TECNOLOGIE

Tumore del retto: quando si può fare a meno dell’intervento sull’intestino

18 novembre 2026 · 4 min di lettura

Se dopo la chemioterapia e la radioterapia il tumore è scomparso del tutto, a volte si può evitare l’intervento sul retto. Spieghiamo come funziona la sorveglianza attiva, a chi è adatta e perché richiede disciplina.

Il trattamento classico del tumore del retto è la radioterapia con la chemioterapia, seguita da un intervento che asporta una parte dell’intestino. L’intervento è efficace, ma ha un prezzo: spesso una stomia temporanea o definitiva, problemi di continenza fecale, di minzione e di funzione sessuale.

Nell’ultimo decennio in oncologia si è affermato un altro approccio: «watch and wait», o sorveglianza attiva. Viene proposto ai pazienti nei quali il tumore è scomparso completamente dopo il trattamento preoperatorio.

Come funziona

Prima il paziente riceve la terapia neoadiuvante totale, cioè l’intero ciclo di radioterapia e chemioterapia prima di qualsiasi intervento. Poi viene sottoposto ad accertamenti accurati: risonanza magnetica della pelvi ad alta risoluzione, endoscopia, PET-TC.

Se il tumore non è visibile né agli esami di imaging né all’endoscopia, si parla di risposta clinica completa. La raggiunge circa il 20% dei pazienti. In questa situazione si può rinunciare all’intervento sul retto e sostituirlo con controlli regolari e molto accurati.

Perché la sorveglianza non significa «non fare nulla»

Secondo i dati di un registro internazionale e dello studio OPRA, in circa un quarto dei pazienti il tumore del retto ricomincia a crescere entro due anni. In un altro 8–30% compaiono metastasi a distanza. Per

questo la sorveglianza deve essere rigorosa: visita e marcatore tumorale CEA ogni 3 mesi, TC ogni sei mesi, risonanze magnetiche della pelvi ed endoscopie regolari. Saltare un controllo, qui, costa più caro che nel normale follow-up dopo un intervento.

La buona notizia: se il tumore si ripresenta e viene individuato in tempo, si può ancora operare.

Un caso clinico

I chirurghi dell'Istituto nazionale del cancro di Kyiv hanno descritto un caso che mostra bene perché serva un calendario così rigoroso.

In un uomo di 54 anni, durante una colonscopia di screening, è stato scoperto un tumore del retto in stadio II. Si è sottoposto a un ciclo di radioterapia associata a un chemioterapico e poi a otto cicli di chemioterapia. Nove mesi dopo l'inizio del trattamento, gli accertamenti hanno mostrato una risposta clinica completa: alla risonanza magnetica solo una cicatrice, all'endoscopia una cicatrice biancastra senza tumore. Il paziente è stato messo in sorveglianza attiva.

Tre mesi dopo, la TC programmata ha evidenziato un'unica lesione epatica di 15 mm, e il marcatore tumorale CEA era aumentato. Il team multidisciplinare ha deciso di proseguire la sorveglianza dell'intestino e di asportare la metastasi epatica.

L'intervento è stato eseguito in laparoscopia, attraverso quattro piccoli accessi: è stato asportato un segmento del fegato insieme alla metastasi. La perdita di sangue è stata di 200 ml, non ci sono state complicanze e il paziente è stato dimesso in sesta giornata. L'esame istologico ha confermato l'asportazione completa del tumore con margini liberi. In seguito al paziente sono state raccomandate la chemioterapia e la prosecuzione della sorveglianza.

Il retto è rimasto al suo posto, e la metastasi è stata trovata quando era ancora piccola e unica, proprio perché i controlli sono stati eseguiti nei tempi previsti.

A chi è adatta la sorveglianza attiva

- ai pazienti con risposta clinica completa confermata da risonanza magnetica ed endoscopia
- a chi è disposto a seguire per anni un calendario serrato di controlli
- su decisione di un team multidisciplinare, non per scelta autonoma.

Non è una rinuncia al trattamento, ma una sua variante, che permette di conservare l'organo e la qualità della vita senza perdere il controllo della malattia. Il caso descritto sopra è isolato, e gli autori sottolineano che per trarre conclusioni definitive servono casistiche più ampie.

Come non lasciarsi sfuggire un tumore del retto

Nel caso descritto il tumore è stato trovato in fase precoce, durante una colonscopia di screening. Sangue nelle feci, cambiamenti nelle abituali funzioni intestinali, sensazione di svuotamento incompleto, anemia senza una causa evidente: sono tutti motivi per rivolgervi a un proctologo e sottoporvi a una colonscopia. Potete prenotare ai numeri di telefono della sezione contatti.

Fonti

- Burlaka A., Mykytyuk A., Bezverkhnyi V., Sorokin B., Makhmudov D., Skyba V. Surgical management of metachronous liver metastasis after watch-and-wait strategy in rectal cancer patients with complete response: a case report. Experimental Oncology. 2026;48(1):59–65. doi.org/10.15407/exp-oncology.2026.01.059 (CC BY-NC-ND 4.0)

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