

Il ruolo della palliazione nei tumori periampollari in età geriatrica



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 3, 2003

S. MINIELLO, M. TESTINI, G. PICCINNI,
D. D'ABBICCO, M. AMORUSO,
G. CRISTALLO, G.M. BONOMO

Università degli Studi di Bari
Dipartimento per le applicazioni in Chirurgia delle Tecnologie Innovative
Sezione di Chirurgia Generale, Vascolare e Oncologia Clinica
Direttore: Prof. G.M. Bonomo
Cattedra di Chirurgia D'Urgenza e di Pronto Soccorso
Titolare: Prof. S. Miniello

Introduzione

I tumori periampollari comprendono le neoplasie della testa del pancreas, del coledoco terminale, della papilla di Vater e del secondo duodeno.

La loro attuale crescente incidenza risulta reale e non correlata soltanto all'affinamento delle metodiche diagnostiche (1, 2).

Il carcinoma della testa del pancreas ha la più alta incidenza (80-85%) e prognosi più sfavorevole; le rimanenti localizzazioni risultano più rare, a prognosi relativamente più favorevole (3), anche in virtù di una diagnosi più tempestiva per l'ittero precoce (4).

L'ittero ostruttivo delle neoplasie periampollari è correlato alla colestasi severa e protratta, responsabile di uno stato tossico-settico che, congiuntamente alla malattia neoplastica e all'età geriatrica, colloca il paziente in una condizione critica ed innalza sensibilmente il rischio operatorio (5).

Nei pazienti con ittero ostruttivo, infatti, l'età maggiore di 60 anni costituisce uno dei fattori di rischio operatorio congiuntamente a (6): bilirubina <10 mg/100 ml; calo ponderale >10 kg; febbre >38°; leucocitosi >10.000 U-I; albuminemia <3 gr/100 ml; valori elevati di ALKP, azotemia e creatininemia.

Le neoplasie periampollari riconoscono nella duodenocefalopancresectomia l'intervento chirurgico radicale comune a tutte, eseguibile tuttavia soltanto nel 15-25% dei tumori della testa del pancreas (7, 8, 9) e nel 50% delle rimanenti localizzazioni.

Abstract

THE ROLE OF PALLIATION IN PERIAMPULLAR CANCERS OF GERIATRIC AGE

Authors wonder about the actual part of the palliative practices in periampullar cancers of the geriatric age, and the choice's criteria of the different surgical options that are practicable. They reaffirm that the common radical operation is the pancreaticoduodenectomy, even if, as it is verifiable in the relevant literature and in our series of cases, it is practicable only a few times.

The necessity of amending the toxic-septic condition of the neoplastic colestasi, which certainly is more unfavourable during the geriatric age, gives to the palliative procedures a better rule, because few patients could be treated with a curative intention. Authors report their experience and their results about the icterus regression, mortality, morbidity and the average survival rate.

About the surgical palliative options of the bilio-digestive shunts, they give the same importance to the gallbladder jejunostomy and to the common bile duct jejunostomy, granting to the first their preference in the geriatric age for the simplest and rapid execution. They point out the necessity of the gastrojejunostomy in all the present or incipient jejunus obstruction, because of the surgical action's importance, and to avoid another operation.

They give, even in the geriatric age, their preference to the surgical palliative treatments, proposing to reserve the endoscopic and radiologic practices to the patient undergoing an operation for the precarious general state, for the high operating risk and the modest residual life.

Infact, the non surgical treatments are suitable to amend the neoplastic colestasi, but they aren't equivalent to the surgical palliative, that is more effective for the greater survival, a better life's quality, a smaller mortality and morbidity.

Key words: Periampullar cancers, Geriatric age, Palliation.

Riassunto

Gli autori si interrogano sull'attuale ruolo delle procedure palliative nel trattamento dei tumori periampollari in età geriatrica e sui criteri di scelta delle diverse opzioni chirurgiche e non, praticabili in tale ambito.

Ribadiscono che le neoplasie periampollari riconoscono nella duodenocefalopancresectomia il comune intervento chirurgico radicale, praticabile tuttavia in una percentuale bassa di casi, come riscontrato in letteratura e nella propria casistica.

L'esigenza di emendare la condizione tossico-settica della colestasi neoplastica, certamente più sfavorevole in età geriatrica, conferisce ancor oggi alle procedure palliative un ruolo rilevante per il limitato numero di pazienti trattabili con intervento curativo.

Gli autori riportano la propria esperienza e i risultati inerenti la regressione dell'ittero, la mortalità, la morbilità e la sopravvivenza media.

In relazione alla palliazione chirurgica derivativa bilio-digestiva, attribuiscono uguale efficacia alla colecistodigiunostomia e alla coledocodigiunostomia, accordando alla prima la propria preferenza in età geriatrica per la più semplice e rapida esecuzione.

Sottolineano la necessità di associare la gastrodigiunostomia in tutti i casi di ostruzione duodenale in atto o incipiente, per l'ininfluenza del gesto chirurgico e per evitare reinterventi a breve.

Accordano, anche in età geriatrica, la propria preferenza ai trattamenti palliativi chirurgici, riservando le pratiche non chirurgiche endoscopiche e radiologiche ai soli pazienti non suscettibili di essere operati per le precarie condizioni generali, l'alto rischio operatorio e le limitate aspettative di vita residua.

Infatti, anche se le procedure non chirurgiche sono idonee ad emendare la colestasi neoplastica, non sono tuttavia equivalenti alla palliazione chirurgica, quest'ultima più efficace in termini di più lunga sopravvivenza, migliore qualità di vita, morbilità e mortalità ragionevolmente contenute.

Parole chiave: Neoplasie periampollari, età geriatrica, palliazione, ittero ostruttivo.

Le procedure palliative, pertanto, svolgono ancora oggi un ruolo tutt'altro che marginale nel trattamento delle neoplasie peri-ampollari (10), soprattutto in età geriatrica.

Affinchè un trattamento palliativo risulti proponibile deve possedere alcuni requisiti quali essere poco traumatico, comportare mortalità e morbilità contenute, richiedere tempi brevi di degenza ospedaliera.

Le procedure palliative per neoplasie periampollari si distinguono in chirurgiche e non chirurgiche. Queste ultime prevedono una metodica endoscopica (colangiopancreatografia retrograda – ERCP, posizionamento di un sondino naso-biliare o di endoprotesi) e una metodica radiologica (colangiografia percutanea transepatica; drenaggio biliare percutaneo transepatico – PTDB –).

Scopo dello studio

Consiste nel definire quale sia l'attuale ruolo delle procedure palliative nel trattamento dei tumori periampollari e quali opzioni siano da preferire in tale ambito.

Materiali e metodi

Nel periodo 1987-2000 sono stati osservati e trattati 86 pazienti affetti da ittero ostruttivo neoplastico, 51 dei quali in età geriatrica (32 maschi e 19 femmine, in età

Tab. I – NEOPLASIE PERIAMPOLLARI IN ETÀ GERIATRICA (1987-2000)

Sede della neoplasia	n. casi	Trattamento
Testa del pancreas	23	1 – Duodenocefalopancreasectomia
-		6 – Colecistodigiunostomia
-		2 – Coledocodigiunostomia
-		2 – Kher sovrastenotico
-		11 – Endoprotesi
-		1 – PTDB
Coledocoterminale	6	1 – Coledocodigiunostomia
-		3 – Endoprotesi
-		2 – PTDB
Papilla di Vater	6	2 – Papillectomia con reimpianto del coledoco e del wirsung
-		2 – Kehr sovrastenotico
-		2 – Endoprotesi
II [^] Duodeno	0	

comprese tra 65 e 85 anni). Le neoplasie periampollari in pazienti geriatriche sono state 35, 8 quelle dell'epato-coledoco e 8 del confluyente epatico.

I sintomi precedenti al ricovero sono stati l'ittero in tutti i casi osservati, dolore gravativo nel 77%, calo ponderale nel 69%, nausea e vomito nel 38%.

Gli esami strumentali eseguiti sono stati: ecografia addomino-pelvica (79%); TAC addomino-pelvica (62%); ERCP (47%); colangiografia trasparietoepatica (13%). La tabella I riporta la sede delle neoplasie ed il trattamento subito da 35 pazienti geriatrici affetti da neoplasia periampollare.

Soltanto in un paziente è stato possibile praticare un intervento con presunzione di radicalità (duodeno-cefalopancreasectomia); nei rimanenti 34 è stato eseguito un trattamento palliativo, chirurgico in 15 casi, non chirurgico negli altri 19.

In 9 pazienti è stata confezionata una derivazione bilio-digestiva (6 colecistodigiunostomie e 3 coledocodigiunostomie), oltre la quale è sempre stata eseguita una gastrodigiunostomia per stenosi duodenale in atto o incipiente. In due pazienti è stata eseguita la papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung. Ben 4 volte il gesto chirurgico si è esaurito nel posizionamento del tubo di Kehr nel tratto biliare sovrastenotico.

In 19 pazienti la palliazione è stata del tipo non chirurgico: posizionamento di endoprotesi in 16 casi; PTDB nei rimanenti 3 casi.

Risultati

La mortalità post-operatoria complessiva è stata del 2,9%, avendo registrato un solo decesso tra i 34 pazienti sottoposti a trattamenti palliativi (colecistodigiunostomia e gastrodigiunostomia).

La morbilità è risultata del 19,7% avendo interessato 5

pazienti: 2 casi di infezione della ferita, 2 di polmonite, 1 di trombosi venosa profonda degli arti inferiori. Littero è involuto in tutti i pazienti trattati chirurgicamente, non richiedendo quindi ulteriori provvedimenti. La sopravvivenza media è risultata diversificata secondo il tipo di trattamento eseguito:

- trattamento palliativo chirurgico: 8,8 mesi;
- trattamento palliativo non chirurgico: 5,4 mesi.

Discussione

Nella nostra esperienza le neoplasie periampollari in età geriatrica (68,6%) prevalgono su quelle dell'epatocolodoco (15,7%) e del confluente epatico (15,7%). Soltanto in un paziente (pari al 2%) è stato eseguito un intervento chirurgico con presunzione di radicalità (duodenocefalopancreasectomia), ripiegando in tutti gli altri casi su provvedimenti palliativi chirurgici e non. Con intento palliativo è stata conezionata un'anastomosi bilio-digestiva in 9 pazienti, pari al 60% di quelli sottoposti a palliazione chirurgica: 6 colecistodigiunostomie e 3 coledocodigiunostomie. La più frequente esecuzione della colecistodigiunostomia rispetto alla coledocodigiunostomia è motivata dalla sua più semplice e rapida esecuzione, il che la rende più indicata in soggetti in età geriatrica in precarie condizioni generali. Numerosi studi (11, 12, 13) comprovano peraltro l'equivalente efficacia della colecistodigiunostomia e della coledocodigiunostomia nel trattamento della colestasi.

La coledocodigiunostomia, tuttavia si rende necessaria nei colecistectomizzati, nei casi di colecistite cronica anche alitiasica e con ridotta funzione colecistica, nell'evenienza infine di un cistico lungo che si inosculi sul coledoco distale rendendosi in tal modo suscettibile di precoce inglobamento da parte della massa neoplastica.

Nei 9 pazienti sottoposti a derivazione bilio-digestiva abbiamo confezionato una gastrodigiunostomia per ostruzione duodenale in atto o imminente, in quest'ultima evenienza confortati dal fatto che tale gesto chirurgico non comporta incremento della morbilità e della mortalità post-operatoria (14, 15, 16), come pure dal fatto che nell'esperienza di alcuni (16) è stato necessario rioperare per ostruzione duodenale tardiva fino al 25% dei pazienti operati per ittero ostruttivo neoplastico.

Alcuni autori (17, 18) ritengono tuttavia che la gastrodigiunostomia debba essere riservata ai soli casi di ostruzione duodenale in atto per il rischio di stasi gastrica e di ulcere anastomotiche.

La papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung, eseguita in 2 pazienti (5,8%) assume significato di ripiego su un intervento palliativo in pazienti con indicazione teorica alla duodenocefalopancreasectomia, tuttavia non eseguibile per le compromesse condizioni generali del paziente.

Le procedure palliative non chirurgiche endoscopiche e radiologiche, infine, sono state praticate in 19 pazienti

(16 endoprotesi e 3 PTDB) quale presidio di palliazione esterna per emendare la colestasi e le sue implicazioni tossico-settiche.

Conclusioni

Nel trattamento delle neoplasie periampollari in età geriatrica, pertanto, prevalgono nella nostra casistica le procedure palliative su quelle con intento curativo, con percentuali (97%) che rappresentano la quasi totalità dei casi. Riteniamo, tuttavia, che anche in età geriatrica i trattamenti palliativi non chirurgici debbano essere limitati soltanto a quei pazienti che non possono avvalersi delle pratiche chirurgiche per le compromesse condizioni generali, per l'alto rischio operatorio e per esigue aspettative di vita residua.

A giustificazione di tale orientamento, infatti, è opportuno ricordare che, pur essendo la palliazione non chirurgica efficace nel risolvere la colestasi neoplastica, le procedure palliative chirurgiche tuttavia garantiscono una sopravvivenza più lunga, migliore qualità della vita, morbilità e mortalità ragionevolmente contenute.

Bibliografia

- 1) Del Castillo C.F., Warhaw: *Diagnosis and preoperative evaluation of pancreatic cancer, with implications for management*. Gastroenterol Clin (North Am), 19:915-33, 1990.
- 2) Haddock G., Carter D.C.: *Aetiology of pancreatic cancer*. Br J Surg, 77:1159-66, 1990.
- 3) Lillemo K.D., Sauter P.K., Pitt H.A., Yeo C.J., Cameron J.L.: *Current status of surgical palliation of peri-ampullary carcinoma*. Surg, 176:1-10, 1993.
- 4) De Leo S., Severini D., Boni M. et al.: *Terapia chirurgica dei carcinomi della testa del pancreas e dell'ampolla di Vater*. Chir Gastroenterol, 23:159-71, 1989.
- 5) Miniello S., D'Abbicco D., Urgesi G., Tomasicchio N., Amoroso M., Bonomo G.M.: *I trattamenti palliativi dell'ittero ostruttivo da neoplasie periampollari*. Ann Ital Chir, LXXI, 4, 441-445, 2000.
- 6) Blamey S.L., Fearon K.C.H., Gilmour W.H., Osborne D.H., Carter D.C.: *Predication of risk in biliary surgery*. Br J Surg, 70:535538, 1991.
- 7) Sarr G.M., Cameron I.: *Surgical palliation of unresectable carcinoma of pancreas*. World Surg, 8:906, 1984.
- 8) Caracò A.: *Terapia palliative del carcinoma del pancreas*. Epaticodigiunostomia. Arch Atti Soc Ital Chir, IV:31-4, 1989.
- 9) Revetria P., Bonari L., Gambetta G., Ferro A., Bertino C.: *Bypass biliodigestivo palliativo con tubo di Kebr per ittero colestatico chirurgico neoplastico*. Minerva Chir, 48:259-64, 1995.
- 10) Watanapa P., Williamson R.C.N.: *Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades*. Br J Surg, 79:8-20, 1992.
- 11) Rappaport M.D., Villaba M.A.: *A comparison of cholecysto and*

choleodochoenterostomy for obstructing pancreatic cancer. Am J Surg, 7:433-5, 1990.

12) Mosdell D.M., Kessler C., Morris D.M.: *Unresectable pancreatic cancer: what is the optimal procedure?* South Med J, 84:571-3, 1991.

13) Redmond H.P., Stuart R., Hofmann K.P., Collins P.G., Gorey T.F.: *Carcinoma of the head pancreas. Surg, 172:186-90, 1991.*

14) La Ferla G., Murray W.R.: *Carcinoma of the head of the pancreas: by-pass surgery in unresectable disease. Br J Surg, 74:212-3, 1987.*

15) Weaver D.W., Weineck R.G., Bowman D.L. et al.:

Gastrojejunostomy: is it helpful for patients with pancreatic cancer? Surg, 102:608-14, 1987.

16) Singh S., Longmire W.P., Reber H.A.: *Surgical palliation for pancreatic cancer: the UCLA experience. Ann Surg, 212:132-9, 1990.*

17) Coutsoftides T., Mac Donald J., Shibata H.R.: *Carcinoma of the pancreas and peryampullary region. Ann Surg, 121:595, 1977.*

18) Warren K.W., Braash W., Thum C.W.: *Diagnosis and surgical treatment of carcinoma of the pancreas. Cun Probl Surg, 6, 1986.*

19) Sako T.: *Carcinoma of the pancreas and the ampulla of Vater. Minerva Med, 50:169, 1977.*

Autore corrispondente:

Prof. Stefano MINIELLO
Università degli Studi di Bari
Chirurgia Generale 1^a Universitaria
Ospedale Policlinico Consorziale
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 BARI
Tel.: 080-5478856
Fax: 080-5478759