

Carcinoma del colon asintomatico in paziente depressa con somatizzazioni

Una paziente di 69 anni, "frequent attender" del mio ambulatorio, è da sempre un soggetto difficile: presenta sintomi ansiosi e somatizzazioni (riferite soprattutto all'apparato gastroenterico) da verosimile distimia, trattata con discreti risultati con ansiolitici. Da anni alterna periodi di benessere a periodi di recrudescenza delle coliche addominali. Da circa un anno però la sintomatologia si è presentata con maggiore insistenza e frequenza negli episodi singoli, peraltro in assenza di altri sintomi.

Storia clinica

■ **Anamnesi:** dislipidemia mista e ipertensione arteriosa in terapia con statine e sartani. Le varie indagini eseguite per escludere altre cause del dolore addominale ricorrente sono sempre risultate negative. Familiarità negativa per patologie neoplastiche.

■ **Visite ambulatoriali:** non hanno mai evidenziato anomalie degne di nota. Infatti la paziente ha sempre lamentato una dolenza vaga, di tipo crampiforme diffusa ai quadranti addominali inferiori, che si presenta spesso di notte e che recede con l'emissione di feci morbide, in assenza di muco o sangue; afferma che la sintomatologia si riacutizza in concomitanza di episodi spiacevoli o preoccupazioni di vario genere. Ai diversi esami obiettivi ho sovente rilevato un addome globoso, trattabile, lievemente dolente alla palpazione profonda, specie nei quadranti bassi con predilezione per l'ipocondrio sinistro e la fossa iliaca omolaterale, in cui si potevano apprezzare le anse del colon un po' dilatate come da corda colica. A volte era presente timpanismo, segno di evidente meteorismo con borborigmi insistenti, in assenza di masse palpabili che potessero destare viva preoccupazione. Sostanzialmente gli esami obiettivi sono risultati negativi, senza segni atipici (emissione di sangue dal retto o melena, calo ponderale, iporessia).

Iter diagnostico

Constatata la ricorrenza della sintomatologia decido di sottoporre la paziente a un'ecografia addominale.

■ **Ecografia addominale:** fegato in sede non significativamente debordante dall'emiarcata di destra, piccolo angioma a carico del V segmento epatico, colecisti alitiasica, regolare il calibro della vena porta e non dilatazioni delle vie biliari intra ed extraepatiche. Milza, pancreas, reni regolari per morfologia ed ecostruttura, non segni di retrostasi urinaria bilateralmente.

Nel frattempo la paziente assume antispastici e ansiolitici, con buoni risultati. La sintomatologia si ripresenta però ogni 2-3 mesi.

Ritengo utile prescrivere un'EGDS, che evidenzia solo una duodenite iperemica, con *Helicobacter pylori* negativo. Continuo gli accertamenti facendo eseguire un clisma opaco.

■ **Clisma opaco a doppio mdc:** presenza di plurimi residui fecali, non si rilevano ostacoli significativi all'opacizzazione retrograda fino al ceco. Ceco in sede ed esente da dismorfie; appendice non opacizzata. Presenza di scarsa distensione del sigma. Coesiste modesto dolicolon prevalentemente a carico del trasverso. Non si rilevano grossolane stenosi estrinseche e intrinseche. Regolare distensione del retto.

Intanto la sintomatologia algica continua ad alternare periodi di re-

missione a periodi di riacutizzazione, nonostante la paziente assuma con costanza la terapia consigliata. Decido di prescrivere una colonoscopia, spiegandole che avremmo escluso definitivamente un'eventuale patologia organica, ma la paziente rifiuta di eseguirla considerando l'indagine troppo invasiva. Penso dunque si possa trattare di un colon irritabile e conoscendo anche il profilo psicologico della paziente e sondando ancora più a fondo il terreno verifico la presenza di sintomi di tipo ansioso-depressivo, che avvalorano ancora di più la possibilità che si possa trattare di depressione mascherata con somatizzazioni. Prescrivo un SSRI, che si rivela efficace e dopo qualche settimana si assiste alla scomparsa delle coliche.

Per alcuni mesi la paziente non si presenta in ambulatorio, segno che i disturbi sono scomparsi. Io nutro però qualche ragionevole dubbio: l'ipotesi di una somatizzazione di una forma depressiva può anche essere plausibile, ma un verosimile colon irritabile insorto in una donna di 70 anni continua a non convincermi.

A distanza di circa un anno da quando è stato effettuato il clisma opaco la paziente viene ricoverata d'urgenza presso la chirurgia del locale ospedale con iniziale diagnosi di sospetta sub-occlusione intestinale.

Diagnosi e decorso clinico

In sede di ricovero la paziente viene sottoposta, suo malgrado, alla colonoscopia, che fornisce il seguente referto: introduzione dello strumento fino all'ascendente, in questa sede neoplasia vegetante stenotante che occupa quasi tutto il lume.

Viene effettuata una resezione coli-

ca con prelievo biptico per l'esame istologico.

■ **Esame istologico:** adenocarcinoma mucinoso scarsamente differenziato del grosso intestino, ampiamente necrotico, con perforazione della sierosa viscerale e infiltrazione neoplastica del tessuto omentale. Metastasi in 1 degli 11 linfonodi locoregionali repertati. Esenti da infiltrazione neoplastica i margini di resezione. Ovaio sede di infiltrazione neoplastica. pT4 pN1 pM0 G3 stadio C di Dukes.

Il decorso post-operatorio non dà problemi e la TAC addomino-pelvica di controllo è sostanzialmente negativa. La paziente viene dimessa, in previsione di un trattamento chemioterapico.

Visito la paziente a domicilio dopo alcuni giorni, in quanto persiste febbre serotina (38-38,5°C). Verifico la presenza di una zona infiltrata e dolente in corrispondenza della cicatrice chirurgica, segno di una raccolta di pus. Prescrivo ciclo di amoxicillina+acido clavulanico 1 g bis in die per 7 giorni, con buon esito.

■ Considerazioni

Questo caso clinico mi ha profondamente coinvolto e penso che questa esperienza possa risultare utile anche ai colleghi, in quanto quotidianamente ci dobbiamo confrontare con determinati pazienti che ci portano a sottostimare oppure a sovrastimare determinate ipotesi diagnostiche.

In un articolo pubblicato su *M.D.* (Zacchetti E. *Depressione e linguaggio del corpo. M.D.* 2007; 14: 42-3) il collega afferma che il paziente esprime con il corpo ciò che per lui è inesprimibile con le parole. In sostanza molti soggetti con problemi di affettività spesso manifestano esclusivamente delle somatizzazioni, soprattutto a carico dell'apparato gastroenterico.

Sovente però questi disturbi ci sfuggono, anche perché - dopo avere eseguito una miriade di indagini con esito negativo - non si pensa effettivamente al classico disturbo psicologico e si parla dun-

que di depressione mascherata.

Purtroppo la mia esperienza ha mostrato la situazione opposta: seppur con qualche dubbio, ho pensato che potesse trattarsi di un colon irritabile in un soggetto con disturbi depressivi avendo escluso, con le diverse indagini, la presenza di una causa organica. Inoltre quando si ha a che fare con patologie neoplastiche, come il carcinoma del colon ascendente, sicuramente tra i più subdoli, bisogna ponderare e riflettere sull'importanza di qualsiasi sintomo (anemia, calo ponderale, anoressia, melena, alterazioni dell'alvo, ecc), che però in questo caso non si sono manifestati.

Per di più l'esito del clisma opaco a doppio mdc effettuato quasi un anno prima della diagnosi è stato assolutamente negativo, tanto da fare escludere la presenza di una neoplasia. Questo però mi ha posto parecchi dubbi sia sulla reale validità

dell'indagine sia sull'operatore che l'ha effettuata. Un carcinoma del colon ascendente stenotico il lume, che notoriamente ha una crescita lenta, può svilupparsi tanto rapidamente da ostruire quasi tutto il lume in così pochi mesi? È possibile che tale neoformazione, tanto grande da procurare un'occlusione intestinale, non sia stata individuata nel corso dell'indagine? È noto che il clisma opaco non è in grado di individuare neoplasie (5% dei casi) in cui vi sono lesioni di pochi millimetri e non certo di diversi centimetri, tanto da occludere il lume del viscere, come nel caso presentato.

Concludendo ritengo che tra tutte le discipline mediche, quella del Mmg sia la più bella, la più umana, ma anche quella più impegnativa: solo l'esperienza fatta sul campo e a contatto con i nostri pazienti permette di risolvere tanti casi spesso difficili, che richiedono una grande conoscenza dell'arte medica.