

Caso Clinico N. 15

Donna - aa. 50

Anamnesi personale fisiologica: nulla di rilevante

Anamnesi patologica remota: negativa

Anamnesi patologica prossima

Da circa sei mesi la paziente ha iniziato ad accusare tenesmo rettale e sensazione di corpo estraneo in sede ano-rettale; stipsi episodica, dischezia; raramente piccole emorragie. La P. pensava di essere affetta da prolasso ano-rettale, perchè nei periodi di stitichezza durante gli sforzi defecatori si era accorta di palpare come qualcosa di mucoso fuoriuscente dall'ano. Consultato un sanitario le erano stati prescritti supposte e lassativi, che non avevano sortito alcun esito favorevole.

Esame obiettivo

All'esplorazione rettale si palpa formazione nodulare, mobile, di consistenza molle; nessun altro rilievo patologico. In posizione genupettorale, invitando la P. a ponzare, emerge dall'ano neoformazione polilobulata, di circa tre cm di diametro massimo, di colorito roseo, dotata di peduncolo.

E' eseguito clisma doppio contrasto (Fig. N. 1), che conferma il reperto su indicato, senza altre evidenze patologiche a carico del colon.



Fig. 1

La retto-coloscopia precisa trattarsi di formazione poliposa, mobile, localizzata a ridosso della linea pettinata, con peduncolo breve, sottile, a stretta base d'impianto. Anche con questo esame nessun rilievo degno di nota a carico del colon.

Per la posizione distale dell'impianto, la mobilità e la facilità di prollassare del polipo si preferisce effettuare l'exeresi per via transanale.

Intervento

Previa rachianestesia, si pratica moderata divulsione anale, che determina l'immediato prollasso del polipo (Fig. N. 2). Facile reperimento del peduncolo che viene interrotto in corrispondenza della sua base.

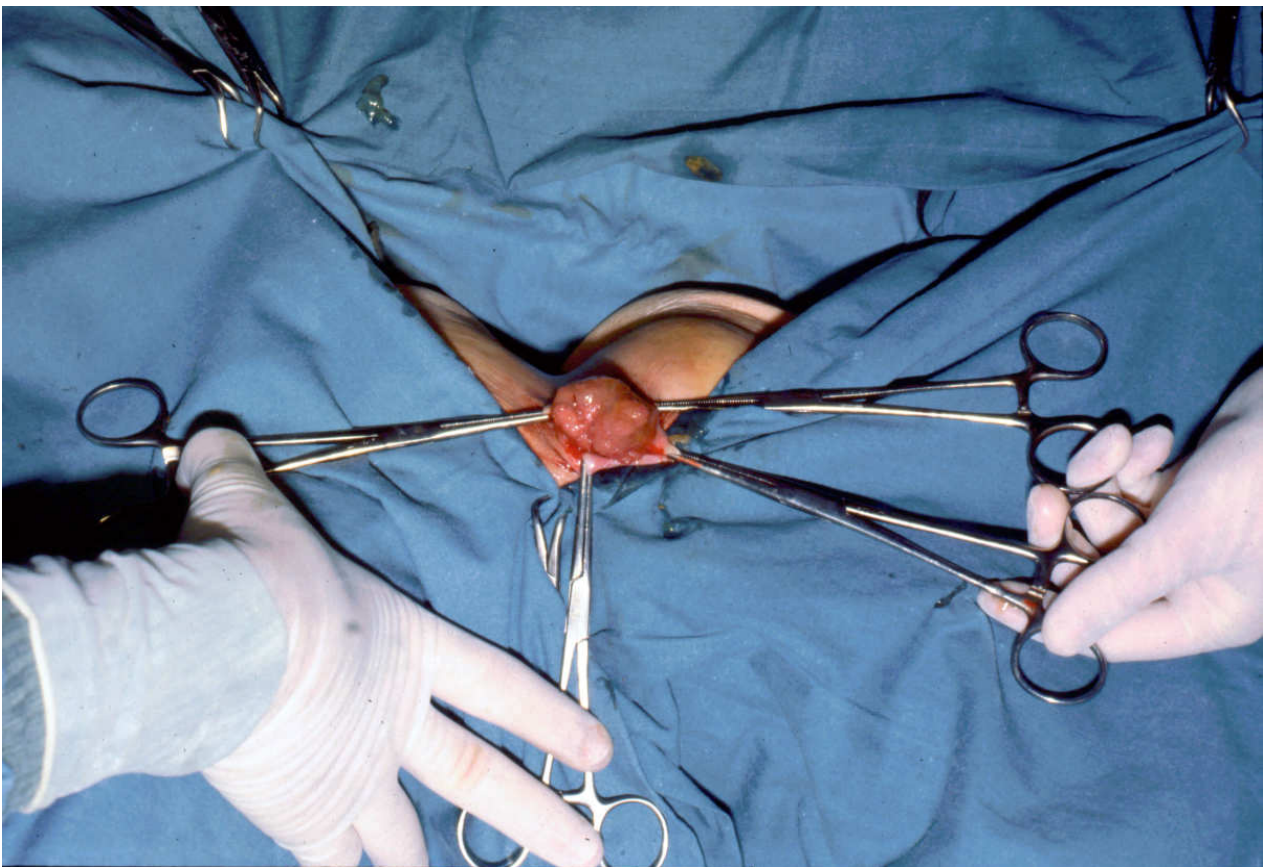


Fig. 2

Istopatologia

L'aspetto generale è caratterizzato da strutture ghiandolari; l'epitelio adenomatoso presenta muco-produzione, ancorchè scarsa; lamina propria non ispessita. Nulla di rilevante a carico del peduncolo e della sua base d'impianto.

Tali elementi configurano la diagnosi di adenoma tubulare benigno.

Controlli immediati e a distanza senza particolarità degne di rilievo.

Commento

Si tratta dunque di un polipo tubulare peduncolato del retto distale, che si manifestava prollassandosi praticamente in toto dall'ano. Di per sè il caso sembrerebbe abbastanza banale, se non fosse che nella nostra pur cospicua, pluridecennale esperienza chirurgica è stata l'unica osservazione di polipo anale prollassantesi spontaneamente dall'ano. E in complesso questa evenienza non risulta frequente nelle segnalazioni della letteratura medica.

E' così che il medico curante non prese in considerazione questa eventualità, quando la sua paziente riferiva di un presumibile prollasso ano-rettale.

Il polipo tubulare (adenoma tubulare) del colon-retto, come quelli villosi e misti, rappresenta un'eventualità relativamente frequente e di notevole importanza oncologica in quanto lesione a rischio di trasformazione maligna. Più grande è il diametro del polipo tanto maggiore è la possibilità di cancerizzazione. La localizzazione rettale è segnalata nella percentuale del 20% a fronte del 40% nel colon destro e del 40% nel colon sinistro.

Le neoformazioni polipose del retto e ancor più del colon spesso sfuggono alla individuazione diagnostica, perchè nella grande maggioranza dei casi sono asintomatiche. D'altra parte è ormai dato consolidato che il carcinoma colo-rettale insorge in percentuali prossime al cento per cento in adenomi già a struttura benigna e in modo particolare in quelli a configurazione tubulare e tubulo-villosa. Si tramanda la storia di quella cittadina del nord-Europa, dove l'incidenza del cancro colo-rettale era tragicamente elevata. E un giorno qualcuno al governo di questa cittadina impose agli abitanti la retto-coloscopia. Si scoprì in tal modo una percentuale altissima di portatori di polipi colo-rettali. Questi furono asportati e dopo tale bonifica l'incidenza percentuale del cancro colo-rettale ebbe una vistosa caduta.

La manifestazione per così dire....."teatrale" del polipo nel nostro caso rappresenta pertanto un evento fortunato. In fondo sarebbe stato sufficiente per la diagnosi preliminare che il medico curante praticasse nel suo studio l'esplorazione rettale alla sua paziente. Purtroppo troppi fra i medici cosiddetti "*di base*" (Medici di medicina generale) non sanno o non vogliono eseguire questa manovra semplice e spesso prezioso mezzo diagnostico.

Dal punto di vista del trattamento abbiamo preferito l'asportazione del polipo per via trans-anale, vista la praticamente spontanea estrinsecazione della formazione e la sua base di impianto mediante peduncolo in prossimità della line pettinata. Avremmo anche potuto operare in anestesia locale, ma ci pareva importante avere un'ottima visibilità sul retto distale con la divulsione anale. Questa era preferibile ottenerla in anestesia spinale, sia in funzione dall'analgesia sia del rilasciamento ottimale. Abbiamo scartato altre metodiche ottenibili con strumenti endoscopici (anoscopio, rettoscopio), a nostro avviso più indaginosi e probabilmente in questo caso poco adatti in considerazione dell' impianto così distale della neoformazione.
