

Avenire

Il punto del professor Fabio Farinati, segretario della SIGE

«Le ultime 'terapie intelligenti' sui tumori del tratto digerente»

Ma la vera arma vincente resta la prevenzione attraverso screening mirati

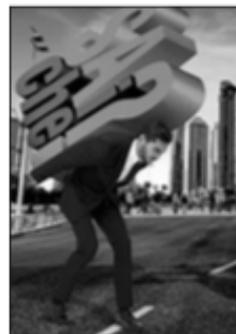


Fabio Farinati

DI FABRIZIA MASELLI

Non ha dubbi il professor Fabio Farinati, segretario della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva SIGE e ordinario di Gastroenterologia presso l'Università di Padova e Direttore della U.O.C. di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova: «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 ad esempio 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. 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. Altre novità riguardano il cabozantinib ed il trattamento immunoterapico che consente la ripresa di una risposta immunitaria contro il tumore. 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. 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). 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. 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. 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). 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.