

**ISTRUZIONI PER COMPRENDERE I TERMINI: “SACCHETTO” – “COLOSTOMIA
PERMANENTE” – “DEVIAZIONE INTESTINALE” – “INTERVENTO DI
AMPUTAZIONE ADDOMINO/PERINEALE”**

Alla fine del 1800 e ai primi del 1900 un chirurgo inglese Miles, che poi è divenuto il simbolo di un intervento altamente demolitivo sul colon retto per cancro, propose un intervento per i tumori del retto che è notevolmente devastante e, se volete, infinitamente destruento.

Esso consiste, o meglio “quasi” consisteva, nell’asportazione per via addominale del colon distale e del retto, asportazione che veniva poi completata con la escissione dei muscoli sfinteriali, dell’ano, e della cute attorno, con completa chiusura dell’orifizio e confezione definitiva di un ano artificiale sulla parete addominale.

E’ stato detto sopra che “quasi consisteva”, perché questo intervento, così importante, in questi ultimi anni, per fortuna, ha perso notevolmente il suo valore perché a tutt’oggi viene eseguito solo raramente. Così dovete sapere che il sacchetto definitivo o altra terminologia come all’inizio di questa chiacchierata si suggerisce, oggi trova sempre meno indicazioni e quindi viene eseguito sempre più raramente e probabilmente accadrà ciò che è accaduto per la terapia chirurgica del tumore maligno della mammella, per cui l’intervento che più si esegue è rappresentato dall’asportazione del tumore e non più dall’escissione in blocco della mammella, dei muscoli del torace o addirittura delle coste.

Come per il cancro della mammella - in cui l’intervento estremamente demolitivo è scomparso perché, per lo screening sono scomparse le forme particolarmente diffuse - nel caso del colon retto lo screening, che noi andiamo a predicare ogni volta che ne parliamo in pubblico, sicuramente porterà ad abolire l’intervento di Miles, così devastante e male accettato nella nostra società (oggi in una unità operativa di chirurgia generale si eseguono solo due o tre interventi di amputazione addomino-perineale all’anno contro i venti e più che venivano effettuati trenta o quaranta anni fa).

Come avrete capito, dobbiamo quindi cercare di mettere in evidenza solo quei tumori maligni che siano in fase estremamente precoce o precocissima o addirittura lesioni che sono ancora benigne o al limite in iniziale degenerazione maligna.

Ed ecco che - con il reperimento di queste lesioni ancora poco invasive, attraverso quell’esame che non piace molto ma che è l’unico che a tutt’oggi è capace di assolvere al compito di effettuare uno screening perfetto - noi possiamo dirigere la nostra abilità chirurgica verso interventi meno demolitivi ed altrettanto radicali come l’intervento di Miles.

Queste forme meno “aggressive” possono essere asportate quindi con interventi meno “aggressivi”. Così è nata la tecnica di “exeresi” per via transanale, che consiste nell’asportazione, dilatando l’ano, della neoplasia; tutto ciò è sufficiente ad eseguire un intervento cosiddetto radicale. Intervento, quest’ultimo, rapido, sicuro, che può essere eseguito in anestesia loro-regionale e non generale e addirittura con modalità ambulatoriale o in day surgery. Altra modalità chirurgica non particolarmente invasiva è quella che prende il nome di T.E.M. - che significa “transanal endoscopic microsurgery” (chirurgia mini invasiva endoscopica transanale) - che consiste nell’asportazione della neoplasia rettale con uno strumento costruito allo scopo, che consente di entrare dentro il retto e di asportare interamente, come si fa per i tumori della vescica, il polipo o il cancro del retto in stadio precoce.

Questa tecnica si è così tanto sviluppata in questi ultimi anni, che addirittura consente di aggredire i tumori che siano molto più alti, cioè addirittura dentro l'addome, permettendo di fare dopo la resezione del tumore il congiungimento intestinale o anastomosi, senza aprire l'addome. L'argomento sarà affrontato in una prossima nota, in cui saranno esplicitati ulteriori approfondimenti su questo specifico tema.

Se poi ci troviamo di fronte a forme tumorali del retto invasive ma non eccessivamente diffuse, possiamo ricorrere ad interventi più demolitivi, ma non tanto quanto l'intervento di Miles. Così è stata inventata la resezione intersfinterica, che consente di togliere i tumori e lasciare integra la componente muscolare sfinterica, per cui è possibile ancora avere una defecazione per via naturale senza ricorrere al "sacchetto definitivo".

Altro intervento ancora più impegnativo, ma che permette di ricostruire abbastanza sufficientemente la fisiologia dell'ano, è rappresentato dalla resezione anteriore del retto con congiungimento (o anastomosi) fra colon e ano.

Questi ultimi due interventi, che sono più impegnativi, consentono di fare una exeresi radicale della neoplasia maligna senza ricorrere alla colostomia definitiva, ma possono implicare l'esecuzione di un "sacchetto" temporaneo che, dopo venti/trenta giorni dall'intervento, può essere rimosso.

Tutto questo excursus, lungo la storia della chirurgia di quel cancro che interessa particolarmente la nostra associazione, serve a sdrammatizzare l'idea che una diagnosi di tumore coloretale significhi pericolo di vivere tutta la vita, dopo l'intervento, con una stomia cutanea da cui fuoriescono feci (come se poi anche l'ano non fosse una stomia cutanea, magari continente a sufficienza o perfettamente con il suo apparato sfinteriale). Badate che anche la stomia cutanea costruita dal chirurgo può essere fatta in modo da essere abbastanza continente, per cui l'unico inconveniente è che è sulla cute dell'addome e non rivolta verso il basso, come il comune ano.

Il chirurgo può anche ricostruire un ano nel suo posto naturale, ma, in questo caso, si è dimostrato che la funzione, il più delle volte, è peggiore di quello eseguito sull'addome.

Comunque sia, continuiamo ad odiare e aborrire il sacchetto definitivo, ma per far questo bisogna essere così civili da accettare i suggerimenti di chi invita ad attuare lo screening del tumore coloretale, perché solo così possiamo un giorno optare per quei tipi di intervento ugualmente radicali, ma meno demolitori e meno invasivi, in presenza di forme tumorali che devono essere scoperte in uno stadio sempre più precoce.