

Un'équipe al completo contro i tumori del grosso intestino

Una diagnosi precoce è importantissima per la guarigione dei tumori del grosso intestino. All'Umberto I, Policlinico di Roma, una équipe di diversi specialisti per la soluzione di un problema molto attuale.

In Giappone più del 50% dei tumori del tratto gastrointestinale è diagnosticato in fase precoce, contro il 10 % del resto del mondo. Anche in Italia, ancora il 90% dei pazienti muore entro 5 anni perché la diagnosi è tardiva e il tumore spesso inoperabile. Oggi, nel nostro Paese, il cancro del colon-retto è il più frequente dopo, rispettivamente, quello ai polmoni e quello al seno. Il prof. Fabio Procacciante risponde ad alcune domande sull'importante argomento.

Prof. Procacciante, quanto è aumentata l'incidenza del tumore del colon e quante sono le possibilità di guarigione?

Negli ultimi 20 anni è aumentata l'incidenza del cancro colon-rettale ma anche la sua possibilità di guarigione. Questo risultato è stato ottenuto attraverso una modalità terapeutica che non è più limitata ad una singola disciplina utilizzata autonomamente (medica, chirurgica, oncologica, radioterapica) ma si avvale di un trattamento multidisciplinare che integra le prerogative più aggiornate di molteplici specialità, adattandole al tipo di tumore (localizzazione, tipizzazione e stadiazione) e alle caratteristiche del singolo paziente. Generalmente il paziente arriva con una diagnosi già ottenuta attraverso una colonscopia. Ma anche il sospetto clinico può orientare la diagnosi, se si è manifestata una modificazione delle abitudini intestinali (caratteristiche dell'evacuazione) o è presente sangue, a volte solo microscopico (occulto) nelle feci".

Quali sono i sintomi che possono farci pensare ad un tumore del grosso intestino?

I dolori addominali, che molti immaginano essere il sintomo predominante, possono essere molto modesti o addirittura assenti. Rare volte il tumore esordisce con un'occlusione intestinale, quando il paziente non aveva prestato sufficiente attenzione a sintomi premonitori quali le modificazioni delle evacuazioni, sporadici dolori addominali "a passata" e distensione della pancia. Nel momento in cui il paziente si rivolge al nostro Centro, viene sollevato da ogni ulteriore incombenza logistico/organizzativa ed una équipe di medici, infermieri e tecnici, assumono la gestione di tutte le fasi successive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Qual è la prima valutazione sul paziente?

La prima valutazione riguarda la sede del tumore. Se è localizzato nel colon o nel retto superiore, andrà eseguita una TAC di stadiazione, predisposto l'intervento chirurgico e successivamente, in base all'esame istologico, si programmerà un trattamento di chemioterapia se si evidenziano linfonodi metastatici (interessati cioè dal tumore primitivo). Se il tumore è in prossimità dell'ano (retto extraperitoneale) la stadiazione mediante TAC sarà completata da un'ecografia transrettale. In questi casi l'intervento chirurgico sarà preceduto da un ciclo di Chemio-Radioterapia per



Il prof. Fabio Procacciante, direttore UOC Chirurgia Generale ed Endocrina

RICERCA E CURA

una durata di circa un mese. Completata la Chemio-Radioterapia, il cui effetto si protrae anche dopo la sua conclusione, l'intervento sarà eseguito in una "finestra temporale" compresa tra la 4^a e la 6^a settimana successiva, al fine di ottenere il massimo vantaggio del preliminare trattamento (Chemio-Radioterapia neo-adiuvante) e non incorrere nelle difficoltà legate a tenaci aderenze viscerali conseguenti alla esposizione alle radiazioni.

ci. Facilita la ripresa delle funzioni intestinali e si elimina (o si riduce) la permanenza del sondino naso-gastrico. Infine si ritiene che il minor trauma chirurgico interferisca con minori conseguenze sul sistema immunitario dell'organismo, rendendolo più efficiente nel contrastare l'azione delle cellule tumorali. Quest'ultimo argomento è tutt'ora oggetto di studio e di approfondimento".

Qualche volta, comunque, eseguite l'intervento classico?

In alternativa all'intervento laparoscopico, eseguiamo i classici interventi di resezione colonic-rettale a cielo aperto. Anche in questi casi, con un'attenta e delicata manipolazione delle anse intestinali si ottengono decorsi post-operatori con pronta ripresa delle funzioni intestinali.

Molti pazienti che subivano l'asportazione del colon, spesso andavano incontro al temuto "sacchetto".

Il sacchetto per la raccolta delle feci è ormai storia passata. Quasi sempre, anche per tumori rettali bassi, cioè in prossimità dell'ano, eseguendo resezioni ultra-basse, si riesce a mantenere la normale attività intestinale e il transito fecale attraverso lo sfintere anale. Noi usiamo una colostomia di protezione solamente nei pazienti che hanno eseguito chemio-radio terapia preoperatoria, quando l'anastomosi (ricongiungimento dei monconi dopo resezione) è più a rischio di deiscenza (cicatrizzazione incompleta). Ma in questi casi il sacchetto è temporaneo, al massimo 30, 60 giorni, dopo di che si fa un controllo radiologico (clisma del retto) o endoscopico del tratto terminale (retto distale) e quindi si chiude la colostomia e si elimina definitivamente il sacchetto.

Prof. Procacciantè, questo lavoro d'équipe si avvale della collaborazione del suo staff, prezioso per riuscire a coordinare e ottimizzare il lavoro.

Sì, non potrei fare a meno del prof. Covotta e della dott.ssa Pronio, per le endoscopie, del prof. Catalano per la TAC stadiante e la colonscopia virtuale, del prof. Panzironi per l'ecografia trans rettale, della prof.ssa Di Seri per la chemioterapia e del prof. Banelli per la radioterapia.



Il prof. Procacciantè insieme al proprio staff: da sinistra Anna Maria Pronio, Alessandra Cerioli, Giulia Diamantini e Donato Flati

Parliamo della tecnica chirurgica. Il vostro Centro usa prevalentemente la laparoscopia.

La chirurgia rappresenta un passaggio obbligato di tutti i trattamenti dei tumori coloretali. Nel nostro centro, ormai da 5 anni, gli interventi di retto-colectomia sono eseguiti per via laparoscopica come prima opzione. L'intervento si esegue in anestesia generale, ma anziché aprire ampiamente l'addome sulla linea mediana con una lunga incisione, si "entra" attraverso 4 o 5 piccoli forellini di diametro variabile dal mezzo centimetro ai 12 mm. Attraverso una strumentazione sempre più sofisticata, si esegue la resezione intestinale e il suo ricongiungimento. Il tumore si asporta attraverso una "apertura di servizio" non più larga di quella utilizzata per gli interventi di appendicite.

Quali sono i vantaggi di questa tecnica?

Il vantaggio maggiore è la ridotta esposizione dei visceri all'ambiente esterno che riduce le complicanze infettive e la necessità di terapie antibiotiche. È inoltre diminuito il dolore post-operatorio e la necessità di antidolorifici.