

## Un devastante caso di carcinosi peritoneale

**Marcello Pugliese**

Medico di medicina generale  
Donnici Inferiore (CS)

Un assistito di 52 anni, che lavora come muratore, viene in ambulatorio perché manifesta segni e sintomi compatibili con una sindrome influenzale: artromialgie, febbre, tosse senza espettorato, cefalea, nausea. Trattato con antipiretici e riposo presenta un miglioramento della sintomatologia nell'arco di 5-6 giorni. A distanza di ulteriori dieci giorni mi chiama per una visita domiciliare in quanto presenta nausea persistente e difficoltà ad alimentarsi per la comparsa di vomito conseguente all'ingestione di cibi solidi.

**I**l paziente è iperteso e ben controllato dal trattamento combinato con ACE-inibitori e calcioantagonisti. Non ha mai fumato, non beve alcolici, non è diabetico né dislipidemico.

I due genitori sono entrambi viventi, il padre di 92 anni è bronchitico cronico, mentre la madre di 74 anni è ipertesa ed obesa. Il paziente ha quattro fratelli in apparente buona salute.

Dopo aver constatato lo stato invalidante del paziente, lo invio immediatamente al Pronto Soccorso del locale ospedale.

Vengono eseguiti gli esami biochimici di routine, i marcatori di danno miocardico, un elettrocardiogramma e un'ecografia addominale, che non evidenziano nulla di significativo. Il paziente viene dimesso con l'indicazione ad assumere metoclopramide.

La terapia non sortisce però alcun effetto, per cui due giorni dopo il paziente ritorna in ospedale, dove si procede al ricovero nel reparto di chirurgia generale.

### ■ Ricovero ospedaliero

Durante la degenza vengono programmati gli accertamenti del caso.

► **Esami biochimici:** risultano tutti nei limiti della norma, eccetto l'evidenza di un lieve aumento del marcatore oncologico CA 19.9 e ipoalbuminemia.

► **Ecografia dell'addome completo:** conferma la sostanziale normalità del quadro epatico, renale e pancreatico.

► **Rettosigmoidocolonscopia:** evidenza solo alcuni diverticoli del sigma.

► **Esofagogastroduodenoscopia:** presenza di neoformazione fortemente stenotomica non ulcerata del corpo gastrico.

Sulla base del referto dell'EGDS il paziente viene sottoposto a intervento chirurgico d'urgenza, che però permette soltanto l'esecuzione di anastomosi esofago-digiunale.

L'équipe operatoria si trova infatti di fronte a una estesa e massiva carcinosi peritoneale.

### ■ Evoluzione clinica

Il paziente continua a manifestare l'impossibilità di alimentarsi autonomamente, mentre giorno dopo giorno si sviluppano una sempre più grave cachessia e una severa ascite.

L'ascite viene più volte trattata con paracentesi evacuativa (che, tra l'altro, conferma la presenza di numerose cellule neoplastiche) e terapia con albumina ev.

Dopo la comparsa di insufficienza renale acuta trattata con terapia dialitica, a quindici giorni di distanza dall'intervento chirurgico il paziente, ormai in stato cachettico, muore per una inarrestabile emorragia dell'apparato digerente.

## Note & approfondimenti

In tutti gli organi endoaddominali e pelvici possono originarsi tumori maligni, che nella maggior parte

dei casi sono rappresentati da carcinomi. Questi tumori si accrescono progressivamente e possono raggiungere la superficie dell'organo in cui si sono originati infiltrandone la membrana superficiale di rivestimento, rappresentata appunto dal peritoneo viscerale. Quando il tumore filtra e supera il peritoneo viscerale, le cellule neoplastiche si distaccano dalla massa tumorale e cadono libere nella cavità addominale dando così origine alla formazione della carcinosi peritoneale.

I principali tumori che danno origine alla carcinosi peritoneale sono rappresentati da: carcinomi dell'ovaio, del colon-retto, dell'appendice e dello stomaco, come nel caso del mio sfortunato paziente.

Esistono anche dei tumori che si originano direttamente dal peritoneo: i mesoteliomi peritoneali. Come quelli descritti, anche in presenza di questi tumori è possibile che dalla superficie del mesotelio si distacchino cellule tumorali, che cadono libere nella cavità addominale dando origine alla diffusione del tumore nella cavità peritoneale.

Poiché nella cavità peritoneale è presente una certa quantità di liquido peritoneale, le cellule tumorali vengono accolte e trasportate, seguendone la corrente circolatoria da cui è normalmente animato. Infatti il liquido peritoneale è prodotto e anche riassorbito dalle cellule del peritoneo e questo liquido è animato da un movimento di circolazione, che è utile allo scopo

di lubrificare l'intero contenuto della cavità addominale e che porta il liquido stesso in alcuni distretti dove viene riassorbito.

I siti dove il liquido viene maggiormente riassorbito sono rappresentati dal diaframma, dalla pelvi, dal grande epiploon.

In alcuni distretti della cavità addominale si ha un rallentamento della circolazione del liquido peritoneale, in particolare questo avviene nei siti di maggiore riassorbimento, a livello dell'appendice e degli angoli colici destro e sinistro.

Forti rallentamenti della circolazione si verificano anche in tutte le zone in cui sono presenti cicatrici o aderenze per precedenti interventi chirurgici addominali o per processi flogistici.

Quando le cellule tumorali cadono nel liquido peritoneale dopo aver raggiunto e superato il rivestimento più esterno dei visceri, cioè il peritoneo viscerale, in parte muoiono ma in parte sopravvivono, nutrendosi delle sostanze contenute nel liquido stesso. Queste cellule, galleggiando nel liquido peritoneale, vengono trasportate dal movimento che anima il liquido stesso e vengono a concentrarsi nei siti di maggiore riassorbimento del liquido peritoneale.

In queste sedi si verificano le maggiori possibilità di attecchimento e di adesione al rivestimento peritoneale con formazione di ammassi di cellule tumorali, che si aggregano in ammassi sempre più grandi, dando origine alla carcinosi peritoneale. Progressivamente tali fenomeni tendono a verificarsi in più distretti, sia sul peritoneo parietale che su quello viscerale, diffondendo la carcinosi a tutto l'addome e provocando il fenomeno dell'ascite neoplastica, presente in circa il 70% dei casi.

### ■ Ascite neoplastica

Nel contesto dell'ascite neoplastica, rappresentata da un abnorme aumento del liquido endoperitoneale, fino a raggiungere quantità di di-

versi litri, galleggiano milioni di cellule tumorali.

Questa enorme produzione di liquido è sostenuta essenzialmente dalla iperproduzione di liquido da parte delle cellule peritoneali irritate dalla presenza degli impianti carcinomatosi e dalla produzione di siero e mucina da parte delle cellule tumorali.

La presenza degli impianti carcinomatosi e dell'ascite correlano direttamente le loro proporzioni con la comparsa di sintomi e fenomeni che compromettono lo stato di salute dell'individuo, fino a causarne il decesso, se non adeguatamente trattati, come dimostra la vicenda del mio paziente.

Per molti tumori che si manifestano con carcinosi e ascite, la malattia neoplastica può rimanere confinata nella cavità addomino-pelvica anche per molti mesi, silente e senza una particolare tendenza a dare origine a metastasi a distanza, come si verifica di norma per la maggior parte dei tumori maligni. Così per lungo tempo il tumore tende a diffondersi sempre più nella cavità addominale sotto forma di carcinosi, ma senza provocare la formazioni di metastasi in altri distretti, quali quelli classici (fegato, polmone, ossa, cervello).

### ■ Trattamento

Il trattamento convenzionale della carcinosi peritoneale è naturalmente basato su protocolli di chemioterapia sistemica; tuttavia, al contrario di altre sedi quali fegato, pelvi, polmone, in cui il tasso di risposte obiettive è incrementato significativamente negli ultimi anni, i risultati relativi ai pazienti con carcinosi peritoneale rimangono fortemente deludenti, forse per le caratteristiche di "barriera" del peritoneo parietale e ancor più viscerale.

Circa dieci anni fa, in alternativa o in successione alla chemioterapia sistemica, è stato proposto l'intervento chirurgico di peritonectomia totale o parziale, seguito o meno dalla perfusione ipertermico-anti-

blastica intraoperatoria.

Questa procedura chirurgica si basa su rigorosi studi fisiopatologici, che hanno approfondito anche i passaggi evolutivi della malattia peritoneale, ad iniziare dall'impianto sul peritoneo e le ragioni di questo spiccato tropismo per la membrana peritoneale, frequentemente in assenza di metastasi ematogene.

La peritonectomia rappresenta un atto di citoriduzione, cioè di abbattimento della quota cellulare neoplastica, che però implica una radicalità chirurgica consistente, che non deve essere confusa o assimilata a procedure chirurgiche palliative: per tale motivo un completo abbattimento della quota cellulare neoplastica può essere seguito da una perfusione ipertermico-antiblastica intra o postoperatoria, in grado di bonificare i residui della malattia.

Tale intervento costituisce ovviamente un atto chirurgico di notevole impegno sia per il paziente sia per il chirurgo: l'asportazione totale di tutto il peritoneo parietale si associa solitamente a quella del grande e piccolo omento e di una serie di organi endoaddominali quali cieco, giunzione rettosigmoidea, antro gastrico, milza, ovaie e utero, capsula epatica.

Naturalmente una chirurgia così estesa è gravata da un alto rischio di complicanze chirurgiche precoci e tardive.

La sopravvivenza globale a cinque anni, riferita a procedure radicali, raggiunge mediamente il 40%, nelle varie esperienze internazionali, ma poiché nessun trattamento di chemioterapia sistemica ha mai ottenuto analoghe percentuali di successo, questo stimola una maggiore attenzione verso un approccio così mirato e di potenziale efficacia.

### NOTE BIBLIOGRAFICHE

- *J Exp Clin Cancer Res* 2003; 22 supp 4.
- *Cancer* 2008; 113: 315-25.
- *Word J Surg Oncol* 2009; 7: 5.
- [www.peritonectomy.net](http://www.peritonectomy.net)