TECNOLOGIE

Metastasi epatiche del tumore del colon-retto: quando è possibile l’intervento

18 novembre 2026 · 6 min di lettura

Le metastasi al fegato non sono sempre una condanna. Vi spieghiamo quali metodi permettono di asportarle o distruggerle, da che cosa dipende la prognosi e che cosa ha mostrato l’esperienza dell’Istituto nazionale del cancro di Kyiv.

Il fegato è la sede in cui il tumore del colon e del retto si diffonde più spesso. Circa la metà dei pazienti sviluppa metastasi epatiche in una fase o nell’altra della malattia, e nel 15–20% dei casi vengono individuate già al momento della diagnosi.

La parola «metastasi» suona come una condanna definitiva, ma proprio nel tumore del colon-retto non è così. Se le metastasi possono essere asportate completamente, una parte consistente dei pazienti vive per anni. In questo articolo parliamo delle possibilità attuali di questo trattamento, sulla base delle pubblicazioni dei chirurghi dell’Istituto nazionale del cancro di Kyiv, tra i cui autori figura Artem Mykytiuk.

Metastasi sincrone e metacrone

Sincrone: individuate contemporaneamente al tumore intestinale. Metacrone: comparse più tardi, dopo il trattamento del tumore primitivo. Questa distinzione non è una formalità: da essa dipendono sia la scelta della strategia sia la prognosi.

Da che cosa dipende la prognosi: l’indice di carico tumorale

I chirurghi dell’Istituto nazionale del cancro hanno analizzato i risultati di 351 resezioni epatiche eseguite dal 2002 al 2024. Per valutare la prognosi hanno utilizzato l’indice di carico tumorale (Tumour Burden Score), che tiene conto di due elementi: le dimensioni della metastasi più grande e il numero di lesioni.

La differenza tra i gruppi si è rivelata impressionante. Sopravvivenza a cinque anni dopo l'intervento:

- carico basso — 56%
- moderato — 50%
- alto — solo 7%.

Nel complesso, a cinque anni dalla resezione era in vita il 51% dei pazienti. La conclusione per il paziente è semplice: prima si individuano le metastasi, meno sono numerose e migliori sono le probabilità. Per questo, dopo il trattamento di un tumore dell'intestino, è così importante non saltare le TC di controllo e il dosaggio del marcatore tumorale CEA.

Resezione epatica: il metodo principale

L'asportazione chirurgica delle metastasi resta il gold standard. Il fegato è in grado di rigenerarsi, perciò se ne può asportare una parte considerevole, purché il resto sia sano e sufficiente a svolgere le sue funzioni.

Un numero crescente di questi interventi viene eseguito per via laparoscopica, attraverso piccole incisioni. Secondo gli studi, i risultati sono paragonabili a quelli della chirurgia a cielo aperto, con minori perdite di sangue, meno complicanze e meno giorni di ricovero.

Un solo intervento invece di due

Quando le metastasi sono sincrone e poco numerose, a volte è possibile asportare il tumore intestinale e le lesioni epatiche con un unico intervento. Il team dell'Istituto nazionale del cancro ha descritto un caso di questo tipo: a un uomo di 42 anni con un tumore del colon trasverso e due metastasi epatiche sono stati asportati per via laparoscopica, attraverso sette piccole incisioni, sia una parte del colon sia due segmenti del fegato. L'operazione è durata quasi sei ore, con una perdita di sangue di circa 150 ml. In seguito è insorta una complicanza, che è stato possibile trattare senza un nuovo intervento; il paziente ha poi ricevuto la chemioterapia e a 8 mesi non c'era recidiva.

Questo approccio non è adatto a tutti, ma solo a pazienti in buone condizioni fisiche con un coinvolgimento epatico limitato. Una resezione epatica maggiore non viene associata a un intervento intestinale ad alto rischio.

Epatectomia in due tempi: quando le metastasi sono in entrambi i lobi

Se le metastasi sono distribuite in entrambi i lobi e asportando tutte le lesioni resterebbe troppo poco fegato sano, l'intervento viene suddiviso in due tempi. Prima si libera dalle lesioni un lobo e si interrompe l'afflusso di sangue all'altro (con embolizzazione o legatura della vena porta). Nel giro di qualche settimana la parte sana del fegato cresce, e allora si esegue il secondo tempo.

In una serie di 41 pazienti di questo tipo la sopravvivenza a cinque anni è stata del 37% — e si tratta di pazienti che in passato erano considerati inoperabili. Il percorso è difficile: complicanze gravi dopo il secondo tempo si sono verificate in circa la metà dei pazienti, anche se con l'esperienza la loro quota è scesa dal 75% nel 2015 al 32% nel 2023. Questi interventi devono essere eseguiti in centri con grande esperienza.

Ablazione con radiofrequenza: quando l'intervento non è possibile

L'ablazione con radiofrequenza (RFA) distrugge il tumore con il calore. Sotto guida ecografica si introduce un elettrodo nella lesione e il tessuto viene riscaldato a 50–100 °C per alcuni minuti. Il metodo si utilizza per le metastasi fino a 3 cm, quando la loro asportazione è impossibile o troppo rischiosa a causa di altre malattie.

L'analisi di 33 pazienti sottoposti a RFA per metastasi di tumore del colon-retto ha mostrato che le dimensioni e il numero delle lesioni, la sede del tumore e il numero di cicli di chemioterapia non hanno influito in modo significativo sulla sopravvivenza. Il fattore decisivo è stato il momento di comparsa delle metastasi. Tra i pazienti in vita, nel 78% le metastasi erano metacrone, mentre tutti i deceduti avevano metastasi sincrone. In altre parole, la RFA funziona meglio nelle metastasi comparse più tardi.

Gli autori sottolineano che, se una metastasi può essere asportata chirurgicamente, si preferisce la resezione. La RFA ne è un'alternativa o un complemento.

La decisione spetta al team

La scelta tra resezione, intervento in due tempi, ablazione e chemioterapia spetta a un team multidisciplinare: chirurgo, oncologo, radiologo. Si valutano il numero e le dimensioni delle metastasi, la loro posizione, il volume di fegato sano, le caratteristiche molecolari del tumore e le condizioni generali del paziente. Quasi sempre il trattamento chirurgico viene associato alla chemioterapia prima o dopo l'intervento.

Domande frequenti

Si può vivere con una parte del fegato? Sì. Il fegato recupera il proprio volume in poche settimane e, se resta abbastanza tessuto sano, la sua funzione non ne risente.

Come individuare precocemente le metastasi? Rispettando il calendario dei controlli dopo il trattamento del tumore dell'intestino: visita e dosaggio del CEA di solito ogni 3–6 mesi, TC del torace e dell'addome secondo lo schema stabilito dall'oncologo.

Se avete bisogno di un secondo parere sulla strategia di trattamento, rivolgetevi a un chirurgo oncologo. Potete prenotare chiamando i numeri indicati nella sezione contatti.

Fonti

- Burlaka A., Bezverkhnyi V., Mykytiuk A. et al. Вплив індексу пухлинного навантаження печінки на післяопераційні ускладнення та виживаність при метастатичному колоректальному раку. Клінічна онкологія. 2024;56(4). doi.org/10.32471/clinicaloncology.2663-466X.56-4.33480 (CC BY-NC-ND)

- Mykytyuk A. I., Burlaka A. A., Lukashenko A. V. et al. Досвід двоетапних резекцій при білобарних метастазах колоректального раку в печінку: хірургічні результати та фактори прогнозу. Клінічна онкологія. 2024;55(3). doi.org/10.32471/clinicaloncology.2663-466x.55-3.32966 (CC BY-NC-ND)
- Valikhnovska K. H., Mykytyuk A. I. Results of radiofrequency ablation of colorectal cancer metastases in the liver. Ukrainian Journal of Clinical Surgery. 2026;93(2):50–56. doi.org/10.26779/2786-832x.2026.2.50 (CC BY 4.0)
- Burlaka A., Rozhkova V., Mykytuk A. et al. Laparoscopic S7 and S4 segmentectomy combined with transverse colon resection for synchronous metastatic colorectal cancer: a case report. Journal of Surgical Case Reports. 2025;(7):rjaf476. doi.org/10.1093/jscr/rjaf476 (CC BY-NC 4.0)
- Burlaka A., Skyba V., Zemskov S., Mykytiuk A. et al. Клінічний випадок лапароскопічної симультанної резекції печінки та резекції поперечної ободової кишки. Клінічна онкологія. 2025. doi.org/10.32471/clinicaloncology.2663-466x.34491 (CC BY-NC-ND)

L'articolo ha carattere informativo e non sostituisce la visita medica. La strategia di trattamento viene stabilita dal medico dopo una visita di persona e gli esami necessari.