

Il cancro, ovvero la follia nella cellula

Sulle prospettive della terapia chirurgica del cancro riportiamo alcuni spunti offerti da una conversazione tenuta dal prof. Staudacher al centro culturale S. Carlo di Milano.

Il tumore è un problema immenso, immenso perché interessa l'essere. E l'essere è costituito da un insieme di cellule che sono in continua proliferazione. Senza che noi ce ne accorgiamo, in pochi giorni si riforma interamente la mucosa dello stomaco o quella dell'esofago e ogni giorno, attraverso il nostro intestino, vengono scambiati 250 litri di liquidi.

In una macchina così complessa, alla cui base c'è l'accrescimento e la moltiplicazione cellulare, capita che venga compiuto un errore. Infatti una cellula su 77 contiene un errore. Ma ecco che un sistema di controllo fantastico presente all'interno del nostro organismo riconosce l'errore ed elimina prontamente la cellula imperfetta. È proprio qui che nasce a un certo punto l'inghippo: interviene un processo per cui una cellula diventa un essere particolare, apparentemente simile alla cellula normale, ma con caratteristiche dissimili.

L'organismo, la materia organica, cresce finalisticamente, con un ordine e un preciso controllo moltiplicativo. Il tumore ha un accrescimento afinalistico, disordinato ed illimitato. Sfugge a tutte le leggi che costituiscono l'essere, continua a produrre fino a quando ciò è possibile. L'organismo crea una macchina con una funzione: nel tumore

vengono utilizzati gli stessi mattoni ma viene creato il mostro.

È opportuno a questo punto accennare agli elementi che modificano e insidiano questo grande lavoro di ricambio dell'organismo. Per esempio, con un pennello ruvido è possibile irritare un tratto di cute; se durante il processo di rigenerazione aggiungo sostanze che interferiscono con la riparazione, come pennellate di catrame, posso riuscire a creare una neoplasia. Oppure una semplice infiammazione va incontro nel maggior numero dei casi ad una «restitutio ad integrum» e tutto torna alla norma; ma immaginiamo che il processo da acuto divenga subacuto o cronico, questo può diventare la porta di entrata di elementi che alterano il ricambio cellulare per un meccanismo a noi sconosciuto e nasce il mostro. Oppure altri fattori di rischio sono tutti i gas che inzuppano l'atmosfera, di cui molti sono carcinogenetici e che noi inaliamo quotidianamente. Primo tra tutti il fumo di sigaretta per il quale c'è anche un corrispettivo storico con l'insorgenza del cancro del polmone. Nel 1916 durante la prima guerra mondiale compare la sigaretta nelle trincee e dopo vent'anni compare il tumore del polmone, patologia rarissima fino a quel momento.

Tutte queste sostanze cancerogene bombardano proprio nel momento in cui la cellula è più debole, quando è in profase, quando si sta dividendo.

Ma come è stato affrontato il problema del tumore fino ad og-

gi? Allo stato attuale possiamo dire che si è sbagliata la strada fatta. Il paziente affetto da tumore arriva all'osservazione del medico quando la battaglia è già persa. È a questo punto che le cannonate del chirurgo, con i suoi interventi demolitivi che arrivano ad asportare fino a un quinto del corpo, oppure la chemioterapia o le radiazioni, ben poco migliorano la situazione. Ma perché si arriva troppo tardi?

Una ragione è che il tumore se trova lo spazio per crescere (es. in un polmone), cresce senza dare alcun disturbo. Se il tumore cresce nel fondo gastrico, parte in cui normalmente si raccoglie mezzo litro di aria, può moltiplicarsi per anni senza dare segni di sé. Oppure il tumore del pancreas, che è un organo posto a livello della seconda vertebra lombare dietro lo stomaco, dà segni di sé solo se si accresce in prossimità della sua parte craniale, perché comprimendo il dotto biliare provoca ittero (caratteristica colorazione giallastra della cute), in tutti gli altri casi rimane asintomatico per lungo tempo.

Una seconda ragione è la seguente: può capitare che il paziente presenti dei disturbi funzionali, per esempio dovuti a un carcinoma intestinale, purtroppo oggi questi disturbi vengono spesso fatti cessare con dei farmaci potenti. L'errore consiste nel curare il sintomo senza fare la diagnosi corretta della sua causa. Spesso i tumori gastrici si manifestano con un'ulcera gastrica. Tipico è curarla con i moderni potenti farmaci che tolgono completamente l'acidità gastrica; l'ulcera guarisce ma cela sotto di sé il tumore che continua imperturbato il suo irrefrenabile sviluppo.

Dobbiamo imparare a non accettare una cura sintomatologica senza una diagnosi funzionale. Allora la strada oggi consiste nell'indagare, studiare, esaminare, le persone potenzialmente esposte a un rischio maggiore di altri. Per esempio: oggi solo il 5% delle persone affette da carcinoma esofageo hanno una sopravvivenza fino a 5 anni, il 75% muore entro un anno, questa è una battaglia persa. Ora se tutti gli uomini di età superiore ai 45 anni, forti fumatori, bevitori, che abitualmente introducono alimenti caldi, quindi pazienti a rischio, venissero accuratamente sottoposti a una esofago-spia, con eventuale esame biptico, si potrebbe diagnosticare il tumore allo stadio precanceroso e la battaglia sarebbe

vinta.

Un esempio reale ce lo propone il Giappone: su 177 casi di carcinoma esofageo trattati in questo modo, il 90% ha avuto una sopravvivenza oltre i 5 anni. Oppure di 1.573.000 pazienti esaminati con una gastroscopia, è stata fatta diagnosi di 2.161 cancri precoci e il 90% ha avuto una sopravvivenza oltre i 5 anni. Le prospettive future riguardano soprattutto le indagini di massa, utilizzando le moderne tecniche endoscopiche su tutta la popolazione sopra i 45 anni e potenzialmente a rischio. D'altra parte occorre combattere anche attraverso l'eliminazione di tutti i fattori predisponenti, con una lotta sistematica al fumo, ai trattamenti ormonali, alla pillola e a tutti quegli agenti potenzialmente lesivi con cui veniamo quotidianamente a contatto durante la nostra vita.

Dario Maggioni

L'ORDINE

17 marzo 1982