

I tumori del colon

I tumori maligni del colon si manifestano con frequenza elevata e rappresentano la seconda causa di morte per cancro in Italia. A risultare più colpite, le fasce anziane della popolazione con uguale incidenza tra uomini e donne. Le cause della malattia non sono state ancora identificate, ma con certezza si può parlare di una influenza ambientale e di una stretta relazione con le abitudini alimentari: abbiamo, infatti, aree geografiche del globo a bassa incidenza di malattia, contrapposte ad altre con altissima e, nel caso di immigrazioni di gruppi di individui, questi tendono ad acquisire l'incidenza di malattia caratteristica della zona. Anche le abitudini alimentari possono essere determinanti nell'insorgenza di tale patologia: è provato che una dieta ricca di grassi animali e povera di fibre è associata spesso ad una maggiore frequenza di malattia tumorale del grosso intestino. Esistono, poi, alcune situazioni a rischio nelle quali il riscontro di una patologia tumorale (secondo alcuni trasformazione o evoluzione della preesistente malattia) può essere relativamente più elevato, come avviene in alcune malattie dell'intestino (rettocolite ulcerosa, malattia di Crohn, sindrome di Gardner) oppure quando si ha una familiarità per i tumori del colon. I primi sintomi della malattia non sono particolarmente eclatanti e sono sostanzialmente diversi tra lesioni tumorali del colon destro rispetto a quelle del colon sinistro: la presenza di sangue occulto nelle feci o la comparsa di dolori addominali vaghi ma persistenti possono essere un primo sintomo di iniziale lesione tumorale del colon destro. Potenzialmente attribuibili al colon sinistro, invece, le modificazioni nelle abitudini di evacuazione, delle dimensioni del materiale fecale, la presenza di sangue rosso vivo, la sensazione di evacuazione incompleta, il tenesmo (dolore accompagnato allo stimolo frequente e continuo di defecare anche senza materiale fecale in ampolla - causato da una involontaria contrattura dello sfintere anale per stimolo infiammatorio del retto). L'esplorazione rettale, manovra facilmente eseguibile in ambulatorio dal medico curante, è la prima indagine da effettuarsi alla comparsa di ogni sospetto: il medico può apprezzare con il dito eventuali lesioni del canale anale e della prima porzione del retto. Il secondo accertamento riguarda la ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di sanguinamento macroscopico, la presenza di emorroidi non deve mai essere invocata come l'unico agente causale: la pancoloscopia (l'esame endoscopico esteso a tutto il colon) è l'unica metodica in grado di escludere con certezza lesioni sanguinanti all'interno del viscerale per tutta la sua estensione, dal cieco fino al retto. Qualora questo esame documenti una lesione tumorale, sarà possibile - nel corso della stessa seduta endoscopica - prelevare alcuni frammenti del tumore e farli esaminare al microscopio (esame istologico dei tessuti). Altri accertamenti utili, anche se oggi meno utilizzati di un tempo, l'esame radiografico del digerente o il clisma opaco a doppio contrasto. Recentemente l'introduzione della cosiddetta **TAC virtuale**, metodica computerizzata che permette la ricostruzione grafica tridimensionale del colon, ha reso meno invasivo, ed in alcuni casi più preciso, lo studio della malattia tumorale. La presenza eventuale del tumore, specialmente negli stadi iniziali della manifestazione, non rappresenta una condanna: una corretta diagnosi, seguita quando necessario da una asportazione chirurgica del cancro e delle strutture coinvolte, è coronata in moltissimi casi da pieno successo e da "libertà da malattia" riscontrata in controlli ultra-decennali. In molti casi si può parlare addirittura di intervento radicalmente curativo e di guarigione clinica. Ricordiamo, comunque, che esiste sempre un rapporto univoco tra precocità della diagnosi e curabilità della malattia.

Istruzioni

Non farsi prendere dal panico. Un allarmismo eccessivo non aiuta la diagnosi precoce ma spesso confonde le idee al medico curante che si vede costretto a prescrivere un'infinità di accertamenti spesso poco mirati e talvolta inutili. È importante valutare con serenità gli eventuali sintomi (i dolori addominali, il

cambiamento nelle abitudini di evacuazione, la stipsi, il sanguinamento, ecc.) soffermandosi in particolare sulla loro persistenza e concretezza. Il sanguinamento dal retto, il sintomo più eclatante, non è sinonimo di cancro del colon: il più delle volte, in pazienti con malattia emorroidaria, proviene dalle stesse emorroidi ed è unicamente l'espressione di una patologia benigna. Sicuramente, come già segnalato nel precedente articolo, deve essere oggetto di indagini accurate (esplorazione rettale e colonscopia), ma non deve generare allarmismo ingiustificato. Qualora gli accertamenti diagnostici effettuati indichino un sospetto di lesione tumorale sarà indispensabile consultare il chirurgo. Deve essere sempre effettuata l'endoscopia: nel corso dell'esame sarà utile prelevare alcuni frammenti del tumore che dovranno poi essere esaminati al microscopio (esame istologico dei tessuti). Il chirurgo dovrà stabilire l'estensione della malattia (valutando eventuali ecografie e TC) che può diffondersi per *continuità* e per *contiguità* (ovvero all'interno del lume intestinale o per vicinanza ad altre strutture) e l'eventuale coinvolgimento a distanza - attraverso il sangue e la linfa - di altri organi (metastasi); l'esame istologico eseguito su eventuali biopsie consentirà di conoscere la tipologia del tumore e la sua aggressività biologica. L'insieme delle indagini preoperatorie consentiranno di "stadiare" la malattia e di programmare il tipo di intervento chirurgico. Nel caso di tumore cosiddetto "benigno" (adenomi, papillomi, ecc.) sarà sufficiente l'asportazione semplice del tumore (se possibile anche solo endoscopicamente) seguita da periodici controlli a distanza. Se il tumore presenta gli aspetti di "malignità" sarà indispensabile asportare, oltre al tumore stesso, parti più o meno estese del viscere (nel caso di lesione nel territorio del colon ascendente e della metà destra del colon trasverso si attuerà una emicolectomia destra, nel caso di una lesione del colon discendente e della metà sinistra del colon trasverso si programmerà una emicolectomia sinistra, ovviamente più o meno allargate al colon trasverso o al retto a seconda della precisa localizzazione), arrivando fino alla colectomia totale (asportazione di tutto il colon). Nello stesso intervento andranno anche asportate tutte quelle strutture (in particolare i linfonodi) e quegli organi eventualmente coinvolti dalla malattia. Questo comportamento è indispensabile per evitare le temibili recidive del tumore e per interrompere ed asportare le vie di diffusione della malattia. In alcuni casi, anche se oggi più limitati per la sempre maggiore precocità delle diagnosi e per l'affinamento delle tecnologie chirurgiche, potrebbe essere necessario il sacrificio dell'ano e del suo sfintere ed il chirurgo potrebbe vedersi costretto a confezionare un ano artificiale definitivo. In altri casi potrebbe essere necessario confezionare un ano artificiale provvisorio con lo scopo di limitare il transito fecale e proteggere le anastomosi intestinali (si definiscono anastomosi le "cuciture" dell'intestino dopo avere asportato il segmento con il tumore): anche in questo caso il miglioramento delle tecniche ed il ricorso alle cucitrici meccaniche ne hanno ridotto drasticamente l'uso. Finito il ruolo del chirurgo il paziente dovrà essere seguito da un oncologo che organizzerà controlli a distanza (per scongiurare e segnalare in tempo una ripresa di malattia) ed eventuali cicli di chemioterapia e/o di radioterapia.

Conclusioni

Una diagnosi corretta ed il più precoce possibile, seguita da una asportazione chirurgica del tumore e delle strutture coinvolte, è coronata in moltissimi casi da pieno successo e da "*libertà da malattia*" riscontrata in controlli ultra-decennali. Si può parlare quindi realmente di intervento chirurgico radicalmente curativo e di guarigione clinica effettiva.

Massimo Mongardini