

SALUTE

TUMORE:
PREVENZIONE E CURA

CORRIERE DELLA SERA

LA CHIRURGIA CONSERVATIVA

Come tutte le innovazioni mediche, anche la chirurgia conservativa del retto non è nata dal nulla. Nei primi anni Ottanta ha avuto il suo pioniere in un grande chirurgo inglese, Sir Alan Parks, senza peraltro riuscire a conseguire i risultati attesi. Più tardi la stessa tecnica è stata ripresa e studiata dalla scuola francese: Frane Lazhortes, Claude Huguet e soprattutto Rolland Parc.

In Italia, questa nuova soluzione chirurgica per le lesioni maligne dell'ultima parte dell'intestino, ha conosciuto una decisiva diffusione grazie al lavoro del professor Ermanno

Leo, direttore dal 1998 della struttura complessa di chirurgia colo-rettale presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano. La soluzione chirurgica conservativa sta ottenendo il superamento di una problematica delicata: si tratta, infatti, di limitare al massimo il ricorso alla "colostomia", ovvero l'ano artificiale, quel sacchettino che raccoglie le feci quando l'intestino retto non c'è più. Tradizionalmente, con il tumore si eliminava l'ultima parte dell'intestino, La cosiddetta ampolla rettale: l'estremità recisa dell'intestino veniva poi deviata verso una delle pareti laterali dell'addome, dove veniva "rabboccata" e fatta sboccare all'esterno. Questo metodo operatorio, l'unico conosciuto in tutto il mondo fino a qualche anno fa, obbligava le persone operate al retto a portare per tutta la vita un sacchetto per la raccolta delle feci: un fatto psicologicamente difficile da gestire. L'anastomosi colo-ale elimina questo fastidiosissimo inconveniente: per arrivare a tale risultato, però, non è sufficiente, come si potrebbe pensare, un semplice intervento di ricostruzione dell'organo asportato. In effetti il nucleo centrale del nuovo intervento consiste nel creare, utilizzando la parte non recisa del retto, un rigonfiamento simile a quello formato dall'ampolla: questa assolve fisiologicamente alla funzione di raccogliere le feci prima dell'espulsione. L'ampolla

ricostruita viene quindi collegata all'ano, cosicché l'ultima parte dell'intestino ha forma e sbocco in tutto simili a quelli naturali. Ma per garantire una funzionalità normale, è necessario rispettare e lasciare intatte la muscolatura e le terminazioni nervose che controllano lo sfintere anale e la defecazione.

Ebbene, nella grande maggioranza dei casi operati con la nuova tecnica, questo risultato si è dimostrato possibile. Occorre praticare, però, una chirurgia "selettiva", in grado di eliminare ciò che va tolto per avere ragione del tumore ma, nello stesso tempo, di salvaguardare quanto è utile a garantire una normale funzionalità intestinale.

Si tratta di un atto operatorio più delicato e complesso di quelli tradizionali e anche più lungo: viene effettuato, inoltre, in due fasi successive. In una prima fase (4-5 ore di sala operatoria contro le 2 ore dell'intervento tradizionale) il chirurgo elimina, insieme al tumore, l'ultima parte del retto e le zone dove potrebbe essersi verificata un'infiltrazione: viene ricostruita contestualmente l'ampolla artificiale. Questa seduta operatoria termina con il posizionamento di un ano artificiale che il paziente utilizzerà per due-tre mesi circa, così da consentire alla giunzione tra la parte ricostruita dell'intestino e il canale anale di saldarsi in modo stabile e senza infezioni.

Nella seconda seduta operatoria, molto più breve (un'ora), la breccia aperta provvisoriamente nella parte addominale viene richiusa e la canalizzazione riportata alla norma. Subito dopo, in un certo numero di casi (il 10-15% circa del totale), la funzione intestinale può non essere regolare: generalmente, una terapia farmacologica a base di astringenti e fermenti lattici e un po' di fisioterapia sono in grado di eliminare gli inconvenienti residui.

Con la stessa preoccupazione per la qualità di vita dei pazienti, la chirurgia conservativa coloretale ha cura di salvaguardare le terminazioni nervose che presiedono, nell'uomo, alla funzione sessuale. In passato gli interventi demolitivi determi-

navano impotenza. In realtà, s'è visto che questi nervi non vengono interessati dalla malattia per cui è inutile sacrificarli. Ciò significa che nel corso dell'intervento è necessario individuarli e seguirli in tutto il loro decorso. In questo modo diventa possibile rispettare la potenza sessuale in oltre l'80 per cento dei casi. Anche questo è un traguardo di grande rilievo: con l'intervento tradizionale la sessualità maschile, e in particolare l'erezione, veniva spesso compromessa dalla chirurgia del retto.

Oggi non è più così. Sono questi risultati che giustificano per la nuova tecnica operatoria la definizione di "chirurgia conservativa": essa si colloca, in effetti, nel solco più attuale della chirurgia oncologica, quella che cerca di contenere il più possibile le mutilazioni necessarie per l'eliminazione della neoplasia. A questa filosofia operatoria si deve, per esempio, l'abbandono, tutte le volte che è possibile, dell'asportazione totale del seno in caso di tumore mammario e la pratica dell'intervento riduttivo (quadrantectomia); oppure la forte diminuzione dei casi di amputazione dell'arto in caso di osteosarcoma.

Ma non è tutto. È necessario sottolineare che, oltre ai risultati acquisiti in termini di conservazione e di qualità di vita, la nuova tecnica ha migliorato in misura significativa l'efficacia terapeutica dell'intervento. Secondo i dati ricavati dalla casistica dei malati operati, dopo 5 anni dall'operazione le recidive locali sono scese dal 35-40% circa all'8,5%. Questo risultato va attribuito alle nuove conoscenze di carattere morfologico e biologico acquisite recentemente sul tumore del retto.

È stato dimostrato, in particolare, che il cuscinetto adiposo che avvolge l'ultima parte dell'intestino - il mesoretto - non è, come si credeva fino a qualche anno fa, un tessuto inerte con funzioni esclusivamente di contenitore e di sostegno.

Al contrario, il mesoretto può ospitare al suo interno un certo numero di cellule neoplastiche provenienti dall'ampolla rettale. Si è, insomma, compresa l'importanza strategica del mesoretto:

non più solo grasso da ignorare.

Ai vecchi interventi corrispondeva il 30 per cento di recidive entro i primi due anni, perché nel mesoretto s'annidano strutture linfonodali, vascolari, nervose, linfatiche che possono albergare la malattia. Nell'intervento tradizionale, infatti, questo tessuto veniva asportato manualmente, col rischio di provocare una disseminazione delle cellule tumorali.

Non solo, molto spesso l'asportazione risultava incompleta e gli eventuali focolai di tumore non venivano rimossi. L'intervento conservativo prevede, invece, la completa asportazione del mesoretto. E ciò consente di ottenere un risultato più radicale e curativo.