

GASTROINTESTINAL NEWSGROUP

Newsletter di aggiornamento sui tumori gastrointestinali

Comitato scientifico: Francesco Cognetti, Roberto Labianca, Stefano Cascinu, Pierfranco Conte, Francesco Di Costanzo
Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini
Anno I – numero 1 – 6 giugno 2006

Gastrointestinal Newsgroup è una newsletter scientifica quindicinale che si occupa di tumori gastrointestinali. Nasce per iniziativa di un comitato scientifico composto da Francesco Cognetti, Roberto Labianca, Stefano Cascinu, Pierfranco Conte, Francesco Di Costanzo e coordinato da Intermedia.

NEWS

01. AGGIORNAMENTO DEL CONSENSUS SULLE LINEE GUIDA PER LA COLOSCOPIA DOPO RESEZIONE DI CANCRO COLORETTALE

02. REVISIONE DELLA LETTERATURA E METANALISI SULLA CHEMIOTERAPIA NEL CANCRO GASTRICO IN FASE AVANZATA

03. VACCINAZIONE CON CELLULE DENDRITICHE CARICATE CON CEA NEL CANCRO COLORETTALE

04. CARICO E INDICE GLICEMICO E APPORTO DI CARBOIDRATI NEL RISCHIO DI CANCRO GASTRICO

05. CONSUMO DI CARNE, PESCE, POLLAME E UOVA NEL RISCHIO DI CANCRO PANCREATICO

APPUNTAMENTI E CONGRESSI

NEWS

01. AGGIORNAMENTO DEL CONSENSUS SULLE LINEE GUIDA PER LA COLOSCOPIA DOPO RESEZIONE DI CANCRO COLORETTALE

Pazienti che hanno subito resezione del cancro coloretale sono a rischio per recidive e neoplasmi metacroni del colon. Le linee guida pubblicate in CA Cancer Journal for Clinicians sono curate da componenti di American Cancer Society e US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer e riguardano l'applicazione dell'endoscopia nei pazienti che hanno subito resezione endoscopica di cancro coloretale allo stadio I, resezione chirurgica di cancro allo stadio II e III, e di resezione del cancro allo stadio IV per la prevenzione e cura di metastasi polmonari ed epatiche isolate. Il colon-retto dovrebbe essere pulito da neoplasie sincrone nel periodo perioperativo. Nei colon non-ostruiti la coloscopia dovrebbe essere eseguita prima dell'operazione, in quelli ostruiti deve essere utilizzata la coloscopia con mezzo di contrasto o con tomografia computerizzata sempre prima della chirurgia e 3-6 mesi dopo l'operazione. Una successiva coloscopia dovrebbe essere eseguita a un anno se è stata eliminata la malattia sincrona e per ricercare lesioni metacrone. Tale raccomandazione deriva dall'osservazione di un'elevata incidenza di tumori secondari apparentemente metacroni nei primi 2 anni dalla resezione. Se la coloscopia è normale ad un anno, il successivo esame dovrebbe essere eseguito dopo 3 anni, e quindi dopo altri 5 anni. Intervalli più ravvicinati devono essere considerati quando si osservano adenomi o in relazione a età del paziente, storia familiare o probabilità di cancro coloretale non-polipotico ereditario. I pazienti che subiscono resezione anteriore di cancro rettale sono più a rischio di recidive locali rispetto a quelli con cancro del colon. L'endoscopia ad

ultrasuoni o la sigmoidoscopia flessibile a 3-6 mesi nei primi 2 anni dalla resezione può essere considerata per rilevare recidive curabili chirurgicamente di cancro rettale originale. (Per scaricare l'intero articolo clicca [qui](#))

[**INDICE**](#)

02. REVISIONE DELLA LETTERATURA E METANALISI SULLA CHEMIOTERAPIA NEL CANCRO GASTRICO IN FASE AVANZATA

Una metanalisi sulla revisione della letteratura è stata condotta per determinare l'efficacia e la tollerabilità della chemioterapia in pazienti con cancro gastrico allo stadio avanzato. Ricercatori del Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle/Saale (Germania) e del Mayo Clinic College of Medicine, Rochester (Stati Uniti) hanno osservato una migliore sopravvivenza quando veniva adottato un regime contenente fluorouracile (FU), antraciclina e cisplatino. Però il FU in bolo è molto tossico e mostra un tasso di mortalità più elevato rispetto ai regimi in cui è utilizzato in infusione continua. Dopo ricerca elettronica in Medline, Embase, Cochrane Controlled Trials Register e Cancerlit, ricerca manuale su libri e contatto con esperti, sono stati presi in considerazione studi clinici randomizzati di fase II e III sulla chemioterapia di prima linea per il cancro gastrico avanzato. L'analisi della chemioterapia rispetto alla migliore terapia di supporto e l'associazione rispetto al singolo farmaco, soprattutto FU, ha indicato un beneficio significativo in favore della chemioterapia e dell'associazione di più farmaci. La relazione di regimi contenenti FU/cisplatino in associazione o meno ad antracicline con FU/antracicline in associazione o meno a cisplatino hanno dimostrato una maggiore efficacia quando i tre farmaci erano usati in combinazione. I regimi contenenti irinotecan offrono un beneficio, anche se non significativo, rispetto a quelli non contenenti irinotecan, ma non sono mai stati messi in relazione a un regime contenenti 3 farmaci. (Fonte [Journal of Clinical Oncology](#))

[**INDICE**](#)

03. VACCINAZIONE CON CELLULE DENDRITICHE CARICATE CON CEA NEL CANCRO COLORETTALE

La vaccinazione utilizzando cellule dendritiche mature, caricate con l'antigene carcino-embrionale (CEA), inducono una potente risposta specifica delle cellule T al CEA nei pazienti con cancro coloretale avanzato. Le cellule dendritiche mature sono le cellule di elezione per la presentazione di antigeni al sistema immune e come tali sono utilizzate in clinica per protocolli di vaccinazione in pazienti con cancro. Gli investigatori del Nijmegen Centre for Molecular Life Sciences e del Radboud University Nijmegen Medical Centre di Nijmegen in Olanda hanno valutato l'abilità di queste cellule a cui è stato inserito il peptide del CEA di indurre risposte specifiche in pazienti con metastasi epatiche operabili in seguito a cancro coloretale. La reattività delle cellule T specifiche al CEA è stata determinata nel sangue periferico, nelle biopsie provenienti dai siti di vaccinazione e in DTH skin test dopo il trattamento; quando disponibile, anche in linfonodi addominali isolati e nel tessuto tumorale. I risultati, derivanti da 10 pazienti vaccinati per 3 volte nel derma e in vena con cellule dendritiche mature portatrici di CEA prima della resezione delle metastasi epatiche, sono stati pubblicati in *Annals of Oncology*. Nelle biopsie DTH di 7 pazienti è stato rilevato un elevato numero di cellule T specifiche per il CEA dopo trattamento completo e grandi quantità di interferone gamma sono state osservate dopo stimolazione delle cellule target. Queste risposte non si sono trovate in biopsie dei siti di prima vaccinazione, suggerendo un'induzione de novo delle cellule T o almeno un forte potenziamento da parte del vaccino. Cellule T specifiche per il CEA sono state anche rilevate nel linfonodo rimosso da un paziente, ma non nel sangue periferico o nel tessuto tumorale. (Fonte [Annals of Oncology](#))

[**INDICE**](#)

04. CARICO E INDICE GLICEMICO E APPORTO DI CARBOIDRATI NEL RISCHIO DI CANCRO GASTRICO

Le diete ricche di glucidi, come cereali raffinati e cibi a base di amido, non sono correlate al rischio di tumore gastrico. Le diete ad elevato carico e indice glicemico sono state spesso legate ad un maggiore rischio di

cancro allo stomaco, in quanto agirebbero alterando i livelli ematici di glucosio, insulina e fattore di crescita 1 simile all'insulina. In questo studio prospettico gli investigatori del Karolinska Institutet di Stoccolma e del Central Hospital di Västerås (Svezia) hanno analizzato il carico glicemico derivante dalla dieta, l'indice glicemico totale e l'apporto glicemico in relazione all'incidenza di cancro gastrico in 61.433 donne appartenenti alla popolazione del Swedish Mammography Cohort. La dieta è stata determinata nel periodo 1987-1990 e una seconda volta nel 1997. Nei 903.586 anni-persona di osservazione, sono stati accertati 156 casi di cancro allo stomaco. Non è stata vista alcuna associazione tra carico glicemico dietetico (analisi multivariata tra più alto e più basso quintile: 0.76 HR; 95% IC = 0.46-1.25), indice glicemico totale (0.77 HR; 95% IC = 0.46-1.30) e apporto totale di carboidrati (0.85 HR; 95% IC = 0.50-1.43) con il rischio di cancro gastrico, che non sono alterate neanche da modifiche dell'indice di massa corporea. Lo studio è stato pubblicato in International Journal of Cancer. La mancanza di informazioni sulla presenza di infezione da Helicobacter pylori non ha però permesso agli investigatori svedesi la stratificazione della popolazione. (Fonte [interscience](#))

INDICE

05. CONSUMO DI CARNE, PESCE, POLLAME E UOVA NEL RISCHIO DI CANCRO PANCREATICO

Il consumo di carne rossa è stato spesso associato ad aumentato rischio di cancro pancreatico e descritto in molti studi controllati. Studi prospettici limitati e risultati contraddittori hanno stimolato gli autori di questo studio prospettico a valutare il consumo di carni rosse, pesce, carni bianche e uova in relazione all'incidenza di cancro al pancreas in una popolazione di 61.433 donne svedesi. La dieta è stata valutata con un questionario sul tipo di cibi assunti nel periodo 1987-1990 e quindi nel 1997. I casi di cancro al pancreas sono stati ottenuti dalla consultazione del Swedish Cancer Register. Nei 941.218 anni-persona di follow-up (periodo 1987 – 2004), sono stati diagnosticati 172 casi di cancro al pancreas. Il consumo prolungato di carne rossa è stato associato positivamente al rischio di tumore pancreatico (p -trend = 0.04). Gli studiosi del Karolinska Institutet di Stoccolma hanno utilizzato l'analisi di Cox per stimare l'hazard ratio multivariata tra la categoria più alta e più bassa di consumo, che per le carni rosse è stato 1.73 (95% IC = 0.99-2.98) e per le carni bianche 0.44 (95% IC = 0.20-0.97). Non sono state osservate associazioni per il consumo di carne lavorata, pesce e uova, ma i dati, pubblicati in International Journal of Oncology, suggeriscono che la sostituzione delle carni rosse con carni bianche può ridurre il rischio di cancro pancreatico. (Fonte [interscience](#))

INDICE

APPUNTAMENTI E CONGRESSI

WORLD CONFERENCE ON INTERVENTIONAL ONCOLOGY

Cernobbio, 12-16 giugno 2006

Presidente: Luigi Solbiati

Segreteria organizzativa: Domm International (Milano) – Tel. 02.7779181

Info: www.wcio2006.com

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE NEL CANCRO AVANZATO: WORKSHOP PER RESPONSABILI DI STRUTTURA

Napoli, 14-17 giugno 2006 (Hotel San Francesco al Monte)

Segreteria Organizzativa: Avenue Media

Via Riva Reno 61, 40122 Bologna

Tel. 051.6564300 – Fax 051.6564334 – email: congressi@avenuemedia.it

Per scaricare il programma clicca [qui](#)

ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE

Aspetti clinici e organizzativi in ambito medico ed infermieristico

Piacenza, 16 giugno 2006 (La Volta del Vescovo)
Segreteria Organizzativa: Studio AlterEgo Comunicazione
Via Campagna 85, 29100 Piacenza
Tel./Fax 0523.498646 – email: studio.alterego@tin.it
Per scaricare il programma clicca [qui](#)

DALLE INNOVAZIONI BIOMOLECOLARI E TECNOLOGICHE ALLA APPLICAZIONE CLINICA

VIII Congresso Nazionale GOIM

Messina, 18-21 giugno 2006 (Inaugurazione: Aula Magna, Università degli Studi, Piazza Pugliatti 1 – Congresso: Centro Congressi, A.O. Universitaria Policlinico “G. Martino”, Via Consolare Valeria 1)
Presidente: prof. Vincenzo Adamo, Università degli Studi di Messina
All'evento sono stati attribuiti 17 crediti ECM
Segreteria Organizzativa: Agorà
Via Camillo Rosalba 41/A, 70124 Bari
Tel. 080.5093954 – Fax 080.5093974 – email: info@organizzazioneagora.it
Per scaricare il programma clicca [qui](#)

TUMORI: OLTRE I FARMACI

Convegno E.C.M.

Vidracco (TO), 24 giugno 2006 (Via Baldissero 21, Centro Congressi Adriano Olivetti)
Segreteria Organizzativa: Ente di Formazione Damanhur
Tel. 0125.789911 – Fax 0125.789738 – email: enteformazione@damanhur.it
Per scaricare il programma clicca [qui](#)

INDICE

Direttore Responsabile Mauro Boldrini

Editore Intermedia: Via Costantino Morin 44 Roma Tel. 06.3723187- Via Malta 12/b Brescia Tel. 030.226105

Per contattare la redazione e commentare le notizie clicca [qui](#)

Per non ricevere più Gastrointestinal Newsgroup clicca [qui](#)

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di [Sanofi-Aventis](#)
