



# L'anastomosi primaria nell'occlusione colica neoplastica



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 6, 2002

**A. Martino, F. La Rocca, G. Romagnuolo,  
A. Di Muria, P. Festa, G. Napolitano,  
R. Martino\*, F. Chianese**

A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Dipartimento Emergenza  
Accettazione - Napoli  
U.O.C. Chirurgia del D.E.A. (Direttore: Prof. G. De Sena)  
U.O.C. Trauma Center  
Direttore: Prof. A. Martino  
\*U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Direttore: Prof. A. Balzano)

## Introduzione

I tumori del colon-retto, nel mondo occidentale, sono al secondo posto per frequenza tra le affezioni neoplastiche. In Italia i dati più recenti calcolano circa 25.000 nuovi casi/anno, e c'è da attendersi un ulteriore, rapido incremento di questo dato in funzione dell'innalzamento dell'età media della popolazione, essendo la VII decade di vita quella più colpita. Tra le complicanze, quella occlusiva costituisce una emergenza chirurgica di non raro riscontro, oscillando tra l'8% ed il 30% a seconda delle casistiche, risultando più frequente nelle donne (mediamente più longeve) e nei soggetti di età avanzata. Il rischio occlusivo è funzione oltre che dello stadio (risultando maggiore per gli stadi più avanzati), della sede della neoplasia, in rapporto al calibro del lume colico, alla consistenza delle feci e alla morfologia tumorale, risultando massimo alla flessura splenica e minimo a livello dell'ampolla rettale. Relativamente infrequenti risultano le altre due complicanze maggiori, la perforazione e l'emorragia<sup>(5)</sup>.

Le modalità di presentazione clinica sono estremamente variabili e dipendono dal livello dell'occlusione, dal suo grado, dalla rapidità di insorgenza e dalla continenza della valvola ileo-cecale. Tuttavia l'alvo chiuso alle feci e ai gas, il vomito bilio-enterico o fecaloide, il dolore e la distensione addominale costituiscono reperti clinici di fre-

## Abstract

### THE PRIMARY ANASTOMOSIS FOR COLONIC NEOPLASTIC OBSTRUCTION

*The authors report their own experience on the treatment of large bowel obstruction caused by a neoplastic stenosis. During a 36-month period 110 operations for emergency large bowel obstructions were performed: 59 (53.6%) underwent primary anastomosis without colostomy (28 right colectomy, 16 left colectomy, 9 sub-total and 6 total colectomy). Total group post-operative mortality was 2.9% as a result of cardio-pulmonary complications. Morbidity was 19.8%, included a 3% of anastomotic leak underwent surgical treatment.*

*Our results suggest that resection and primary anastomosis can be performed with acceptable morbidity and mortality in a high proportion of cases of emergency large bowel obstructions.*

**Key words:** Primary anastomosis, large bowel, neoplastic obstruction.

quente riscontro. Nella valutazione pre-operatoria, l'Rx dell'addome diretto eseguito in ortostasi fornisce, sovente, indicazioni anche sulla sede dell'ostruzione. Il ricorso al clisma opaco eseguito con contrasto idrosolubile, proposto da alcuni Autori, nella nostra esperienza è stato alquanto limitato.

Utile invece l'integrazione con indagini T.C. dell'addome che può risultare dirimente sia sulla sede della lesione occludente, evidenziando l'ispessimento parietale colico, che su eventuali patologie associate (p.es. la presenza di localizzazioni metastatiche). Tuttora discusso il ruolo dell'endoscopia.

La correzione dello squilibrio idro-elettrolitico, il posizionamento di un sondino naso-gastrico a scopo detensivo, unitamente al monitoraggio dei parametri vitali rappresentano i cardini del trattamento pre-operatorio. L'utilizzo di un catetere venoso centrale è da preferire all'accesso venoso periferico anche in funzione della necessità di una eventuale N. P. T. nel decorso post-operatorio<sup>(12)</sup>.

Pervenuto in Redazione il 9 Marzo 2001

Aggiornato il 3 Aprile 2002

## Materiali e metodi

Abbiamo studiato retrospettivamente la nostra casistica più recente sulle occlusioni coliche neoplastiche trattate chirurgicamente negli ultimi tre anni (Gennaio '98-Gennaio 2001). Abbiamo eseguito 110 interventi per occlusione colica in urgenza. Il rapporto maschi/femmine è di 1.7, con un'età media di 71.2 (range 52-87). La sede dell'occlusione riguardava: la valvola ileo-ciecale (3 casi), il colon dx (18), la flessura epatica (6), il colon trasverso (12), la flessura splenica (11), il colon discendente-sigmoideo (43), la giunzione retto-sigmoidea (14), il retto (3). In 11 casi abbiamo riscontrato una perforazione diastatica del cieco, in 6 casi vi era una carcinoma peritoneale, in 13 casi vi era infiltrazione di organi adiacenti (5 con la vescica, 2 con la parete addominale, 2 con lo stomaco, 3 con il tenue, 1 con la colecisti). Inoltre abbiamo riscontrato in 5 casi localizzazioni metastatiche epatiche, 1 caso di cirrosi associata, 2 fistole colo-coliche, 1 cingolo erniario strozzante. Abbiamo eseguito 20 emicolectomie destre, 9 emicolectomie destre allargate, 22 emicolectomie sinistre, 29 resezioni segmentarie di colon sinistro, 1 ileostomia, 9 cieco/colostomie decompressive, 9 colectomie sub-totali e 6 totali, 3 resezioni anteriori, 1 by-pass palliativo, 1 Miles. Su 110 interventi complessivi, abbiamo eseguito 59 (53.6%) anastomosi primarie di cui 43 utilizzando l'ileo (28 ileo-trasverso, 9 ileo-sigmoidee, 6 ileo-rettali); in due casi abbiamo eseguito una ileostomia di protezione. Tutte le anastomosi ileali sono state eseguite con suturatrice meccanica tipo EEA 25 o 28 mm, latero-terminalmente. In 51 casi (46.4%) non abbiamo eseguito anastomosi primaria: 35 Hartmann, 11 stomie decompressive, 1 laparotomia esplorativa (pelvi congelata), 1 Miles, 2 emicolectomie dx + ileostomia, 1 by-pass ileo-trasverso. Non abbiamo riportato mortalità intraoperatoria in nessuno dei due gruppi studiati. La mortalità post-operatoria del gruppo di pazienti sottoposti ad anastomosi primaria è stata del 2.9% a seguito di complicanze cardio-respiratorie. La morbilità complessiva è stata del 19.8%, comprendendo deiscenze anastomotiche che non hanno necessitato di trattamento chirurgico (9%), di un 3% che hanno comportato un reintervento, e di complicanze minori per lo più di tipo infettivo. Non abbiamo registrato differenze statisticamente significative in termini di degenza media (18.4 giorni), mentre il tempo operatorio dell'intervento con anastomosi primaria è risultato mediamente maggiore (20% circa).

## Discussione e conclusioni

Le opzioni terapeutiche nelle occlusioni coliche neoplastiche variano in funzione delle condizioni generali del paziente, della sede della neoplasia e del suo stadio, della presenza di eventuali complicazioni preesistenti (perforazione diastatica) o che possono insorgere in corso di

intervento<sup>(8)</sup>. La ciecostomia e le derivazioni palliative sono da riservare, ovviamente, alle lesioni non tecnicamente reseccabili e/o ai pazienti le cui condizioni non consentono nessun altro trattamento. L'emicolectomia destra è il trattamento di scelta per le neoplasie del colon destro e del trasverso prossimale. L'emicolectomia destra allargata al trasverso distale o al discendente prossimale (colectomia sub-totale) trova indicazione nelle neoplasie del trasverso distale, della flessura splenica e del discendente prossimale, sia per la maggiore garanzia di una anastomosi ileo-colica rispetto ad una colo-colica, sia per una maggiore radicalità oncologica ottenibile con la legatura dell'arteria colica destra dal cui tronco comune deriva in circa il 30% dei casi l'a. colica media<sup>(16)</sup>.

Tuttora dibattuta è la condotta da adottare nelle lesioni neoplastiche occludenti del colon sinistro. Il tradizionale trattamento in tre tempi (colostomia decompressiva sul trasverso, resezione-anastomosi, chiusura della colostomia), pur garantendo in molti casi una risoluzione immediata della complicanza occlusiva rimandando la fase resettiva ad un tempo successivo, non è scevro da complicanze anche maggiori (mortalità 4-12%), pur considerando che, spesso, tale trattamento viene riservato ai pz. in peggiori condizioni generali<sup>(13)</sup>. Del resto anche la sola colostomia detensiva, specie quando viene utilizzato un accesso laparotomico limitato, non preserva il paziente dalle complicanze legate, ad esempio, a perforazioni misconosciute o a nuovi episodi occlusivi qualora la decompressione venga praticata a valle della lesione occludente (fino al 5% in molte casistiche)<sup>(12)</sup>. Lo stesso stoma può andare incontro a prollasso (5-10%), retrazione (5%), necrosi (2%). La resezione del tratto interessato dalla neoplasia con colostomia terminale e differimento della ricanalizzazione (condotta in 2 tempi, secondo la tecnica descritta da Hartmann), pur avendo una mortalità legata al primo intervento di circa il 10%, che è da valutare insieme con le complicanze legate allo stoma (circa il 20%) e al moncone rettale affondato (circa il 10%), consente di ottenere bassi tassi di mortalità (1-2%) legati alla fase di ricanalizzazione a fronte di mortalità comprese tra il 6 ed il 27% del tempo resettivo-ricostruttivo del trattamento in 3 fasi<sup>(4)</sup>. Da non trascurare è la mancata ricanalizzazione di una percentuale di casi sottoposti al trattamento per stadi, spesso per scelta del paziente che preferisce il disagio dello stoma al rischio di un nuovo intervento chirurgico. In molte casistiche la percentuale di pz. che rinuncia alla ricanalizzazione supera abbondantemente il 50% con costi sociali assolutamente rilevanti<sup>(7)</sup>.

Il trattamento in un tempo (resezione-anastomosi primaria) ha, invece, come obiettivo la risoluzione contestuale della malattia di base e della sua complicanza (occlusione) con immediata ricostruzione della continuità intestinale, senza esporre il paziente al disagio dello stoma ed ai rischi di un nuovo intervento. L'anastomosi può essere colo-colica o colo-rettale (in caso di resezioni di colon sinistro) oppure ileo-colica o ileo-rettale (in

caso di colectomia sub-totale o totale)<sup>(17)</sup>. Tale procedura riveste particolare importanza nelle cosiddette occlusioni "ad ansa chiusa" con valvola ileo-ciecale contenente, associate a perforazione diastatica del cieco e/o a dilatazione e sofferenza ischemica del colon prossimale all'occlusione. I vantaggi di tale procedura sono altresì legati al confezionamento di un'anastomosi sull'ileo, ed all'azzeramento del rischio di neoplasie sincrone misconosciute o metacrone, o ancora di patologie coliche associate (malattia diverticolare, angiodisplasie, etc.) nel tratto di colon asportato. Gli svantaggi sono legati essenzialmente all'aumentata frequenza di evacuazioni nel post-operatorio che, tuttavia, tende a ridursi col tempo (circa 2 evacuazioni al giorno ad un anno). Qualora si opti per una resezione colica segmentaria, l'irrigazione intraoperatoria<sup>(9-10)</sup>, utilizzata da molti centri, seppure tra dati discordanti della letteratura che non confermano l'assoluto vantaggio di tale procedura nella riduzione delle complicanze anastomotiche colo-coliche o colo-rettali (deiscenza e filtrazione), determina un allungamento dei tempi operatori variabile tra i 30 e i 40 minuti. Talvolta, può risultare opportuno confezionare una ileostomia di protezione che potrà essere chiusa a 4-6 settimane<sup>(14-15)</sup>. Dall'insieme dei dati della letteratura consultata, su casistiche di centri diversi, risulta una mortalità complessiva di circa il 7% ed un tasso di deiscenza anastomotica di circa il 10%<sup>(3-6)</sup>.

Non vi è dubbio alcuno che il concetto di chirurgia ideale ha come obiettivo la risoluzione della malattia primitiva e della complicanza in un unico tempo, in urgenza come in elezione. In questa ottica si inquadra il trattamento in un tempo, ottenendo una radicalità anatomica con una ampia exeresi d'organo ed una adeguata linfoadenectomia, unitamente ai vantaggi innegabili (economici e psicologici) di una ricanalizzazione immediata. Ove possibile tale trattamento va differito (ad esempio con l'ausilio di protesi autoespandibili, endoscopiche, dilatazione pneumatica, ND Yag Laser etc.) esclusivamente ai fini di una adeguata terapia intensiva pre-operatoria volta essenzialmente ad un riequilibrio idro-elettrolitico e ad una maggiore accuratezza diagnostica<sup>(1-2)</sup>. A nostro avviso l'anastomosi primaria rappresenta il gold standard terapeutico per le lesioni occludenti del colon destro, non complicate da peritonite stercoracea né da carcinosi peritoneale, in un paziente in discrete condizioni generali con capi anastomotici ben vascolarizzati. La colectomia sub-totale o totale con anastomosi primaria andrebbe altresì realizzata nelle perforazioni diastatiche del cieco-ascendente, in caso di grave sofferenza del segmento colico sovrastenotico, in caso di localizzazioni coliche multiple o di neoplasie occludenti della flessura splenica. Tale procedura, come già rilevato in precedenza, ha il vantaggio di non necessitare del wash-out intraoperatorio (con una netta riduzione dei tempi operatori), di utilizzare l'ileo come capo anastomotico (anastomosi più facile da confezionare e tecnicamente "più sicura") oltre che di asportare eventuali lesioni sincrone

e/o associate. Il decorso post-operatorio di questi pazienti è sorprendentemente agevole. La frequenza delle evacuazioni si riduce fino a 2-3 scariche/die nel giro di poche settimane e senza particolari restrizioni dietetiche. Queste considerazioni, anche alla luce dei dati sulla sopravvivenza a 5 anni dei pazienti occlusi (12-31%) influenzata esclusivamente da fattori anatomo-patologici, ci confortano nel ritenere il trattamento in un tempo non più un azzardo chirurgico ma una procedura di scelta anche in alcune lesioni occludenti del colon sinistro, garantendo al paziente neoplastico una migliore qualità di vita in una patologia che, purtroppo, resta a prognosi largamente infausta<sup>(7-11)</sup>.

### Riassunto

Gli Autori riportano la loro esperienza sul trattamento della ostruzione colica neoplastica. In un periodo di 36 mesi, 110 pazienti sono stati sottoposti ad intervento per occlusione intestinale da neoplasia colo-rettale: di questi, 59 (53.6%) sono stati sottoposti ad intervento di resezione con anastomosi in un tempo senza colostomia (28 colectomie destre, 16 colectomie sinistre, 9 colectomie sub-totali e 6 totali). La mortalità post-operatoria globale è stata del 2.9% a causa di complicanze cardio-respiratorie. La morbilità è stata del 19.8%, includendo un 3% di deiscenze anastomotiche trattate chirurgicamente.

I nostri risultati suggeriscono che l'intervento di resezione-anastomosi in un tempo può essere realizzato con mortalità e morbilità accettabili in una alta percentuale di pazienti con occlusione neoplastica del grosso intestino, risparmiando al paziente i disagi ed i rischi legati all'intervento di ricanalizzazione.

Parole chiave: Anastomosi primaria, colon, occlusione neoplastica.

### Bibliografia

- 1) Arnaud J.P., Bergamaschi R.: *Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon*. Dis Col Rect, 37:685-8, 1994.
- 2) Feng Y.S., Hsu H., Chen S.S.: *One-stage operation for obstructing carcinomas of the left colon and rectum*. Dis Col Rect, 30:29-32, 1987.
- 3) Hsu T.C.: *One stage resection and anastomosis for acute obstruction of the left colon*. Dis Col Rect, 41:28-32, 1998.
- 4) Leitman I.M., Sullivan J.D., Brams D., Decosse J.J.: *Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon*. Surg Gynecol Obstet, 174:513-8, 1992.
- 5) Martino A. et al.: *Il trattamento chirurgico in urgenza del cancro del colon*. Atti S.I.C., Vol. II (comunicazioni), 1567-72, Roma, 1994.
- 6) Mealy K., Salman A., Arthur G.: *Definitive one-stage emergency large bowel surgery*. Br J Surg, 75:1216-9, 1988.

- 7) Mulcahy H.E. e Coll.: *Long-term outcome following curative surgery for malignant large bowel obstruction*. Br J Surg, 83:46-50, 1996.
- 8) Paternolillo R.: *Ruolo della colectomia sub-totale o totale nell'occlusione intestinale da stenosi neoplastica del colon sinistro*. Chir Gen, 263-266, 1998.
- 9) Peppas C., D'Ambrosio R., Rapicano G., De Rosa G., Romagnuolo G., Martino R., Martino A.: *Il wash-out nella chirurgia del colon in urgenza: nota di tecnica*. Min Chir, 51:1029-1033, 1996.
- 10) Rohr S. e Coll.: *Immediate resection-anastomosis after intra-operative colonic irrigation in cancer of the left colon with obstruction*. J Chir, 133:195-200, 1996.
- 11) Setti Carraro P., Segala M. e Coll.: *One-stage curative treatment of malignant large bowel obstruction: does it improve survival?* Int J Colorect Dis, 11:152, 1996.
- 12) Setti Carraro P., Tiberio G.: *Il cancro colo-rettale in occlusione: quale trattamento*. Atti Congresso Internaz. Chirurgia D'Urgenza, 373-81, Napoli, 1999.
- 13) Tan S.G., Nambiar R.: *Resection and anastomosis of obstructed left colonic cancer: primary or staged?* Aust N Z J Surg, 65:728-31, 1995.
- 14) Torralba J.A. e Coll.: *Sub-total colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma*. Dis Col Rect, 41:18-22, 1998.
- 15) Tricarico A., Martino A., D'Ambrosio R.: *Cancro del colon in urgenza: il wash-out intraoperatorio nel trattamento in un tempo*. Comunic. S.I.P.D.T.T., Sibari, 1990.
- 16) Troianiello B., Romagnuolo G., Lepore R., Martino A.: *Il trattamento in urgenza dei tumori del colon-retto*. Atti Consensus Conference Reg. Campania, 33-38, 1998.
- 17) White C.M., Macfie J.: *Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum*. Dis Col Rect, 28:155-7, 1985.

## Commento

## Commentary

G. M. BONOMO, A. MARGARI

Sez. Chirurgia Generale  
Dipartimento per le Applicazioni in  
Chirurgia delle Tecnologie Innovative  
(D.A.C.T.I.) - Università di Bari

*I risultati di questo lavoro sono apprezzabili e si aggiungono ad una sempre più numerosa serie della Letteratura che possiamo titolare: «La chirurgia colica senza preparazione colica». Questa nuova idea della chirurgia digestiva sta mettendo in discussione due dogmi molto antichi:*

- 1 - *la necessità di una preparazione colica prima di un intervento chirurgico sul colon;*
- 2 - *il rischio di realizzare in urgenza una anastomosi su un colon non preparato.*

*Gli Autori del lavoro in esame indicano come obiettivo della loro presentazione la dimostrazione che «la anastomosi primaria nella anastomosi colica» raggiunge il concetto di chirurgia ideale che ha come «obiettivo la risoluzione della malattia primitiva e della complicità in un unico tempo, ottenendo una radicalità anatomica con una ampia escissione d'organo e una adeguata linfadenectomia, unitamente ai vantaggi innegabili (economici e psicologici) di una ricanalizzazione immediata»*

*Gli Autori hanno incluso nello studio un numero importante di ammalati: 110 interventi per occlusione colica in urgenza, senza tuttavia indicare, per un più facile confronto e/o stratificazione degli ammalati, i criteri che hanno portato alla diagnosi di occlusione intestinale.*

*«Su 110 interventi complessivi, abbiamo eseguito 59 (53,9%) anastomosi primarie di cui 43 utilizzando l'ileo». Va sottolineato questo dato: nel gruppo delle anastomosi primarie, l'anastomosi con l'ileo, che rappresenta il 72% delle anastomosi, è fattore determinante in questa scelta chirurgica. Infatti, pur a fronte di una maggiore localizzazione sinistra delle neoplasie (flessura splenica 11, colon discendente-sigmoidoideo 43, giunzione retto-sigmoidoidea 14) le anastomosi colocoliche sono la minoranza (28%).*

*Il confronto dei risultati in termini di morbilità e mortalità di questo gruppo di pazienti con anastomosi primaria confrontato con un secondo gruppo di pazienti in cui non era stata eseguita alcuna anastomosi porta gli Autori a concludere « i nostri risultati suggeriscono che l'intervento di resezione-anastomosi in un tempo può essere realizzato con morbilità e mortalità accettabili in una grossa percentuale di pazienti con occlusione colica».*

*Pur con le riserve legate ad una non completa valutazione clinica e ad una distribuzione dei pazienti in gruppi non omogenei per sede di tumore e tipo di anastomosi, tali risultati sono condivisibili e rappresentano l'obiettivo della moderna chirurgia colica.*

*The results of this research are quite satisfactory and can be added up to an always more numerous series of the Literature that can be entitled: «The colic surgery without a colic preparation». This new idea of the digestive surgery creates a debate around two very old dogmas:*

- 1. the necessity of a colic preparation before a colon surgical operation;*
- 2. The risk of realizing in emergency an anastomosis on a non prepared colon.*

*The authors of the report indicate as a priority of their presentation, the demonstration that the «primary anastomosis in the colic anastomosis rescues the concept of ideal surgery which has as» purpose the resolution of the original disease and of the eventual complication in one time. So doing it is possible to achieve a radical autonomy with a wide fission and an appropriate lymphadenectomies, together with the undeniable advantages (economic and psychological) of an immediate ricanalization.»*

*The authors have also included in the study a wide number of cases: 110 colic occlusion emergency operations, without anyway indicating, for an easier confrontation and for stratification of the patients, the criteria that have brought to the final diagnosis of intestinal occlusion.*

*«Over 110 total operations, we have carried out 59 (53.9%) primary anastomosis of which 43 using the ileum». One fact needs anyhow to be emphasized, that among the primary anastomosis, the ileum anastomosis, which represents the 72 % of them, is the determinant factor in this surgical choice. In fact, even if the neoplasm are mainly left located (splenic flexure 11, left colon 43, rectal-sigmoid junction 14), the colo-colic anastomosis are still the minority 28%.*

*The comparison with the results in terms of morbidity and mortality of this Group of patients affected by primary anastomosis, with a second group of patients where the anastomosis had not been carried out, brings the authors to the conclusion that «our results suggest that the operation of resection anastomosis in one time can be realized with acceptable morbidity and mortality in a vast percentage of patients with a colic occlusion».*

*Still with the reserves linked to a non complete clinic evaluation and to a distribution of the patients in non homogeneous groups by tumour location and type of anastomosis, these results are still possible to share and represent the aim of the modern colic surgery.*

*Autore corrispondente:*

Dr. Giuseppe ROMAGNUOLO  
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Antonio Cardarelli" di Napoli  
Dipartimento di Emergenza ed Accettazione  
Unità Operativa a Struttura  
Complessa "Trauma Center"  
Via Giuseppe Ribera, 5  
80128 NAPOLI  
Tel.: 081-5601412  
Cell.: 360-833301

