# Questa colonscopia non s'ha da fare!

**Data** 31 dicembre 2009
**Categoria** casi_clinici

Una alterazione dell'alvo in un paziente anziano dovrebbe sempre far pensare ad una patologia maligna del colon-retto, anche in presenza di una apparente risoluzione dei sintomi.

Giulio ha settantasei anni e lavora ancora nei campi. E' un tipo magro e allampanato, perennemente abbronzato, che frequenta di rado lo studio del medico di famiglia e quando lo fa è per le insistenze della moglie. Per il vero, non ha mai avuto gravi problemi di salute, ma da qualche settimana si sente l'addome sempre in disordine, la digestione è lenta e difficile, l'alvo, che era sempre regolare, si è fatto quasi diarroico, con due-tre scariche di feci molli al giorno. Si decide alfine a consultare il medico che, dopo averlo visitato attentamente e non avendo trovato nulla di anormale, gli prescrive una terapia a base di fermenti lattici, ma anche una colonscopia. Giulio mostra la sua delusione: "Dottore, perchè dovrei fare un esame del genere? Lei lo sa bene che io sono nemico delle medicine e degli esami, perchè prima non stiamo a vedere se la terapia che mi ha prescritto funziona?".
Il medico prende tempo, sa benissimo che la cosidetta terapia è un semplice placebo e che i sintomi lamentati dal paziente potrebbero essere la spia di una neoplasia del colon. Nonostante le insistenze di Giulio il medico gli consegna quindi l'impegnativa, rimarcando la necessità di eseguire l'esame. Dopo circa una settimana Giulio si ripresenta in ambulatorio riferendo che il trattamento è stato risolutivo e che adesso i sintomi sono scomparsi e lui sta bene. Il medico curante non sembra convinto, insiste per la colonscopia e, alle resistenze del paziente, cerca di temporeggiare e lo invita perlomeno ad eseguire degli esami del sangue e la ricerca del sangue occulto fecale. Giulio accetta e uscendo dice, sorridendo: "Dottore, questa colonscopia non s'ha da fare!". Passano altri dieci giorni e Giulio ritorna con la risposta degi esami richiesti: l'esame emocromocitometrico mostra una lieve anemia normocitica (i valori di emoglobina sono di 12,01 mg/dL), una siderema ai limiti inferiori della norma e una negatività del sangue occulto fecale. Il medico insiste perchè il paziente esegua l'esame endoscopico e, di fronte alle resistenze del pziente, minaccia di telefonare alla moglie. Giulio se ne esce dall'ambulatorio di cattivo umore, ma sembra accettare l'ultimatum del medico. Passano circa quindici giorni e Giulio ritorna con la moglie in ambulatorio. La sua espressione è abbastanza spaventata. "Dottore - esordisce - ho fatto quel benedetto esame e adesso devo ricoverarmi con urgenza, hanno già predisposto l'operazione per lunedì prossimo". Il medico legge con attenzione il referto dell'esame colonscopico che recita "  A 12 cm dal piano anale, per un'estensione di circa 5-6 cm, lesione polilobata che occupa circa metà del lume". Giulio viene quindi ricoverato e sottoposto ad intervento di resezione ultrabassa del retto con anastomosi colo-anale". L'esame istologico evidenzia un adenocarcinoma infiltrante del retto, linfonodi esenti da metastasi e margini di resezione chirurgica indenni.

**Commento al caso clinico**

Si tratta di un caso clinico banale in cui però il medico curante avrebbe potuto cadere nel trabocchetto combinato del paziente poco convinto ad eseguire la colonscopia, della scomparsa dei sintomi e della negatività del sangue occulto fecale. I tumori del colon-retto sono una delle neoplasie più frequenti negli anziani e si manifestano talora e per lungo tempo con sintomi sfumati come temporanee alterazioni dell'alvo, che vengono sottovalutate dai pazienti.
Il caso si presta inoltre ad illustrare bene la differenza tra medicina di famiglia e medicina ospedaliera: mentre la seconda è di solito una medicina di "comando", la prima ha spesso un caratterere peculiare di "negoziazione" in cui medico e paziente "contrattano" terapie ed esami da eseguire, arrivando ad un compromesso che sia ragionevole per entrambi.

**RenatoRossi**