

La stomia di protezione nei pazienti geriatrici sottoposti a Resezione Anteriore del Retto con TME



Ann. Ital. Chir., 2010; 81: 137-140

Roberto Cirocchi, Veronica Grassi, Ivan Barillaro, Alban Cacurri, Bledar Koltraka, Marco Coccette, Francesco Sciannameo

Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza. Ospedale S.Maria. Università degli Studi di Perugia. Terni, Italia

Covering stoma in Anterior Rectum Resection with TME for rectal cancer in elderly patients.

AIM: *The aim of our study is to evaluate the advisability of covering stoma in Anterior Rectum Resection with TME in elderly patients.*

METHODS AND MATERIALS: *A research of both the Ministry of Health and Terni Hospital databases has been conducted so as to collect information about patients with rectal tumor. Such research allowed to identify the amount of patients diagnosed with rectal cancer, the type of intervention, and the average hospitalization time.*

RESULTS: *Between January 1997 and June 2008, 209 patients have undergone surgical surgery at Terni hospital's General and Emergency Surgical Clinic. An Anterior Rectum Resection with TME has been performed in 135 patients out of the sample (64,59%).*

DISCUSSION: *The average hospitalization time of geriatric patients does not show significant differences compared to that of younger patients. An age-cohort analysis has been performed among patients who have been subject to stoma and those who have not. The former have been further split up between those who underwent ileostomy and those subject to colostomy.*

While ileostomy patients face a similar hospitalization time across all age cohorts, geriatric colostomy patients face longer hospitalizations than younger patients.

CONCLUSIONS: *Patients subject to Anterior Rectum Resection show no meaningful differences, in terms of hospitalization time, across all age cohorts. In geriatric patients the construction of covering stoma has resulted in longer hospitalizations only when a loop colostomy was executed, as opposed to loop ileostomy.*

KEY WORDS: Rectal cancer, Total Mesorectal Excision, stoma.

Introduzione

Il cancro del colon-retto è una neoplasia molto frequente; secondo l'American Cancer Society è la terza neoplasia più frequente sia negli uomini che nelle donne. In Italia, tra il 1998 e il 2002, il tumore del retto è risultato al 7° posto fra le neoplasie più frequentemente diagnosticate, sia negli uomini che nelle donne, con un'incidenza in aumento, soprattutto nei maschi ¹.

L'incidenza del cancro del retto aumenta con l'età ed è massima all'età di 80 anni, per cui tale tumore può essere definito una malattia degli anziani ².

Attualmente la resezione anteriore del retto (RAR) con Escissione Totale del Mesoretto (TME) rappresenta il gold standard nel trattamento del cancro del retto. L'exeresi totale del mesoretto, tecnica messa a punto da Heald, è diventata negli ultimi anni una tecnica fondamentale nel trattamento del cancro del retto, essendo stato dimostrato che il tasso di recidive loco-regionali a seguito di tale procedura è del 4% contro il 15-40% osservato dopo exeresi convenzionale ^{3,4}.

Diversi studi hanno evidenziato una maggior frequenza di deiscenze dell'anastomosi colon-rettale nei pazienti sottoposti a TME. L'obiettivo del nostro studio è stato quel-

Pervenuto in Redazione Novembre 2009. Accettato per la pubblicazione Gennaio 2010

For correspondence: Dr. Roberto Cirocchi, Via Liguria 1, 06034 Foligno (Perugia) (e-mail: cirocchiroberto@yahoo.it)

lo di valutare i vantaggi della stomia di protezione nella resezione anteriore del retto con TME nei pazienti geriatrici; per tale motivo abbiamo eseguito un'analisi retrospettiva della casistica della Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Università degli Studi di Perugia sede di Terni.

Materiali e metodi

È stata eseguita un'analisi retrospettiva di tutti i pazienti affetti da cancro del retto sulla base dei dati (diagnosi, interventi e DRG) provenienti dalle codifiche (ICD-9-CM) presenti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Diagnosi (codici ICD9-CM):

- 154.0: Tumore maligno giunzione retto-sigma
- 154.1: Tumore maligno del retto

Interventi (codici ICD9-CM):

- 48.35: Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
- 48.5: Resezione del retto per via addominoperineale
- 48.61: Rettosigmoidectomia trans-sacrale
- 48.62: Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia

- 48.63: Altra resezione anteriore del retto

- 48.64: Resezione posteriore del retto

- 48.69: Altra resezione del retto

DRG (tariffario D.M. 30/06/97):

- DRG 147 (Resezione rettale senza complicanze)
- DRG 146 (Resezione rettale con complicanze)

Risultati

Dal gennaio 1997 al giugno 2008, 209 pazienti con neoplasia rettale sono stati sottoposti ad intervento chirurgico presso la Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Università degli Studi di Perugia, sede di Terni. La maggior parte dei pazienti trattati presentava un'età compresa tra i 65 e gli 80 anni (60,28%) (Tab. I).

Nel 64,59% dei casi (135 pazienti) è stata eseguita una RAR con TME.

La degenza media dei pazienti geriatrici sottoposti a RAR con TME non presentava delle differenze significative rispetto a quella dei pazienti più giovani (Tab. II).

Abbiamo effettuato un confronto, nei vari sottogruppi di età, tra i pazienti ai quali era stata effettuata una stomia (31,11%) e quelli cui non era stata effettuata. Si è evidenziato un aumento significativo della degenza media nei pazienti che avevano effettuato stomie (Tab. IV) rispetto ai non stomizzati (Tab. III).

I pazienti stomizzati sono stati ulteriormente suddivisi in due gruppi: quelli in cui era stata effettuata ileostomia (54,76%) e quelli in cui era stata effettuata una colostomia (45,24%).

I pazienti con ileostomia mostravano una degenza simile in tutti i sottogruppi di età, mentre nei pazienti geriatrici

TABELLA I - Numero di pazienti con cancro del retto trattati con resezione anteriore.

Età	Numero di pazienti
≥ 80 anni	21 pazienti
Età compresa tra 65 e 80 anni	126 pazienti
<65 anni	62 pazienti

TABELLA II - Degenza media dei pazienti sottoposti a RAR con TME.

Età	Degenza media (giorni)
≥ 80 anni	15,33
Età compresa tra 65 e 80 anni	13,56
<65 anni	15,93

TABELLA III - Degenza media dei pazienti trattati con resezione anteriore che non sono stati sottoposti a stomie

Età	Degenza media (giorni)
≥ 80 anni	14,5
Età compresa tra 65 e 80 anni	12,69
<65 anni	17,17

TABELLA IV - Degenza media dei pazienti trattati con resezione anteriore del retto che hanno effettuato ileo o colostomie

Età	Degenza media (giorni)
≥ 80 anni	15,75
Età compresa tra 65 e 80 anni	15,48
<65 anni	11,22

sottoposti a colostomia la degenza è risultata notevolmente superiore rispetto ai pazienti più giovani (Fig. 1).

Questa differenza è dovuta al fatto che l'ileostomia viene generalmente confezionata di principio per la protezione di un'anastomosi colon-rettale ultra bassa, mentre la colostomia viene spesso confezionata di necessità in caso di una resezione anteriore del retto per patologia localmente avanzata.

Discussione

La pietra miliare nel trattamento del cancro rettale è rappresentata dalla resezione anteriore del retto con escissione totale del mesoretto. La maggior parte degli studi

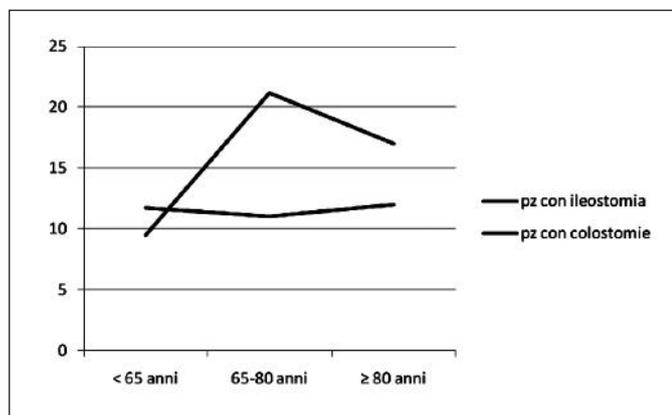


Fig. 1: Degenza media dei pazienti sottoposti a ileostomia versus degenza media dei pazienti sottoposti a colostomia.

mostra risultati migliori in seguito al trattamento resezionale nei pazienti più giovani. Inoltre, la mortalità nei 6 mesi successivi all'intervento è significativamente aumentata nei pazienti anziani (>75 anni) rispetto ai pazienti più giovani (< 75 anni) ⁵.

Diversi fattori, come le complicazioni correlate al trattamento e le comorbidità, sono ritenuti responsabili della differenza di risultati nei pazienti più anziani.

Il trattamento chirurgico può non presentare vantaggi per tutti i pazienti anziani affetti da cancro del retto.

L'utilità dell'exeresi del cancro del retto nei pazienti anziani (>75 anni) può essere misurata attraverso la sopravvivenza, la morbilità post-operatoria e la capacità del paziente di riacquisire l'indipendenza funzionale che aveva prima dell'intervento.

La maggior incidenza del cancro del retto è registrata intorno agli 80 anni di età, così come l'incidenza delle patologie concomitanti, che rendono il paziente più vulnerabile alle complicanze post-operatorie ^{6,7}.

Dal recente articolo di Rutten ⁸ emerge che nei pazienti anziani con una buona condizione fisica e mentale la TME rappresenta il trattamento appropriato, mentre per coloro che hanno diminuite riserve fisiologiche e che presentano significative patologie concomitanti è opportuno eseguire trattamenti alternativi che minimizzano i traumi chirurgici e ottimizzano l'uso della radioterapia.

Il nostro studio ha messo in evidenza come nei pazienti anziani ben selezionati la Resezione Anteriore del Retto con Escissione Totale del Mesoretto mostri lo stesso rischio intra e post-operatorio di quello dei pazienti più giovani e si accompagni ad un'analoga sopravvivenza libera da malattia. Il rischio aumenta notevolmente e il beneficio ottenuto è invece modesto quando il paziente presenta severe patologie concomitanti, la neoplasia è localmente avanzata o complicata da peritonite.

Sono due gli approcci che possono essere eseguiti per ottenere una riduzione della mortalità.

Il primo consiste nell'ottimizzare la condizione pre-operatoria del paziente; ciò richiede un'approfondita valuta-

zione preoperatoria dello stato nutrizionale, metabolico, cardiaco e polmonare del paziente ^{9,10}.

L'altro approccio consiste nel ridurre il rischio specifico legato al trattamento chirurgico.

I pazienti anziani mostrano una maggior incidenza di comorbidità e queste rappresentano un importante fattore di rischio per lo sviluppo di complicanze post-operatorie che sono più frequenti e più gravi nei pazienti anziani rispetto a quelli più giovani.

È quindi necessario effettuare una valutazione del rapporto rischio-beneficio per un'accurata selezione dei casi da sottoporre ad intervento chirurgico radicale.

Conclusioni

Dallo studio effettuato si evince che le differenze, in termini di degenza media, tra i vari sottogruppi di età si evidenziano in condizioni di stress operatorio "estremo" quando il trauma chirurgico è notevole e l'organismo del paziente anziano, con ridotte riserve fisiologiche, non riesce a compensare le aumentate richieste.

Nei pazienti geriatrici la confezione di una covering stoma ha comportato una maggiore degenza solamente quando veniva eseguita una loop colostomy, mentre la degenza era simile quando veniva eseguita una loop ileostomy.

Non ci sono differenze nella sopravvivenza cancro specifica tra i pazienti anziani e quelli più giovani, tuttavia la sopravvivenza complessiva è diminuita per un incremento della mortalità non connessa al cancro.

Nei pazienti geriatrici è essenziale effettuare un trattamento personalizzato (tailored surgery) poiché non è possibile standardizzare il trattamento per questi pazienti fragili.

Riassunto

In Umbria la mortalità per tumori del retto è superiore alla media nazionale e mondiale. Attualmente il trattamento gold standard è rappresentato dalla resezione anteriore del retto con TME e nerve sparing. Alcuni studi hanno evidenziato una maggior frequenza di deiscenze dell'anastomosi colo-rettale nei pazienti geriatrici sottoposti a RAR con TME.

L'obiettivo del nostro studio è valutare la convenienza della stomia di protezione nei pazienti geriatrici sottoposti a RAR con TME.

È stata effettuata una ricerca nel database del ministero della salute e nel database dell'Azienda Ospedaliera di Terni per individuare i pazienti trattati per tumore del retto. Nei database sono stati ricercati tutti i pazienti con cancro del retto in base ai dati provenienti dalle codifiche (ICD-9- CM) presenti nelle schede di dimissione ospedaliera.

Dal gennaio 1997 al giugno 2008, 209 pazienti sono

stati sottoposti ad intervento chirurgico presso la Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza di Terni. Nel 64,59% dei casi (135 pazienti) è stata eseguita una RAR con TME.

La degenza media dei pazienti geriatrici non presentava differenze significative rispetto a quella dei pazienti più giovani. È stato effettuato un confronto, nei vari sottogruppi di età, tra i pazienti nei quali era stata effettuata una stomia e quelli in cui non era stata effettuata. I pazienti stomizzati sono stati ulteriormente suddivisi in portatori di ileostomie e colostomie. I pazienti con ileostomia mostravano una degenza simile in tutti i sottogruppi di età, mentre nei pazienti geriatrici sottoposti a colostomia la degenza risultava notevolmente superiore.

Nei pazienti sottoposti a RAR non esistono differenze significative in termini di degenza tra i vari sottogruppi di età. Nei pazienti geriatrici la confezione di una covering stoma ha presentato una maggiore degenza solamente quando veniva eseguita una loop colostomy, mentre era simile quando veniva eseguita una loop ileostomy.

Bibliografia

- 1) *I tumori in Italia-rapporto 2006. Tumore del retto.* e&p Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia. 2006; 30 (suppl.2): 40-41.
- 2) http://ww.ikcnet.nl/system/image_viewer/index.php.
- 3) Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK: *Rectal cancer: The Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997.* Arch Surg 44, 1998; 133:894-9.
- 4) Shafik A, Mostafa H: *Study of the arterial pattern of the rectum and its clinical application.* Acta Anat, 1996; 157:80-86.
- 5) Martijn H, Voogd AC, Van de Poll-Franse Lv, Repelaer Van Driel HJ, Rutten HJ, Coebergh JW: *Improved survival of patients with rectal cancer since 1980: A population-based study.* Eur J Cancer, 2003; 39:2073-79.
- 6) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.* J Chronic Dis, 1987; 40:373-83.
- 7) Lemmens Ve, Janssen-Heijnen MI, Verheij Cd, Houterman S, Repelaer Van Driel Oj, Coebergh Jw: *Co-morbidity leads to altered treatment and worse survival of elderly patients with colorectal cancer.* Br J Surg, 2005; 92:615-23.
- 8) Rutten HJ, Den Dulk M, Lemmens EPP, Van de Velde CJH, MARIJNEN CAM: *Controversies of total mesorectal excision for rectal cancer in elderly patients.* Lancet Oncol, 2008; 9:494-501.
- 9) Wakabayashi H, Sano T, Yachida S, Okano K, Izuishi K, Suzuki Y: *Validation of risk assessment scoring systems for an audit of elective surgery for gastrointestinal cancer in elderly patients.* Int J Surg, 2007, 5:323-27.
- 10) Ferjani AM, Griffin D, Stallard N, Wong LS. *A newly devised scoring system for prediction of mortality in patients with colorectal cancer: a prospective study.* Lancet Oncol, 2007; 8:317-22.