

## TUMORI E PREVENZIONE NELL'ANZIANO

di Raffaele Pugliese

Con l'allungamento della vita media aumentano le patologie tumorali in età senile. Nell'anno dedicato alla prevenzione dei tumori, è opportuno ricordare quali siano stati i recenti progressi della medicina nella cura del cancro, dalla diagnostica alla chirurgia. L'approccio al tumore è sempre multidisciplinare. Ciò significa che una *équipe* di medici collabora per offrire la terapia che meglio si addice alla malattia di ogni singolo paziente. L'*équipe* comprende il radiologo, l'oncologo, il radioterapista, il medico nucleare, l'anatomo patologo, l'anestesista, il chirurgo, il fisioterapista e altri specialisti.

Oggi assistiamo alla crescita di una sensibilità al problema e ad una informazione diffusa e mirata sulle modalità in cui la prevenzione si può esplicare. Se per tutti i tumori esistono fattori di rischio ben identificati, non sempre è provato un sicuro nesso di causalità come tra i virus dell'epatite e cancro del fegato o tra il fumo e il cancro al polmone: 4 casi su 5 di cancro del polmone infatti sono dovuti al consumo di tabacco.

I tumori hanno genesi multifattoriale: età, familiarità, ambiente, abitudini di vita, dieta sono solo alcuni degli elementi in gioco ed è impossibile renderli tutti oggetto di prevenzione.

E' inevitabile puntare il dito contro errate abitudini alimentari che spiegano l'aumento di incidenza di alcuni tipi di tumore nei paesi sviluppati, molto più rari nelle popolazioni rimaste fedeli a modelli nutrizionali tradizionali. Si tratta dei tumori dello stomaco, del colon, dell'esofago, della mammella, dell'utero, dell'ovaio, della prostata, del pancreas e del fegato. Sono sotto accusa soprattutto l'eccesso di grassi e calorie, la carenza di fibre, di vitamine e di minerali, l'elevato consumo di bevande alcoliche e di alimenti affumicati o conservati sotto sale.

Un'alimentazione bilanciata è la migliore prevenzione ai cancerogeni veicolati con gli alimenti; essa deve essere varia e prediligere i cibi poco raffinati o manipolati. La dieta tipica delle popolazioni mediterranee è già di per sé varia e completa a differenza di quella delle popolazioni nordiche o americane in cui gli zuccheri raffinati ed i grassi sono preponderanti.

## TUMORI DEL COLON-RETTO

Il carcinoma del grosso intestino rappresenta una delle principali cause di mortalità per cancro tra gli anziani in tutti i paesi occidentali. In Italia si ammalano ogni anno di tumore maligno del colon-retto quasi 30mila persone.

Vi è ormai accordo nel ritenere che la gran maggioranza dei carcinomi coloretali si sviluppi a partire da lesioni inizialmente benigne, i polipi adenomatosi. La sequenza adenoma-carcinoma è stata confermata anche da osservazioni biomolecolari.

Esistono metodi abbastanza efficaci di screening del cancro coloretale che includono la ricerca del sangue occulto nelle feci e l'endoscopia (sigmoidoscopia almeno una volta dopo i 50 anni). L'esplorazione rettale è un esame semplice che, pur limitandosi al tratto distale del retto può consentire di svelare sino al 10-15% dei tumori del grosso intestino.

Il trattamento del cancro del colon consiste nell'asportazione chirurgica del segmento interessato (emicolectomia destra o sinistra, colectomia totale). Sulla base dell'esame istologico e del coinvolgimento linfonodale peri-viscerale si imposta un trattamento chemioterapico adiuvante.

Due indubbi punti di novità nel trattamento di questa malattia sono utilizzati routinariamente presso la nostra Unità Operativa di Chirurgia Generale (Ospedale Niguarda, Milano): l'approccio mini-invasivo e l'utilizzo del bisturi ad ultrasuoni. Con oltre 350 interventi di resezione di colon e retto, consideriamo l'intervento laparoscopico per tumore del colon-retto come il *gold standard* della terapia chirurgica. Una migliore esplorazione della cavità addominale specie per quanto riguarda la vascolarizzazione dei segmenti intestinali coinvolti, una minore manipolazione del tumore, una dissezione più anatomica del mesoretto sono alcuni dei vantaggi operativi cui si devono sommare i benefici per il paziente anziano (ridotto dolore post-operatorio, rapida ripresa della canalizzazione, precoce alimentazione, e dimissione, convalescenza abbreviata per il minimo trauma della parete addominale), che può in questo modo sopportare interventi radicali, un tempo riservati a pazienti più giovani, e non solo palliativi.

Alla chirurgia video-assistita è associato l'impegno del bisturi ad ultrasuoni Ultracision. Taglio, coagulo e presa dei tessuti sono realizzati con un unico strumento senza carbonizzazione dei tessuti, quindi con minore trauma e tempi di guarigione accorciati.

## TUMORI DELLA MAMMELLA

Il tumore della mammella in Italia ha una incidenza di circa 25mila nuovi casi l'anno. La genesi della malattia è multifattoriale su base ormonale, ma nessun fattore di rischio, nei numerosi studi eseguiti, è stato identificato come preponderante. L'età è sicuramente importante: dai 20 ai 30 anni il rischio di contrarre un tumore al seno è di 1 su 2500, dopo i 70 anni è di 1 su 10. Età avanzata della prima e dell'ultima gravidanza, mancato allattamento, uso di contraccettivi estro-progestinici, dieta ricca di grassi, peso corporeo eccessivo o uso di terapie estrogeniche in menopausa, familiarità anche quando vengano combinati non sono in grado di descrivere popolazioni femminili a più alto rischio.

La diagnosi precoce è ottenibile con attività di screening mammografico indirizzata ad una popolazione tra i 50 e i 70 anni di età, in quanto è in questa fascia che si è osservata una consistente riduzione della mortalità, quantificabile nel 50% delle donne che si sottopongono ad accertamenti. Se un nodulo mammario appare sospetto per le sue caratteristiche cliniche e radiologiche (mammografia ed ecografia), si può procedere ad un'agobiopsia per esame citologico. La maggior parte dei noduli sospetti non risulta essere cancro, ma viene comunque analizzato per permettere la diagnosi precoce in caso di positività.

Il tumore della mammella è curabile nella stragrande maggioranza dei casi diagnosticati precocemente. La terapia del cancro della mammella si è profondamente modificata. Fino a soli 20 anni fa, la maggior parte delle donne veniva sottoposta alla mastectomia radicale, cioè all'asportazione della mammella, dei muscoli della parete toracica e dei linfonodi ascellari. Oggi, la mastectomia è riservata ad alcuni particolari e rari tipi di tumore, e spesso viene offerta in concomitanza alla ricostruzione mammaria, con tessuto autologo o con protesi.

Nella maggior parte dei casi, la rimozione del tumore viene effettuata con un margine di tessuto sano (tumorectomia o quadrantectomia), in associazione con lo svuotamento linfonodale ascellare. Lo stato istologico dei linfonodi ascellari rimane, infatti, il fattore prognostico più importante per la sopravvivenza e garantisce un ottimo controllo loco-regionale della malattia. Lo svuotamento ascellare è però una operazione maggiore, e può provocare in una consistente percentuale di pazienti (5-20%) spiacevoli complicanze quali dolore, parestesie e linfedema. Il gonfiore interessa dapprima la porzione distale dell'arto (mano e avambraccio), per estendersi al braccio. Il linfedema è molto difficile da curare. Per questo è importante prevenirlo.

## TUMORI DELLA TIROIDE

I noduli della tiroide sono presenti nel 4% circa della popolazione in generale. Raramente però sono di origine tumorale. In caso di sospetto si eseguono scintigrafia ed ecografia tiroidea, TAC del collo e agoaspirato del nodulo tiroideo sotto guida ecografica. I tumori della tiroide guariscono dopo tiroidectomia totale in un'alta percentuale di casi. .

## TUMORI DEL POLMONE

Il cancro del polmone è la neoplasia più frequente nel mondo occidentale. Negli USA almeno 170.000 persone sviluppano cancro del polmone ogni anno. La sopravvivenza media a 5 anni è di circa il 15%.

Dopo lo studio radiologico del torace (radiografia e TAC), i pazienti vengono sottoposti a broncoscopia che consente il prelievo del materiale e l'analisi istologica al microscopio. I tumori squamosi e gli adenocarcinomi sono passibili di trattamento chirurgico se diagnosticati in fase precoce. L'uso della chirurgia mini-invasiva (toracosopia) è particolarmente indicato in quanto in ambiente intra-pleurico non è necessaria l'insufflazione accessoria di gas per espandere la cavità toracica.

Se i linfonodi centrali del torace (mediastinici) sono invece interessati, il paziente viene trattato con la chemioterapia e/o la radioterapia.

## TUMORI DELLO STOMACO

Il cancro dello stomaco è in diminuzione dappertutto sebbene mantenga un profilo prognostico molto sfavorevole. Tende ad essere inizialmente silente anche per lunghi periodi, o a dare una sintomatologia dispeptico-dolorosa che si avvicina molto a quella dell'ulcera peptica. Ecco perché l'esame endoscopico dello stomaco (esofagogastroduodenoscopia) è indicato in tutte le persone con sintomi.

I tumori dello stomaco vengono trattati inizialmente con la chirurgia. Questa consiste, nei casi potenzialmente curativi, nell'asportazione di una gran parte dello stomaco (gastrectomia subtotale) o dell'intero organo (gastrectomia totale), insieme ai linfonodi regionali.

## TUMORI DEL PANCREAS

I tumori del pancreas sono rari. Tendono a presentarsi tardivamente, per l'ampio spazio di crescita garantito dal retroperitoneo, con ittero per fenomeni di compressione delle vie biliari.

Quando la lesione è operabile, il paziente viene sottoposto ad intervento chirurgico a meno che non vi siano segni di diffusione (metastasi epatiche, ascite, linfoadenopatia regionale marcata).