

# La chirurgia per cancro del colon e retto

---

*Intervista al Prof. Giorgio Di Matteo - Professore Emerito - Università "La Sapienza" Roma*

## **Cenni storici**

*La chirurgia del colon e del retto si è regolamentata piuttosto recentemente e ha cominciato ad essere applicata in maniera sistematica solo alla fine dell'800 prevalentemente in Francia, nei paesi di lingua tedesca ed in Italia. Il problema della cura del cancro del colon e del retto è stato inteso fino a poco tempo fa, come problema di ampia demolizione di tessuti ed organi in modo che il cancro potesse essere, per quanto possibile, eliminato; conseguenza di questo atteggiamento - comunque ben motivato - è stato quello di dover stabilire una derivazione completa delle feci all'esterno. Inoltre le grosse perdite di sostanza nella pelvi e nel perineo implicavano complicazioni spesso gravi.*

## **Quale chirurgia moderna del retto e del colon**

*Attualmente da qualche decina di anni gli sforzi dei chirurghi si sono indirizzati verso tentativi di demolizione meno estesa degli organi con l'obiettivo principale di conservare al malato elevate funzioni fondamentali per la vita sociale e per il lavoro. Pertanto ci si è orientati verso demolizioni oncologicamente efficaci ma meno destruenti. Il chirurgo, con l'aiuto dell'introduzione dei presidi tecnologici, riesce attualmente a ricostruire la continuità del grosso intestino anche spingendosi molto in basso con la resezione curativa.*

*Oggi è possibile sezionare e ricostruire il retto a qualche centimetro dall'ano in modo da conservare al paziente la sua continuità intestinale. Inoltre i chirurghi, ed io stesso fra i primi, si sono preoccupati di identificare i plessi e i tronchi nervosi delle pelvi che presiedevano le funzioni della diuresi e sessuali. Si tratta di una dissezione difficile ma largamente e soddisfacentemente applicabile da parte di chirurghi esperti. L'introduzione e la diffusione della radio chemioterapia pre o post operatoria ha permesso di migliorare ulteriormente i risultati della chirurgia: si sono fatti molti miglioramenti negli ultimi tempi.*

## **Possibilità di applicare la mininvasiva**

*Per chirurgia mininvasiva del retto e del colon si intende la cosiddetta laparoscopia eseguita introducendo nell'addome strumenti che consentono la visione del campo operatorio. Per la chirurgia del colon (malattie benigne ed anche cancri) questa chirurgia mininvasiva ha dato buoni risultati sia in termini di fattibilità che per quanto riguarda risultati anche oncologici. Nei cancri del retto la chirurgia mininvasiva, che comprende anche la possibilità di escidere piccoli tumori per via endorettale fino all'altezza di 7-10 centimetri, è applicabile in alcuni casi selezionati con buoni risultati. La cosiddetta laparoscopia del cancro del colon e del retto presenta alcune difficoltà e le indicazioni alla sua utilizzazione debbono esser ben considerate; tuttavia nei centri dedicati la tecnica è in continuo e soddisfacente utilizzo. Le indicazioni a demolizioni molto importanti con i reliquati negativi che abbiamo citato, rimangono al giorno d'oggi molto ristrette e sono riservate ai tumori molto avanzati, altrimenti non asportabili.*

**Difficile per un chirurgo conseguire esperienza molto vasta per poter assicurare ai pazienti l'applicazione di una terapia risolutrice? A che punto sono i dibattiti tra i chirurghi nei congressi e nei meeting?**

*Il chirurgo per fare una buona chirurgia del retto e del colon deve seguire una curva di apprendimento lunga e difficile. Queste cognizioni sulle tecniche e le indicazioni vano assunte dal giovane chirurgo in ambienti dedicati o, comunque, che abbiano un grosso volume di attività specifica. In linea di massima i pareri e le convinzioni dei chirurghi sono attualmente su tali questioni, piuttosto concordi dopo un periodo di intensa discussione.*

**Quali metodi si possono adottare per cercare di fare più frequentemente diagnosi precoce del tumore al retto e al colon?**

*Prevenzione vera e propria del tumore al retto e al colon si può fare molto parzialmente. Fondamentale è dare grande importanza ai primi segni e sintomi che il paziente può avvertire e che, in una certa percentuale di casi, rendano il sospetto fondato. Per esempio ogni perdita di sangue anche modesta dall'ano va immediatamente seguita con interventi diagnostici prevalentemente endoscopici (rettocolonoscopia). Anche dolori addominali ripetuti con lo stesso carattere di intermittenza e persistenti richiedono immediatamente ricerche diagnostiche perché anche un tumore piuttosto piccolo di alcuni segmenti del colon particolarmente ristretti possono dar luogo ad ostruzioni intestinali. Ha importanza una eventuale familiarità della malattia. Importanti in tal senso malattie infiammatorie del grosso intestino che possono evolvere in cancro (colite ulcerosa). Sarà indispensabile trattare e seguire nell'evoluzione anche i tumori benigni del grosso intestino, gli adenomi. Un buon metodo diffuso e poco costoso per sospettare la diagnosi è la ricerca del sangue occulto nelle feci.*

*Il cancro si è notevolmente accentuato come frequenza con i cambiamenti del modello di vita e di alimentazione, tanto che oggi nei grandi Paesi (USA, Europa e Giappone) è considerata la forma di cancro al 1° e 2° posto per numero di casi tra tutti i tumori. Al contrario il cancro allo stomaco appannaggio delle popolazioni europee nei primi decenni del secolo va declinando.*

B.M.

*www.colonrettoedintorini.it*