9 agosto ed è una grande opportunità. Penso che la maggior parte dei quartetti sia stata riempita, ma è 175 dollari per golfista. Quindi potrebbero esserci ancora alcuni slot disponibili, chiama e scopri. Certamente ci sono opportunità per la donazione di premi e la sponsorizzazione di eventi, incluso sponsorizzare una buca in onore di qualcuno che sta lottando contro il cancro e in memoria di qualcuno che non è più con noi. Ma ricordando che tutti questi fondi vanno verso i servizi che il programma di assistenza contro il cancro fornisce e includono le corse gratuite, includono le attrezzature che assistono i pazienti a rimanere nelle loro case, le sedie a rotelle, le comode e altre cose. Abbiamo molte attrezzature ora. Quindi siamo davvero ben forniti in quel senso. Ma possiamo sempre usare di più. E vogliamo anche far sapere alle persone che abbiamo forniture per incontinenza, lenzuola monouso, supporti nutrizionali. Questi sono tutti i servizi disponibili attraverso il programma di assistenza contro il cancro ma resi possibili dalle iniziative di raccolta fondi. Quindi spero davvero che tu parteciperai al torneo di golf o a una delle future raccolte fondi o faccia una donazione che puoi fare andando sul sito web cancerassist.ca o chiamando il numero 905-383-9797.

**Shauna:** E naturalmente il denaro è la donazione più flessibile perché poi il programma di assistenza contro il cancro può destinare i fondi dove è più necessario e dove c'è un bisogno immediato.