



V. BELTRAMI, A. BERTAGNI,  
L. GALLINARO, G. MONTESANO,  
V. PRECE

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Tecnologie Mediche  
Applicate  
IVa Clinica Chirurgica Generale e Toracica

L'espressione “limite” – quando riguarda una ipotesi chirurgica – può utilmente essere applicata al momento ideologico oltre il quale *non si può e/o non si deve* proporre un trattamento aggressivo in funzione terapeutica. Questo “limite” è frutto di constatazioni oggettive e di impressioni soggettive: e spesso comporta un atto decisionale sofferto, che si presta a qualche meditazione.

La figura del chirurgo – seppure in misura minore rispetto al passato – è notoriamente ancora oggi investita di poteri tradizionali che si possono definire demiurgici. Per quanto la sua professionalità si delinea attraverso una serie di tramiti e supporti metodologici e diagnostici (obiettività, radiologia, esami strumentali e di laboratorio, previsioni di recupero funzionale etc.), al chirurgo spetta la decisione finale: che nel caso delle indicazioni d'urgenza impone rapidità di giudizio e di esecuzione, mentre nelle cosiddette indicazioni “di elezione” presenta invece il non trascurabile vantaggio di una disponibilità di tempo per una matura riflessione.

In una posizione intermedia – di emergenza che è più psicologica che assoluta, ma che permette comunque un momento di riflessione – si pone la malattia neoplastica, dato il rilevante valore simbolico con il quale essa è presente nell'inconscio collettivo. Attualmente il tumore si è infatti gradualmente sostituito alla tubercolosi nel ruolo che questa malattia rivestiva nel secolo scorso: quello di vera e propria *metafora* di “malattia mortale”. La pianificazione dell'eventuale azione operatoria, in caso di tumore, risulta dunque da una scelta assai più coinvolgente, rispetto alle indicazioni poste in altre circostanze: ed è auspicabile che il chirurgo avveduto abbia coscienza del fatto che alla indicazione stessa si pongono talora dei “limiti” correlati all'inutilità se non a un danno che l'azione ipotizzata arrecherebbe. Con un facile gio-

## Riassunto

L'espressione “limite” in chirurgia oncologica si applica al momento ideologico oltre il quale *non si può e non si deve* proporre un trattamento aggressivo e spesso comporta un atto decisionale sofferto.

Vanno considerati limiti alla operabilità alcune caratteristiche generali del paziente, indipendenti dalla sua attuale situazione neoplastica (età biologica molto avanzata, perfino cachectica, cattive condizioni cardiache, respiratorie, renali, epatiche e mentali), mentre a livello del coinvolgimento dell'organo interessato dal tumore l'intervento deve garantire una “dura” ragionevole di vita, con qualità che la rendano degna di essere vissuta. Vanno anche tenuti in considerazione eventuali coinvolgimenti di altri organi prossimi o lontani, nonché alcune condizioni estreme (la cachessia neoplastica, le sindromi epato-renali, lo shock settico-tossico irreversibile), mentre non si devono dimenticare né le condizioni strutturali della sede dove sarà attuato l'intervento (ambienti, attrezzature, dotazioni farmacologiche, personale medico e paramedico), né il contesto sociale ed economico del paziente, in previsione della successiva assistenza familiare. Infine, una severa analisi della propria idoneità al compito specifico dovrebbe essere atto di preparazione al lavoro di ogni chirurgo.

Parole chiave: Chirurgia oncologica, limite, operabilità.

## Summary

### SURGERY OF TUMORS AND BOUNDARY SITUATIONS

The term “limit” applied to cancer surgery, denotes the ideological moment beyond which one cannot and should not propose any aggressive treatment. Such limits may concern the operability of a patient and may be represented by some general characteristics independent of the patient's current disease status (e.g. very old age, poor performance status, poor cardiac, respiratory renal hepatic or mental conditions). They may concern the neoplastic involvement of the organ affected by the tumor: if undertaken, surgery should guarantee a reasonable duration of life, and a quality of life that makes it worth living. Other factors to be taken in consideration are the possibility the tumor spread to local or distant sites, as well as certain extreme conditions such as cancer cachexia, liver/kidney failure, irreversible septic-toxic shock, etc. Moreover, there may be limits related to the structural conditions of the establishment where the operation is to be carried out (facilities, equipment, pharmacological supplies, medical and paramedical personnel) and to the social environment and the economic situation of the patient, in view of the assistance required following surgery. Lastly, a severe assessment of one's own fitness to perform many specific tasks should be part of the daily preparation of any surgeon.

Key words: Cancer surgery, limit, operability.

co di parole, si può aggiungere che un ulteriore limite alle opinioni che qui vengono espresse è rappresentato comunque dalla libera scelta cui ha diritto il singolo operatore.

Prendendo in primo luogo in esame il paziente portatore di un tumore quale complesso fisico-psichico, vanno considerati limiti alla operabilità alcune *caratteristiche personali*, peraltro indipendenti dall'attuale situazione neoplastica: quali l'età biologica (non anagrafica) molto avanzata, una precarietà della *performance* e delle condizioni cardiache, respiratorie, renali ed epatiche, nonché un eventuale assetto mentale gravemente alterato.

Anche il livello di *coinvolgimento dell'organo interessato dal tumore* può creare difficoltà di principio all'azione chirurgica: l'intervento deve statisticamente garantire una "durata" ragionevole di vita e la vita stessa deve mantenere qualità irrinunciabili per essere degna di questo nome.

Condizioni di severo *coinvolgimento di organi diversi* da quello primariamente interessato dalla neoplasia – siano essi prossimi o lontani – possono a loro volta creare ostacoli di principio all'azione chirurgica. Sono esemplari in proposito le estensioni loco-regionali, la carcinosi peritoneale, le metastasi a goccia di cera pleuriche, le vere metastasi ematogene e naturalmente gli interessamenti linfonodali. Analogo discorso si può fare per alcune *condizioni estreme non necessariamente correlate a singoli organi od apparati*, quali la cachessia neoplastica, le sindromi epato-renali, uno shock settico-tossico irreversibile etc. Passando ad un discorso più generale, è indubbio che si debbano considerare "limiti" alla chirurgia oncologica varie circostanze aggiuntive che con la neoplasia di per sé stessa hanno un rapporto relativo. In primo luogo vanno prese in esame *le condizioni strutturali della sede dove sarà attuato l'intervento*, includendo nel termine gli ambienti, le attrezzature, le dotazioni farmacologiche, la

disponibilità di collaborazione da parte del personale medico e paramedico. In secondo luogo, è importante che si ricordino sia *il contesto sociale ed economico* del paziente, per quanto riguarda fra l'altro l'assistenza familiare che può condizionarne il recupero, sia il concetto vasto e complesso del cosiddetto *rapporto costo-beneficio*, che è da valutare in tutte le sue sfumature.

Infine, è importante sottolineare come esista un fattore "operatore-come-uomo" che può pesantemente influenzare i risultati di una chirurgia spesso difficile e/o discutibile. Una severa analisi della *propria idoneità al compito specifico* dovrebbe essere atto di preparazione quotidiana al lavoro per ogni chirurgo: il che si traduce nella capacità di riconoscere tempestivamente eventuali personali insufficienze non solo tecnologiche ma anche fisiche e psicologiche, oltre che di sapere onestamente indicare le possibili alternative.

In conclusione, lungi dall'essere un atto di debolezza, il discorso sul "limite" in qualsiasi tipo di chirurgia – in quella dei tumori in particolare – è un discorso di coscienza. In proposito, si può ricordare un episodio della sceneggiatura del film di Ingmar Bergmann "Il posto delle fragole". Al vecchio dottore, che in un sogno ripete il suo esame di laurea, viene posto il quesito: "Qual'è il primo dovere del medico?" Nell'angoscia dell'incapacità di rispondere, egli sente la voce severa dell'interrogante-giudice che gli ricorda: "Il primo dovere del medico è di chiedere perdono". Questa frase può essere adottata dai chirurghi, come da tutti coloro che praticano la medicina, come un *memento mori*: senza superflui sensi di colpa, ma come incitamento ad una sempre maggiore oltre che umana professionalità. Essa può associarsi al celebre aforisma del quale ci ha fatto dono Ippocrate, molti secoli or sono: "L'arte è lunga, la vita breve, l'esperimento fallace, il giudizio difficile".