

Tumori del tratto digerente. Sige: “Avanti con terapie intelligenti. Ma l'arma vincente è la prevenzione”

Tante novità in arrivo per la cura dei tumori dell'apparato digerente, con terapie sempre più mirate ed efficaci che vanno dritte al bersaglio. Ma la vera arma vincente nei tumori resta la prevenzione attraverso screening mirati ai gruppi a rischio o alla popolazione in generale. Il punto della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia



13 DIC - I farmaci a bersaglio molecolare nelle patologie oncologiche dell'apparato digerente sono entrati in una nuova era e, almeno per alcuni bersagli, soprattutto per il fegato, alcuni nuovi farmaci hanno dimostrato la loro efficacia. Nel caso dell'epatocarcinoma per molti anni abbiamo avuto a disposizione un unico farmaco, il sorafenib, che ha dimostrato sicuramente una discreta efficacia nella malattia in fase avanzata ma che induceva effetti collaterali talvolta poco tollerabili da parte dei pazienti e con il quale si otteneva una risposta clinica solo in una parte di malati trattati. Il tutto aggravato dalla mancanza di un test che ci facesse individuare a priori i pazienti che si sarebbero giovati della terapia. Oggi abbiamo delle novità importanti nel trattamento di questo tumore del fegato.

Il regorafenib entrerà nella pratica clinica in seconda linea e verrà quindi utilizzato nei pazienti che sono andati in progressione e che non hanno risposto al sorafenib. Finalmente, quindi per l'epatocarcinoma potremo avere a disposizione una seconda linea di trattamento, cioè qualcosa di diverso da proporre al paziente. Altre novità riguardano il cabozantinib ed il trattamento immunoterapico che consente la ripresa di una risposta immunitaria contro il tumore (la risposta immunitaria viene in qualche modo soppressa dalla presenza del tumore stesso). Anche per le neoplasie del colon si dispone ora di farmaci a bersaglio molecolare, in particolare gli anti-angiogenetici che ormai sono entrati nella routine della pratica clinica.

In una quota del 20 per cento circa dei pazienti con tumore dello stomaco abbiamo dei farmaci a bersaglio molecolare anti-HER2 (il trastuzumab), anch'essi ormai entrati nella pratica clinica. Tutti questi farmaci aprono scenari di maggior sopravvivenza e in qualche raro caso di guarigione per pazienti affetti da malattie neoplastiche dell'apparato digerente ma va ricordato che sono stati fatti grandi progressi anche sul fronte dei trattamenti chirurgici, nel caso dello stomaco con i trattamenti endoscopici e nel caso del fegato con i trattamenti ablativi con microonde, radiofrequenza o metodiche intravascolari.

Resta comunque il fatto che per tutti i tumori, comunque, dovremo cercare di fare di più dal punto di vista della prevenzione primaria e secondaria. Dal punto di vista epidemiologico il tumore del colon è al primo posto tra tutti i tumori dell'apparato digerente (53 mila nuovi casi in Italia secondo il registro AIRTUM). Grazie allo screening però recenti dati dimostrano come la mortalità per questo tumore abbia iniziato a calare, contrariamente a quanto avviene per il tumore del pancreas e l'adenocarcinoma esofageo. Un po' in calo è anche l'epatocarcinoma (10 mila nuovi casi l'anno); in questo ambito i nuovi farmaci anti-virali muteranno in modo importante lo scenario nei prossimi anni ma la sorveglianza dei pazienti con cirrosi è fondamentale nella diagnosi precoce e nel migliorare la prognosi dei pazienti.

In calo da tempo l'adenocarcinoma gastrico, che resta una importante causa di mortalità in altre parti del mondo. I tumori dell'apparato gastro-intestinale, presi nel loro complesso, pesano molto, essendo probabilmente la prima causa di morte per malattia neoplastica nella popolazione adulta in Italia. Per quanto riguarda invece la diagnosi precoce nulla purtroppo o quasi possiamo fare nel caso del cancro del pancreas - 13.700 nuovi casi nel 2017 – che rimane, anche da questo punto di vista la nostra bestia nera. Il cancro del pancreas non può giovare neppure di uno screening se non tra le famiglie ad alto rischio. Rimane il più ostico, il più difficile, quello gravato dalla prognosi peggiore; ma qualcosa si sta muovendo anche in questo settore e, a livello di centri di riferimento oncologico, l'approccio al paziente è uniforme e omogeneo in tutta Italia.

Per il cancro del colon invece lo screening è previsto anche dalla legge, la copertura è abbastanza omogenea in tutto il territorio italiano, con il test del sangue occulto fecale da farsi al di sopra dei 50 anni o con la colonscopia da farsi in popolazioni a rischio (es. in chi ha un familiare di primo grado con questo tipo di tumore, soprattutto se diagnosticato in un soggetto ancora giovane). Lo screening è offerto in Italia a soggetti tra i 50 e i 69 anni ed è costituito dalla ricerca del sangue occulto nelle feci (e successiva colonscopia nei casi positivi) con ripetizione regolare ogni 2 anni.

Per il tumore del fegato, l'epatocarcinoma, parliamo di circa 10 mila nuovi casi in Italia nel 2017; questa neoplasia spesso è ancora diagnosticata in fase avanzata perché non viene ancora applicato un adeguato screening nella popolazione a rischio (cirrotici e soggetti affetti da infezione del virus B e C). Un problema deriva dal fatto che non sappiamo ancora come gestire le epatopatie metaboliche che saranno la piaga del futuro in tutto il mondo; ma sicuramente anche qui un adeguato inquadramento e, ove indicato, lo screening e la sorveglianza, saranno fondamentali.

Anche per quanto riguarda l'adenocarcinoma gastrico – circa 13 mila nuovi casi l'anno – vale stesso discorso: si potrebbero identificare categorie a rischio, utilizzare dei biomarcatori che ci consentano di selezionare popolazioni a rischio (soggetti portatori di infezione di *Helicobacter pylori* e i portatori di una gastrite atrofica, che rientra tra le condizioni precancerose dello stomaco e che quindi richiede una gastroscopia di stadiazione). Il test detto Gastropanel, in potrebbe essere utilizzato per individuare coloro che hanno una patologia gastrica clinicamente rilevante da sottoporre a gastroscopia, migliorando anche l'appropriatezza della metodica.

Per concludere, il nostro scopo deve essere quello di prevenire i tumori ed individuarli in fase precoce e quindi un grosso sforzo deve essere fatto anche in questa direzione perché è vero, come detto, che abbiamo ormai a disposizione farmaci efficaci anche nelle fasi avanzate, ma meno diagnosi faremo in questo stadio di malattia, meglio sarà.

Fabio Farinati

*Segretario generale della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige)
Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università di Padova e Direttore della U.O.C. di
Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova*