

Trattamento chirurgico del cancro coloretale complicato. Studio retrospettivo



Ann. Ital. Chir., LXXV, 5, 2004

G.C. Pansini, A. Zerbinati, M. Giacometti,
C.V. Feo, P. Zamboni, S. Lanzara, A. Liboni

Sezione di Chirurgia Generale
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Anestesiologiche e
Radiologiche
Università degli Studi di Ferrara

Introduzione

Il carcinoma coloretale rappresenta la seconda neoplasia più frequente nel sesso maschile e la terza in quello femminile con un'incidenza, in Italia, di circa 30000 nuovi casi e 18000 decessi per anno (1, 2, 3).

Nel 16-30% dei casi, il paziente con cancro del colon retto giunge all'osservazione clinica con una complicanza: occlusione, perforazione o sanguinamento intestinale (4, 5, 6, 7). Le complicanze dipendono dalla sede del tumore, dal suo aspetto macroscopico (stenosante, ulcerato, ecc) e, probabilmente, da caratteristiche biologiche che rendono la neoplasia più aggressiva (8, 9, 10).

L'insorgenza di complicanze (occlusione, perforazione o sanguinamento) peggiora la prognosi del cancro coloretale, riducendo la sopravvivenza a lungo termine e aumentando la morbilità e mortalità postoperatoria rispetto ai casi trattati in elezione (11, 12, 13).

Il trattamento chirurgico del cancro coloretale complicato da occlusione o perforazione intestinale prevede la resezione colica con anastomosi nello stesso tempo o la resezione colica con colostomia temporanea e successiva ricanalizzazione. Il primo approccio è quello da noi privilegiato.

Proponiamo uno studio retrospettivo per valutare se la resezione con anastomosi nello stesso tempo rappresenta un trattamento chirurgico sicuro ed efficace.

Abstract

EMERGENCY SURGERY FOR COMPLICATED COLORECTAL CANCER. RETROSPECTIVE STUDY

Introduction: *Emergency surgery for the complications of colorectal cancer poses a significant surgical problem with published mortality rates as high as 25% to 30%.*

We reviewed the results of the analysis and quantification of the influence of complications on the outcome of the patients who underwent emergency colectomy for colorectal cancer.

Materials and methods: *Retrospective study of the clinical features from, a series of 63 patients operated on from 1991 to 1997 (12% of all colorectal cancer operations in the same period).*

The correlations between complications and cancer stages were estimated by the KW (ANOVA method).

Results: *Fifty-three patients underwent colorectal resection for intestinal occlusion (84%), 5 for perforation (8%) and 5 for lower gastrointestinal bleeding (8%). When the cancer complications were correlated to the different cancer stage at operation, the complications rate were 32%, 32%, and 36% in the stage II, stage III, and stage IV, respectively. This data was statistically significant: (KW=58, p=0,0001). The overall mortality rate was 8% (5 patients) and the total postoperative morbidity rate was 32% (21 patients). The overall 5-year, 3-year, and 1-year survival was 47%, 48%, and 76% respectively.*

Conclusions: *Emergency surgery for complicated colorectal cancer can be performed safely with low postoperative morbidity and mortality rate and can be advocated to realize both short and long term survival rates comparable to elective surgery; the KW test supports the hypothesis that the onset of a complication in the natural history of colorectal cancer doesn't correlate with the stage of disease.*

Key words: Colorectal neoplasms, emergencies, prognosis, risk factors.

Materiali e metodi

Dal febbraio 1991 al dicembre 1997, 537 pazienti sono stati sottoposti a resezione intestinale per carcinoma coloretale presso il nostro Istituto. Di questi, 66 (12%) sono stati operati d'urgenza poiché giunti alla nostra attenzione con occlusione, perforazione o sanguinamento intestinale conseguenti alla neoplasia.

Abbiamo analizzato retrospettivamente le cartelle cliniche dei 66 pazienti operati d'urgenza, raccogliendo i seguenti dati: demografici (età e sesso), durata del ricovero ospedaliero, sintomi di presentazione e loro durata, sede della neoplasia (colon destro e sinistro, retto), tipo d'intervento (resezione colica con anastomosi in un tempo, resezione con colostomia e colostomia senza resezione), stadiazione anatomopatologica (TNM), complicanze e decessi postoperatori. Infine mediante interviste telefoniche abbiamo valutato la sopravvivenza dei pazienti.

Risultati

Abbiamo analizzato 66 pazienti. 35 uomini (53%) e 31 donne (47%), con età media di 69 anni (43-94 anni). La degenza ospedaliera media è stata di 12 giorni (7-35 giorni).

Cinquantatré pazienti (84%) si sono presentati con occlusione intestinale, 5 (8%) con perforazione colica e 5 (8%) con emorragia intestinale. Quarantatré pazienti (65%) avevano avuto, 1-6 settimane prima del ricovero, comparsa di sintomi quali dolore addominale (25 pazienti), sanguinamento (7 pazienti) variazioni dell'alvo (13 pazienti).

Per quanto riguarda la sede della neoplasia, 26 (39%) erano a carico del colon destro, 36 (55%) del colon sinistro e 4 (6%) del retto.

L'intervento chirurgico è stato radicale in 34 pazienti (52%) e palliativo in 32 (48%). In 52 casi (79%) è stata eseguita una resezione colica con anastomosi nello stesso tempo, in 27 casi per lesioni del colon destro e in 25 per lesioni del colon sinistro. In 9 casi (14%) è stata eseguita una resezione con colostomia (procedura di Hartmann), in 5 (7%) è stata confezionata una colostomia senza resezione.

Trentasette pazienti (56%) presentavano una malattia avanzata: 16 (24%) avevano metastasi epatiche, 7 (10%) carcinosi peritoneale e 14 (22%) infiltrazione di strutture adiacenti alla neoplasia.

Dei 16 pazienti con metastasi epatiche, due sono stati sottoposti a resezione epatica, 8 a biopsia, mentre nei rimanenti 6 casi non è stata eseguita alcuna procedura sul fegato.

Dal punto di vista istologico, i tumori erano tutti adenocarcinomi, 48 (73%) di tipo intestinale, 16 (25%) di tipo mucinoso e uno (2%) indifferenziato. Per quanto riguarda lo stato linfonodale, 32 pazienti (48%) sono risultati N0, 22 (33%) N1 e 12 (19%) N2. Dei 66 pazienti operati d'urgenza, nessuno aveva un adenocarcinoma in stadio I. Ventuno pazienti (32%) avevano una lesione in stadio II, 21 (32%) in stadio III e 24 (36%) in stadio IV.

Venti pazienti (30%) hanno avuto complicanze postoperatorie. Specificatamente abbiamo rilevato: 4 deiscenze e 2 emorragie anastomotiche, 2 trombosi venose profonde, 1 embolia polmonare, 1 fistola urinaria, 4 infezioni

di ferita, 1 infarto miocardico, 1 scompenso cardiaco acuto, 3 insufficienze renali e 1 insufficienza respiratoria acuta. Un solo paziente con fistola anastomotica è stato operato.

La mortalità postoperatoria a 30 giorni è stata dell'8% (5 pazienti). Tutti i pazienti deceduti avevano una malattia metastatica (stadio IV).

La sopravvivenza a 5 anni è stata del 47%, a 3 anni del 48%, a un anno del 76%.

Discussione

L'approccio diagnostico e chirurgico al paziente con complicanze del cancro coloretale (occlusione, perforazione o sanguinamento intestinale) dipende essenzialmente da: 1) valutazione accurata delle condizioni cliniche del paziente che incidono sulla morbilità e mortalità postoperatoria;

2) valutazione intraoperatoria dello stato di sofferenza dei visceri addominali (ischemia, infiammazione, infezione).

Tali condizioni, infatti, determinano la scelta del tipo d'intervento: resezione colica con anastomosi nello stesso tempo, resezione con colostomia (procedura di Hartmann) o colostomia senza resezione (14, 15, 16, 17).

Dei pazienti con cancro coloretale giunti alla nostra osservazione nel periodo in esame (1991-1997), la quota trattata d'urgenza per complicanze della malattia (12%) è stata inferiore a quella riportata in letteratura (16-35%) (18, 19).

La complicanza più frequente è l'occlusione intestinale, 53 casi (84%) nella nostra casistica.

L'età media di 69 anni, conferma l'osservazione che le complicanze del carcinoma coloretale insorgono più frequentemente nei pazienti anziani (10, 20).

La sede più frequente della lesione è stata il colon sinistro (55%); in letteratura quest'ultimo risulta interessato nel 37% dei casi trattati d'urgenza contro il 55% della nostra serie (8).

La degenza ospedaliera media è stata di 12 giorni, inferiore ai 16 giorni riportati da Scott e Jeacock (21).

Dal punto di vista clinico, è interessante sottolineare che due terzi dei pazienti aveva presentato, nelle settimane precedenti il ricovero, sintomi addominali (dolore addominale, variazioni dell'alvo) o sanguinamento intestinale. Tali sintomi e segni non sono certo specifici delle forme complicate di cancro coloretale ma avrebbero potuto condurre ad una diagnosi più precoce se opportunamente considerati.

Non abbiamo notato una correlazione tra complicanza e stadio di malattia. Infatti, ove si eccettui lo stadio I che non abbiamo mai registrato, i pazienti erano uniformemente distribuiti nei vari stadi: 21 nel II stadio (32%), 21 nel III (32%) e 24 nel IV (36%). Ciò sembrerebbe non supportare l'ipotesi che le forme complicate del car-

cinoma coloretale rappresentino un'entità biologicamente più aggressiva rispetto a quelle non complicate (12).

L'intervento chirurgico maggiormente utilizzato è stato la resezione intestinale con anastomosi in un tempo (52 casi), 27 per cancro del colon destro e 25 del sinistro. Nei rimanenti 14 casi, sono state eseguite 9 procedure di Hartmann e 5 colostomie senza resezione. Da segnalare che in 33 casi (50%) l'intervento è stato radicale con intento curativo. Nonostante si sia preferita la procedura di resezione e anastomosi in un solo tempo, la morbilità è stata contenuta (30%) e la mortalità bassa (8%).

Conclusioni

I nostri dati dimostrano l'assenza di una correlazione tra lo stadio della malattia e l'insorgenza di occlusione, perforazione o sanguinamento intestinale in pazienti con cancro coloretale. Abbiamo rilevato, infatti, che tali complicanze si sviluppano in uno stadio precoce di malattia (II stadio) in percentuale sovrapponibile agli stadi avanzati (stadio III e IV).

Abbiamo osservato, inoltre, che la maggior parte dei pazienti aveva una sintomatologia addominale nelle settimane precedenti l'episodio acuto causa del ricovero e dell'intervento d'urgenza.

Tali sintomi non erano certamente specifici ma, se fossero stati tenuti in maggiore considerazione ed adeguatamente indagati, è probabile che molti di quei pazienti sarebbero stati operati in elezione.

La bassa morbilità e mortalità postoperatoria registrata, indica che l'intervento d'urgenza deve mirare al trattamento della complicanza acuta e della malattia neoplastica. L'intervento radicale, infatti, è realizzabile in una quota elevata di pazienti.

Riassunto

Introduzione: La chirurgia d'urgenza per cancro coloretale complicato pone un problema chirurgico significativo con un rateo di mortalità pubblicato che va dal 25 al 30%.

Abbiamo rivisto i risultati dell'analisi e la quantità dell'incidenza, di complicanze dei pazienti che sono stati sottoposti a colectomia d'urgenza per cancro coloretale.

Materiali e metodi: Studio retrospettivo delle caratteristiche cliniche da una serie di 63 pazienti operati tra il 1991 e il 1997 (il 12% di tutti gli interventi di chirurgia coloretale dello stesso periodo).

La correlazione tra le complicanze e la stadiazione del cancro è stata calcolata con il metodo KW (ANOVA). Risultati: 53 pazienti sottoposti a resezione coloretale

per occlusione intestinale (84%), 5 per perforazione (8%) e 5 per sanguinamento gastrointestinale basso (8%). Quando le complicanze della neoplasia, sono state correlate alla differente stadiazione della malattia all'intervento, la percentuale delle complicanze è stata rispettivamente del 32%, 32% e 36% negli stadi II, III e IV. Questo dato è stato statisticamente significativo (KV=58, p=0,0001).

La complessiva percentuale di modalità era dell'8% (5 pazienti) e la percentuale di morbilità è stata del 32% (21 pazienti). La sopravvivenza complessiva a 5 anni, 3 anni e a 1 anno è stata rispettivamente del 47%, 48% e 76%.

Conclusioni: La chirurgia d'urgenza per cancro coloretale complicato può essere eseguita in maniera sicura con una bassa percentuale di morbilità e mortalità postoperatoria e può essere evocata per realizzare una sopravvivenza a breve e a lungo termine paragonabile alla chirurgia d'elezione. Il test KV supporta l'ipotesi che la comparsa di una complicanza nella storia naturale del cancro coloretale non si correla alla stadiazione della malattia.

Bibliografia

- 1) Scott N.A., Jeacock J., Kingston R.D.: *Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer*. Brit J Surg, 82:321-323, 1995.
- 2) Garcia-Valdecasas J.C., Llovera J.M., De Laici A.M., Reverter J. C., Grande L., Cugat E., Visa J., Pera: *Obstructing colorectal carcinoma. Prospective study*. Dis Col Rect, 34:759-762, 1991.
- 3) Kronborg O.: *Staging and surgery for colorectal cancer*. Eur J Cancer, 29A, 575-583, 1993.
- 4) Phillips R.K.S., Hittinger R., Fry J.S., Fielding L.P.: *Malignant larg bowel obstruction*. Br J Surg, 72:269-302, 1985.
- 5) Kelley W.E., Brown P.W., Lawrence W., Terz J.J.: *Penetrating obstructing and perforating carcinomas of the colon and rectum*. Ann Surg, 116:381-384, 1981.
- 6) Serpell J.W., Nicholls R.J.: *Stercoral perforation of the colon*. Br J Surg, 77:1325-1329, 1990.
- 7) Parikes B.M.: *The management of massive lower gastrointestinal bleeding*. Am Surg, 59:676-678, 1993.
- 8) Wolmark N., Wieand H.S., Rockette H.E., Fischer B., Glass A., Lawrance W.: *The prognostic significance of tumor, location and bowel obstruction in Dukes B and C colorectal cancer*. Ann Surg, 198:743, 1983.
- 9) Deans G.T., Krukowki Z.H., Irvin S.T.: *Malignant obstruction of the left colon*. Br J Surg, 81:1270-1276 1994.
- 10) Fitzgerald S.D., Longo W.E., Danial G.L., Vernava A.M.: *Advanced colorectal neoplasia in the high risk elderly patient: is surgical resection justified?*. Dis Col Rect, 36:161-166, 1993.
- 11) Irving G.L., Horsley J.S., Caruana J.A. Jr: *The morbidity and mortality of emergent operations for colorectal disease*. Ann Surg, 199:598-603, 1984.
- 12) Steinberg S.M., Barkin J.S., Kaplan R.S., Stablein D.M.:

Prognostic indicators of colon tumors: the Gastrointestinal Tumor Group experience. Cancer, 57:1886, 1986.

13) Dutton J.W., Hreno A., Hampson L.G.: *Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel.* Am J Surg, 131:36-41, 1976.

14) Dudley H.A., Radcliffe A.G., Mc Geehan D.: *Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis.* Br J Surg, 67:80-81, 1980.

15) Koruth N.M., Hunter D.C., Krukowski Z.A., Matheson N.A.: *Immediate resection in emergency large bowel surgery: 7 year audit.* Br J Surg, 72:703-707, 1985.

16) Sjudahl R., Frazen T., Nystrom P.O.: *Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal cancer.* Br J Surg, 79:685-688, 1995.

17) White C.M., Macfie J.: *Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum.* Dis Colon Rectum 28:155, 1985.

18) Irvin T.T., Greaney M.G.: *The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction.* Br J Surg 64:741, 1977.

19) Gandrup P., Lund L., Balslev I.: *Surgical treatment of acute malignant large bowel obstruction.* Eur J Surg, 158:427, 1992.

20) Waldron R.P., Donovan I.A., Drumm J., Mottram S.N., Tedman S.: *Emergency presentation and mortality from colorectal cancer in the elderly.* Br J Surg, 73:214-216, 1986.

21) Scott N.A., Jeacock J., Kingston R.D.: *Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer.* British J Surg, 82:321-323, 1995.

Autore corrispondente:

Prof. G.C. PANSINI
Sezione di Chirurgia Generale
Dipartimento di Scienze Chirurgiche,
Anestesiologiche e Radiologiche
Università degli Studi di Ferrara
C.so Giovecca, 203
44100 FERRARA - ITALIA
Tel.: 0532/236525
Fax: 0532/249358
E-Mail: pgc@unife.it