

GASTROINTESTINAL NEWSGROUP

Newsletter di aggiornamento sui tumori gastrointestinali

Comitato scientifico: Francesco Cognetti, Roberto Labianca, Stefano Cascinu, Pierfranco Conte, Francesco Di Costanzo, Corrado Boni
Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini
Anno I – numero 8 – 06 dicembre 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, Corrado Boni e coordinato da Intermedia.

NEWS

01. DIABETE MELLITO E RISCHIO DI CANCRO

02. SIEROPOSITIVITÀ A HELICOBACTER PYLORI DI ADENOCARCINOMI GASTRICI CARDIAS O NON-CARDIAS : RISCHI OPPOSTI

03. DOCETAXEL NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA GASTRICO AVANZATO

04. ESAME DEI LINFONODI E SOPRAVVIVENZA NEL CANCRO GASTRICO

05. CRIPTO-1: NUOVO MARKER PLASMATICO PER CANCRO AL COLON E ALLA MAMMELLA

06. LA CURCUMINA INIBISCE LA PRODUZIONE DI INTERLEUCHINA 8 E LA MIGRAZIONE DI CELLULE UMANE DI CANCRO AL COLON

APPUNTAMENTI E CONGRESSI

NEWS

01. DIABETE MELLITO E RISCHIO DI CANCRO

I dati del Japan Public Health Center-Based Prospective Study, studio di coorte su un'ampia popolazione in Giappone, pubblicati in Archives of Internal Medicine, indicherebbero una relazione tra storia di diabete mellito (DM) e rischio di sviluppare cancro. Nel periodo gennaio 1990 – dicembre 1994, 97.771 persone (46.548 uomini e 51.223 donne) di età compresa tra 40 e 69 anni avevano risposto ad un questionario e le stesse persone sono state seguite fino a dicembre 2003 per osservare l'incidenza di cancro. Nella compilazione del questionario solo il 6.7% degli uomini e il 3.1% delle donne dichiarava storia di DM. Fino al 2003 sono stati diagnosticati 6.462 casi di cancro, di cui 3.907 in uomini e 2.555 in donne. Negli uomini, il rischio era particolarmente elevato per il cancro al fegato (312 soggetti, di cui 52 con DM), al pancreas (118 casi, di cui 16 con DM) e al rene (99 casi, di cui 13 con DM). Era moderatamente elevato invece il rischio di cancro al colon (491 casi di cui 46 con DM) e al limite della significatività il cancro allo stomaco (977 casi di cui 87 con DM). Nelle donne era stato osservato un moderato aumento di rischio del cancro in generale, ma la significatività statistica era stata raggiunta per l'incidenza di cancro allo stomaco (362 casi, di cui 20 con DM) e al fegato (120 casi, di cui 10 con DM). Un rischio ai limiti della significatività era mostrato per il cancro all'ovaio (74 casi, di cui 5 con DM). (Per scaricare l'abstract clicca [qui](#))

[INDICE](#)

02. SIEROPOSITIVITÀ A HELICOBACTER PYLORI DI ADENOCARCINOMI GASTRICI CARDIAS O NON-CARDIAS : RISCHI OPPOSTI

L'*Helicobacter pylori* è un potente fattore di rischio per il cancro allo stomaco non-cardias, mentre è inversamente correlato al cancro gastrico cardias. Questo concorda con l'osservazione secondo cui nei paesi occidentali la riduzione della prevalenza di *H. pylori* può aver contribuito ad abbassare il tasso di cancro gastrico non-cardias e aumentare quello cardias. Un gruppo di ricercatori della divisione di Cancer

Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute di Bethesda ha condotto uno studio prospettico di indagine sierologica di H. pylori selezionando pazienti e soggetti sani di controllo da 29.133 maschi di età compresa tra i 50 e i 69 anni reclutati per l'Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study. All'arruolamento erano stati raccolti i dati demografici e un campione di sangue. Dal 1985 al 1999 sono stati osservati 234 casi di adenocarcinoma gastrico (61 di cancro gastrico cardias e 173 non-cardias). I campioni di sangue di questi soggetti sono stati analizzati assieme a 234 campioni dei soggetti di controllo della stessa età per valutare la presenza di anticorpi verso gli antigeni di H. pylori e CagA. La sieropositività a H. pylori era fortemente associata al rischio di adenocarcinoma dello stomaco non-cardias ed inversamente al cancro gastrico cardias. Non esiste invece relazione statistica con durata del follow-up, età alla diagnosi, sottotipo istologico. Il rischio assoluto calcolato per l'adenocarcinoma gastrico non-cardias e cardias potrebbe essere rispettivamente 63 e 12 per 100.000 anni-persona, che corrisponderebbero nei soggetti negativi a H. pylori a 8 e 37 casi per 100.000 anni-persona, rispettivamente. (Fonte [PubMed](#))

[INDICE](#)

03. DOCETAXEL NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA GASTRICO AVANZATO

E' stato pubblicato sull'edizione di novembre del Journal of Clinical Oncology lo studio internazionale di fase III denominato V325 (TAX325), che ha interessato 445 pazienti con carcinoma gastrico avanzato non trattato. Alla sperimentazione, che ha coinvolto 72 centri in 16 nazioni, l'Italia ha contribuito con il centro di Reggio Emilia, diretto dal Dott. Corrado Boni (coautore dello studio) e con altri 5 centri (Modena, Perugia, Roma, Terni e Verona). Lo studio ha confrontato un regime di chemioterapia di riferimento (cisplatino e fluorouracile, CF, 221 pazienti) con una chemioterapia di associazione costituita da docetaxel, cisplatino e fluorouracile (DCF, 224 pazienti). L'aggiunta di docetaxel ha significativamente migliorato il tempo alla progressione (end-point primario), la sopravvivenza globale e la percentuale di risposte obiettive. Si osserva in particolare una percentuale addirittura doppia di pazienti vivi a due anni (18% con DCF verso 9% con CF). La tossicità midollare, superiore nel braccio sperimentale DCF, può essere controllata tramite profilassi con fattori di crescita leucocitaria (G-CSF). Gli autori hanno concluso che l'aggiunta di docetaxel al regime CF pur con limitato aumento della tossicità migliora significativamente il tempo alla progressione, la sopravvivenza globale e il tasso di risposta obiettivo nei pazienti con cancro gastrico, conservando più a lungo la qualità della vita e la performance (Karnofsky) rispetto al regime di riferimento. (per scaricare l'abstract clicca [qui](#))

[INDICE](#)

04. ESAME DEI LINFONODI E SOPRAVVIVENZA NEL CANCRO GASTRICO

La maggior parte dei pazienti con cancro gastrico è sottoposto ad inadeguato esame dei linfonodi. Più l'analisi è precisa, migliore è la sopravvivenza totale. Inoltre esiste un'elevata variabilità dovuta alla regione geografica. La constatazione di un inadeguato esame dei linfonodi può modificare la scelta della terapia adiuvante, infatti lo stato linfonodale è il fattore più determinante per la prognosi e il trattamento dell'adenocarcinoma gastrico. Le linee guida del 1997 dell'American Joint Commission on Cancer/Union Internationale Contre le Cancer sono state aggiornate e indicano la necessità di esaminare almeno 15 linfonodi per la stadiazione del tumore. La compliance con le linee guida e la correlazione con la sopravvivenza totale sono state studiate da ricercatori dell'Università di Toronto, Division of Surgical Oncology, Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre, che hanno analizzato 10.807 casi di cancro gastrico inseriti nel database Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) riferito al periodo 1988-2002. I risultati, che compaiono nel lavoro pubblicato in Cancer, indicano che il 29% dei casi presenta almeno 15 linfonodi esaminati. Fattori predittivi dell'esame inadeguato dei linfonodi erano lo stadio più grave di malattia, età maggiore di 74 anni, diagnosi in anni successivi, razza non bianca, chirurgia più estesa, sesso femminile e regione del SEER. Una migliore sopravvivenza totale veniva diagnosticata in relazione a stadio precoce e grado più lieve della malattia, stato maritale, razza asiatica, giovane età, stadio T, sesso femminile, regione del SEER e adeguato esame dei linfonodi. La sopravvivenza totale mediana risultava migliore nella regione in cui era più accurato l'esame dei linfonodi e peggiore nelle regioni caratterizzate da

esame di livello inferiore. Un inadeguato esame dei linfonodi è stato anche associato a sopravvivenza più bassa ad ogni stadio della malattia. (Fonte [PubMed](#))

[INDICE](#)

05. CRIPTO-1: NUOVO MARKER PLASMATICO PER CANCRO AL COLON E ALLA MAMMELLA

Uno studio, pubblicato in Clinical Cancer Research, indica un nuovo marker biologico per la ricerca di cancro alla mammella e al colon. Si tratta di cripto-1 umano (CR-1), una glicoproteina legata alla membrana plasmatica, che è espressa ad alte concentrazioni in vari tipi di tumori umani. Gli autori dello studio hanno valutato se CR-1 fosse effettivamente presente nel plasma dei pazienti con cancro alla mammella e al colon e se questo fattore potesse rappresentare un nuovo marker biologico per i tumori maligni. La determinazione con il test ELISA di CR-1 è stata eseguita in campioni provenienti da 21 volontari sani, 54 pazienti con cancro alla mammella, 33 pazienti con carcinoma al colon e 21 pazienti con lesioni benigne alla mammella. Nei soggetti sani i livelli di CR-1 sono risultati molto bassi (0.32+/-0.19 ng/mL), mentre tassi molto più elevati sono stati osservati in pazienti con cancro alla mammella (2.97+/-1.48 ng/mL; P<0.001) e al colon (4.68+/-3.5 ng/mL). Le pazienti con lesioni benigne alla mammella mostravano livelli intermedi, ma in ogni caso significativamente inferiori rispetto alle lesioni maligne (1.7+/-0.99 ng/mL, p < 0.001). Anche altri test, come l'immunoistochimica e il PCR real-time reverse-transcription, hanno confermato un'elevata positività per CR-1 nei tessuti di cancro al colon e alla mammella. (Fonte [PubMed](#))

[INDICE](#)

06. LA CURCUMINA INIBISCE LA PRODUZIONE DI INTERLEUCHINA 8 E LA MIGRAZIONE DI CELLULE UMANE DI CANCRO AL COLON

L'induzione dell'espressione di interleuchina 8 (IL-8) nelle cellule tumorali, mediata da neurotensina, può contribuire al suo effetto pro-carcinogeno nei tumori gastrointestinali. La neurotensina, una proteina di 30 aminoacidi, agisce come potente mitogeno cellulare per diversi tipi di cancro pancreatico e coloretale. Proteine come citochine e chemochine sono sempre più considerate importanti fattori locali che giocano un ruolo nella metastasi e nell'invasione di tumori multipli. Ricercatori dell'Università del Texas di Galveston hanno studiato l'effetto della neurotensina sull'espressione genica e sulla migrazione cellulare di citochine e chemochine in cellule tumorali umane ICT116 ed hanno valutato l'effetto della curcumina, un prodotto dietetico naturale, sui processi mediati dalla neurotensina. Gli autori dello studio, pubblicato in Clinical Cancer Research, hanno mostrato che la neurotensina, agendo sul recettore naturale, induce l'espressione di IL-8 in cellule umane di cancro coloretale ICT116, in maniera dipendente da tempo di esposizione e concentrazione di neurotensina. Hanno inoltre osservato che la curcumina inibisce specificamente vie intracellulari mediate dalla neurotensina e blocca l'induzione e la secrezione di IL-8. A bassa concentrazione inibisce anche la migrazione delle cellule cancerose del colon stimulate dalla neurotensina. Un potenziale meccanismo degli effetti chemio-preventivi e chemio-terapici della curcumina sui tumori del colon potrebbe essere quindi ottenuto attraverso l'inibizione dell'espressione e della migrazione cellulare di chemochina indotta dall'ormone gastrointestinale neurotensina. (per scaricare l'abstract clicca [qui](#))

[INDICE](#)

APPUNTAMENTI E CONGRESSI

UMANIZZAZIONE IN ONCOLOGIA: "I GESTI E LE PAROLE"

Milano, 15 dicembre 2006 (Fondazione Cariplo, Via Romagnosi 6)

Segreteria Organizzativa. AIOM Servizi

Tel. 02.26683129 – Fax 02.2360018 – email: graziella.saponaro@aiomservizi.it

Per scaricare il programma clicca [qui](#)

SECONDO CORSO NAZIONALE PER IL TEAM ONCOLOGICO DI APPROFONDIMENTO SUGLI STRUMENTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Roma – Hotel Villa Torlonia

I modulo – 26/27/28 aprile 2007

II modulo – 24/25/26 maggio 2007

Segreteria Organizzativa: Gamma Congressi

Tel. 06.36300769 – email: info@gammacongressi.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 consultare i numeri arretrati della newsletter clicca [qui](#)

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

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