

RAPPORTO FRA STILI DI VITA E TUMORE DELLA MAMMELLA E DEL COLON

Drssa. Daniela Marengo

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
SOC Oncologia ASLCN2 Alba-Bra



1

Prevenzione primaria: eliminare, o almeno ridurre, l'esposizione dell'organismo alle cause note di cancro;

Prevenzione secondaria: individuare i tumori (o le lesioni che ne precedono l'insorgenza) in una fase tanto precoce da non aver ancora causato danno all'organismo e da poter essere curabili e potenzialmente guaribili con terapie meno aggressive;

Prevenzione Terziaria: prevenire le complicanze e le recidive di malattia e curare adeguatamente i tumori che recidivano.

2

"Il fattore di rischio è tutto ciò che può andare a incidere sullo sviluppo di una patologia"

Esistono due diversi tipi di fattori di rischio:

- ✓ **MODIFICABILI** (comportamento e ambiente)
- ✓ **NON MODIFICABILI** (età, sesso, patrimonio genetico)

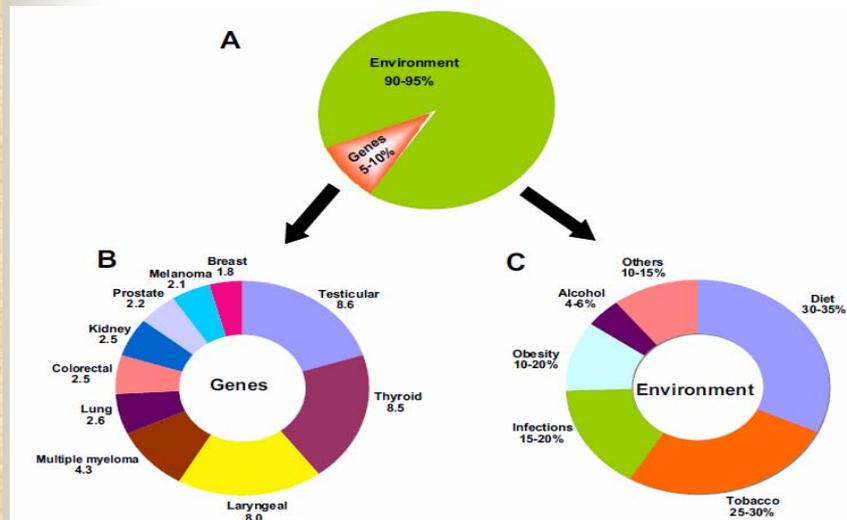
Gli effetti di tali fattori dipendono da molte variabili tra le quali:

DURATA E TIPO DI ESPOSIZIONE
o effetto combinato di due o più fattori di rischio

***IL NOSTRO PRIMO COMPITO E' MODIFICARE I
COMPORAMENTI POTENZIALMENTE DANNOSI***

3

Fattori che aumentano il rischio di tumore



4

Ci sono tumori più sensibili al tipo di alimentazione ?

Tumori del tratto gastroenterico:

si calcola che fino a tre quarti di questi tumori si potrebbero prevenire mangiando meglio a tavola.

Tumore della bocca e della gola:

correlati all'azione locale di alcune sostanze (come ad esempio l'etanolo contenuto nelle bevande alcoliche)

European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) (sostenuto da AIRC)

5

Come influisce il tipo di alimentazione ?

- **Stato di infiammazione:** può predisporre a ogni forma di cancro,
- **Equilibrio ormonale:** può favorire od ostacolare lo sviluppo di diversi tumori (prostata nell'uomo, seno, ovaio, endometrio nella donna).

European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) (sostenuto da AIRC)

6

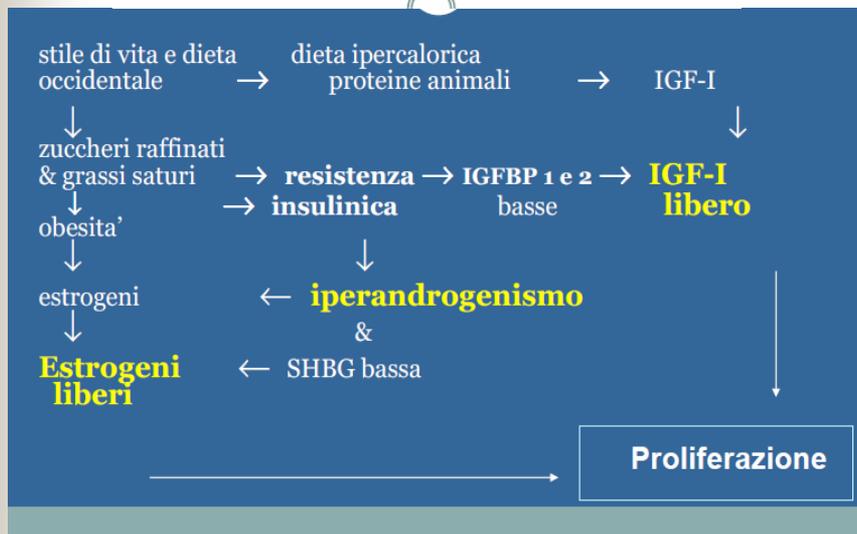
TUMORE della MAMMELLA

7

<u>Fattori</u>	<u>RR di k mammella</u>	<u>Gruppo ad alto rischio</u>
Età	>10	> 50 a
Dislocazione geografica	5	Paesi industrializzati
Età al menarca	3	Menarca < 11 anni
Età alla menopausa	2	Menopausa > 54 anni
Età alla prima gravidanza	3	Primo figlio dopo 40 anni
<i>Storia familiare</i>	<i>≥2</i>	<i>Ca mammella in parenti 1°</i>
Pregressa malattia benigna	4-5	Iperplasia atipica
T. mammella controlaterale	>4	
<i>Dieta</i>	<i>1.5</i>	<i>Dieta ricca di grassi saturi</i>
<i>Peso corporeo</i>		
<i>Postmenopausa</i>	<i>2</i>	<i>Body mass index >35</i>
Radiazioni ionizzanti	3	esposizione +++ in età < 30 a
Assunzione di ormoni esogeni:		
<i>Contraccettivi orali</i>	1.24	per più di 5 a in donne < 20 a
<i>HRT</i>	1.35	uso per ≥ 10 anni

8

Meccanismi che legano la dieta e il rischio di carcinoma mammario



Il TESSUTO ADIPOSO è un organo endocrino, cioè sintetizza ormoni e il cambiamento di questi ormoni può interferire con lo sviluppo di neoplasie

LEPTINA: (tramite meccanismi che coinvolgono il sistema nervoso) è in grado di diminuire il senso della fame e aumentare la spesa energetica tramite la termogenesi adattativa

ADIPONECTINA: controlla il metabolismo energetico di lipidi e carboidrati; incrementa il consumo dei lipidi e modulare l'effetto dell'insulina

Nell'obesità si trova una leptina-resistenza: nonostante gli alti livelli di leptina l'appetito rimane elevato e il tessuto adiposo aumenta

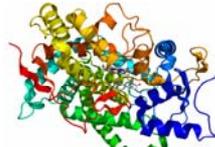
La leptino-resistenza, sia a livello centrale (SNC) che periferico (muscolare), può portare all'insulino-resistenza e di conseguenza al diabete tipo 2.

Steinberg GR, Am J Physiol Endocrinol Metab. 2004
Jan;286(1):E57-63.

↑ **LEPTINA** → ↑ **INSULINA** →

↑ **AROMATASI**

→ ↑ **ESTROGENI** (da colesterolo → androgeni →
testosterone)



11

Estrogeni

- **Stimolano lo sviluppo stromale della mammella** e il mantenimento delle caratteristiche femminili secondarie (peli, voce, statura, ossatura, distribuzione del grasso).
- **Regolano la distribuzione del GRASSO CORPOREO**, favorendone il deposito nelle anche, nelle natiche, nelle cosce e nell'addome al di sotto dell'ombelico.
- **Stimolano la sintesi di TRIGLICERIDI e LIPOPROTEINE AD ALTA DENSITA' (HDL)** proteggendo le pareti vasali dal danno arteriosclerotico...

12

ALCOOL

La **produzione di testosterone** avviene nelle **ghiandole surrenaliche** come intermedio nella sintesi del cortisolo.

L'**etanolo stimola l'attività surrenalica**, nel sesso femminile avremo un **aumento degli androgeni e di conseguenza degli estrogeni** ad opera dell'**aromatasi**.

- 1,2 g/kg: + 25% testosterone
- 2 g/kg: + 50% testosterone

13

TUMORE DEL COLON

14

COLON

- 3 studi: **BMI pre-diagnosi** → obesità → può aumentare il rischio di morte per tumore del colon-retto fino a 2 volte.
- 5 studi: **BMI post-diagnosi** → obesità → risultati controversi. Trend non significativo per aumento della mortalità.

E' bene comunque ricordare che molti pazienti obesi possono non ricevere cure oncologiche adeguate per dosi e tipo di farmaci anche per la presenza di comorbidità limitanti

Circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose (adenomi con componente displastica via via crescente)

- Gli **stili di vita** e la **familiarità** sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni.
Il consumo di carni rosse e di insaccati, le farine e gli zuccheri raffinati, il sovrappeso e la ridotta attività fisica, il fumo, l'eccesso di alcol.
- **FAP (poliposi adenomatosa familiare) – Sindrome di LYNCH**
- Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa

Protezione da:

- consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio
- somministrazione di antinfiammatori non steroidei a dosi appropriate per lungo tempo

Quanti nuovi tumori in Italia nel 2012 ?

Stima delle nuove diagnosi di tumore in Italia nel 2012

- ✿ circa 364.000 nuovi casi di **TUMORE MALIGNO** (circa **1.000 al giorno**),
 - ▶ circa 202.000 (**56%**) negli **uomini**
 - ▶ circa 162.000 (**44%**) nelle **donne**

(Pop.italiana residente da previsioni **ISTAT** –
www.demo.istat.it).

17

Quanti decessi per tumore in Italia nel 2012 ?

Maschi

- 1° Polmone (27%)
- 2° **Colon-retto (11%)**
- 3° Prostata (8%)
- 4° Fegato (7%)
- 5° Stomaco (7%)

Femmine

- Mammella (16%)**
- Colon-retto (12%)**
- Polmone (11%)
- Pancreas (7%)
- Stomaco (6%)

Prime cinque sedi di malattia
Pool Airtum 2006-2008

18

SOPRAVVIVENZA a 5 anni

MAMMELLA

- > 1990-1994: 81%
- > 1995-1999: 85%
- > 2000-2004: 87%

OS inferiore al SUD:

85-87% vs 81%

COLON M e F

- > 1990-1994: 53 %
- > 1995-1999: 58 %
- > 2000-2004: 58 %

OS inferiore al SUD:

M < 1-4% F < 4-5%