

Il trattamento delle forme iniziali di carcinoma rettale nell'anziano



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

A. BRUTTO CAO, L. DE SANTIS,
C. MILITELLO, O. TERRANOVA

Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche,
Sezione di Clinica Chirurgica Geriatrica
Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Padova

Introduzione

Le forme iniziali di cancro del retto suscettibili di un trattamento chirurgico conservativo devono presentare alcune caratteristiche anatomico-patologiche ben definite: localizzazione nella sottomucosa senza segni d'invasione della muscolare (pT1), grado bene o moderatamente differenziato (G1,G2), assenza d'infiltrazione linfovaskolare e di metastasi linfonodali (1). Per queste forme la chirurgia tradizionale per via addominale assicura con l'asportazione del mesoretto un trattamento oncologicamente radicale e consente nella maggior parte dei casi, resezioni ultra basse o anastomosi colo-anali in grado di rispettare la funzione sfinterica ed evitare l'amputazione con stomia definitiva. Tale chirurgia è però gravata a tutt'oggi da una significativa morbidità e mortalità postoperatoria che in alcune casistiche supera rispettivamente il 40% e il 5% (2). Gli interventi di exeresi locale hanno perciò in casi ben selezionati una precisa giustificazione poiché preservano la funzione sfinterica, riducono significativamente l'incidenza di complicanze postoperatorie e associano un'alta probabilità di cura della malattia (3). Infatti per tali tipi di lesioni si è dimostrata una scarsa probabilità di metastatizzazione linfatica che non supera il 5% (4). Per poter utilizzare tale metodica è necessaria una precisa e rigorosa stadiazione preoperatoria attraverso un accurato studio diagnostico clinico, endoscopico e radiologico seguita all'atto operatorio dalla conferma istologica di neoplasia in fase precoce. Naturalmente qualora l'exeresi non si dimostri curativa

Abstract

THE SURGICAL TREATMENT OF EARLY RECTAL CANCER IN THE ELDERLY

The early rectal cancer which needs conservative surgical treatment should present some pathological characters: intramucosal site without muscularis invasion (pT1), high or moderate differentiated grading (G1-G2), no lymph node metastasis or vascular invasion.

Total mesorectal excision is the gold standard for these neoplasms and permits very low resection or coloanal anastomosis with sphincter function preserving.

However, this type of surgery has still an high percentage of postoperative morbidity and mortality (some Authors report respectively 40% and 5%). Therefore the local excision on selected cases is able to preserve the sphincter function and to reduce the postoperative complications with high probability of recovery.

Key words: Rectal cancer, surgery, elderly.

Riassunto

Il cancro del retto nelle forme iniziali si può avvalere in casi selezionati di un trattamento chirurgico conservativo. Diverse sono le tecniche chirurgiche proposte: per via posteriore o per via endoanale. La scelta è subordinata a diversi fattori in particolare la sede, l'estensione, l'esame istologico definitivo della lesione, le condizioni generali e l'età soprattutto se anziana del paziente. La via posteriore è indicata soprattutto nelle lesioni a larga base d'impianto e situate nella parte alta dell'ampolla. Tale intervento comporta un atto chirurgico talora complesso con un'incidenza di complicanze post-operatorie piuttosto elevate. L'asportazione per via endoanale (tecnica del lembo trattore, del paracadute, di microchirurgia endoscopica), viceversa, è di semplice esecuzione con un'incidenza di complicanze post-operatorie limitata e va quindi preferita quando l'exeresi sia tecnicamente possibile. Gli Autori riportano la loro esperienza, discutono i risultati e indicano vantaggi e limiti delle metodiche.

Parole chiave: Cancro del retto, stadio iniziale, anziano, trattamento.

è sempre possibile procedere ad un intervento chirurgico resettivo maggiore. Gli interventi di exeresi locale possono essere realizzati mediante accesso posteriore transcrale o per via endoanale, mancano però in letteratura

studi randomizzati che mettano a confronto le diverse metodiche e le casistiche pubblicate sono piuttosto esigue con criteri di selezione e trattamento poco omogenei (5). Infatti spesso nell'analisi dei risultati vengono prese in considerazione non solo le forme iniziali ma anche quelle più avanzate in pazienti che rifiutano la colostomia o che sono giudicati inoperabili. Lo scopo di questo lavoro è di valutare vantaggi e limiti delle metodiche proponendo l'esperienza personale.

Materiali e Metodi

I mezzi diagnostici a nostra disposizione comprendono l'esame clinico e le indagini strumentali.

L'esame clinico mediante esplorazione rettale valuta le caratteristiche del tumore secondo la classificazione di Mason (6):

CSI: Tumore mobile liberamente (sulla tonaca muscolare);

CSII: Tumore mobile;

CSIII: Tumore con mobilità relativa;

CSIV: Tumore fisso.

L'intervento di exeresi transanale è indicato solo nel tipo I. L'esame endoscopico determina la distanza dal margine anale, l'estensione, le dimensioni, la sede, la superficie e consente di effettuare prelievi biotipici per definire tipo di neoplasia e grado di differenziazione. In genere l'exeresi per via transanale è indicata nelle lesioni non superiori ai 3 cm con bordo superiore entro i 12 cm dal margine anale, estese a non più di un quarto della circonferenza rettale e a superficie polipoide non ulcerata (7, 8).

L'ecografia endoretale e la RMN consentono di stabilire il grado d'infiltrazione neoplastica nello spessore della parete rettale individuando i tumori in fase T1 con un'ottima accuratezza maggiore al 90%, di riconoscere linfonodi aumentati di volume nel mesoretto con un'accuratezza superiore all'80% e con un valore predittivo negativo nel 93% dei casi (9).

La Tac invece è in grado di riconoscere linfonodi patologici nel mesoretto in circa il 50-60% dei casi (10). Gli interventi proposti per l'escissione locale transanale sono: la tecnica del lembo trattore, del paracadute (di Francillon), di microchirurgia endoscopica (MET) (11). Alcuni principi di tecnica operatoria sono comuni alle metodiche: il bordo di sezione deve cadere ad almeno di 1 cm dalla neoplasia, nella escissione parziale della parete rettale l'exeresi deve comprendere lo strato circolare della muscolare e nelle escissioni a tutto spessore la sezione viene spinta fino al grasso perirettale adiacente suturando la parete a tutto spessore trasversalmente⁸. Nelle escissioni parziali della parete rettale con tecnica a paracadute o del lembo trattore può essere vantaggiosa l'infiltrazione nel piano sottomucoso con adrenalina associata ad anestetico locale allo scopo di rendere più semplice il clivaggio dal piano sottostante e di ridurre il sanguinamento. Vantaggi possono essere l'anestesia loco-

regionale, la possibilità di agevoli exeresi a tutto spessore nelle localizzazioni posteriori e laterali, lo scarso dolore postoperatorio, il rapido recupero funzionale, la bassa incidenza di complicanze (6%) e la breve degenza in media non superiore ai sei giorni (12). La MET ha una minor incidenza di recidive 4-5% rispetto alle 10-24% delle altre due tecniche consente exeresi nelle localizzazioni alte sino a 12 cm anteriormente e 15 cm lateralmente mentre è poco indicata nei tumori bassi dove il metodo di scelta è quello del lembo trattore. I limiti delle escissioni endoanali sono rappresentati dalla impossibilità di eseguire l'eventuale asportazione completa del mesoretto non offrendo una sicura prospettiva di cura nelle forme ad interessamento linfonodale e dal rischio nelle localizzazioni anteriori di lesioni alle strutture contigue (vescica, prostata, vagina) (10).

Nelle exeresi per via posteriore sec. Kocher, sec. Kraske e sec. Mason (7) le indicazioni si sono ristrette a quelle lesioni situate nella parte alta soprattutto anteriori dell'ampolla rettale non aggredibili per via transanale. L'incidenza di recidive è analoga agli interventi di chirurgia maggiore 1-4%, ma presentano un elevato rischio di deiscenza con un'incidenza di complicanze post-operatorie tra il 14-21% dei casi (5). L'anatomia dello scavo pelvico dopo tali interventi risulta particolarmente alterata e ciò può rendere di estrema difficoltà un eventuale intervento di resezione anteriore.

Casistica e Risultati

Sono stati presi in considerazione, dal Gennaio 1989 al Dicembre 2000, 36 pazienti portatori di cancro rettale in fase iniziale, 17 maschi e 19 femmine, di età media di 72 anni e range compreso tra i 65 e 91 anni. In 28 pazienti il diametro della neoplasia è risultato inferiore ai 3 cm. e in 8 casi compreso tra i 4-5 cm. In 17 casi la lesione aveva sede posteriore, in 9 laterale e in 10 anteriore. Il tumore era situato nel retto inferiore in 10 casi, nel retto medio in 10 casi e nel retto superiore in 8 casi. La stadiazione preoperatoria comprendeva: esame clinico, colonscopia con biopsia, ecografia epatica, in 26 casi si eseguiva RMN dell'addome inferiore e in 28 casi ecografia transrettale. Per tutti i pazienti la diagnosi clinica era di stadio T1. L'esame istologico definitivo del pezzo operatorio dimostrava un caso di carcinoma in situ su adenoma villosa, in 28 casi il tumore era localizzato alla sottomucosa (pT1) di cui 21 erano ben differenziati (G1) e 7 moderatamente differenziati (G2) con invasione venoso-linfatica in 2. In 7 casi il tumore infiltrava la muscolare (pT2) nessuno di questi era stato però stadiazione preoperatoriamente con ecografia transrettale. Venivano eseguite 18 exeresi con tecnica a paracadute di cui 9 a tutto spessore. In 10 casi l'exeresi era con tecnica del lembo trattore tre di questi però in seguito al riscontro istologico definitivo di infiltrazione della muscolare (pT2) venivano sottoposti ad amputazione

addomino perineale. Otto casi venivano trattati con resezione per via posteriore sec. Kraske. Nei 2 pazienti con infiltrazione venoso linfatica l'intervento di exeresi conservativa veniva completato con un ciclo di radioterapia post-operatoria. Si sono verificate come complicanze post-operatorie 1 caso di emorragia in una resezione a tutto spessore trattato conservativamente e una deiscenza in una resezione per via posteriore trattata con colostomia temporanea, non si aveva alcuna mortalità. I risultati a distanza sono stati valutati su 24 pazienti disponibili per il follow-up e attualmente viventi. Per i primi 3 anni il follow-up era stretto con controlli trimestrali mediante ecografia endorettale, colonscopia con biopsie nella sede d' exeresi e dosaggio dei markers tumorali, nei 2 anni successivi i controlli avvenivano ogni 6 mesi e in seguito a cadenza annuale. Il periodo di osservazione variava da 10 mesi sino a 12 anni e si sono riscontrate tre recidive ad intervalli di tempo di 5 mesi, 1 anno e 16 mesi. Un caso precedentemente trattato con radioterapia veniva sottoposto ad amputazione nei 2 rimanenti si eseguiva l'intervento di resezione con anastomosi colo-anale.

Discussione

Nel cancro del retto la diffusione dei metodi di screening e il progressivo affinamento diagnostico hanno contribuito ad una più precisa identificazione e stadiazione delle neoplasie in fase precoce. Morson (13) ha dimostrato che il cancro del retto metastatizza per via linfatica a seconda del grado di penetrazione nella parete intestinale e del grado di malignità. Nelle lesioni allo stadio A di Dukes con invasione limitata alla sottomucosa la metastatizzazione linfatica è intorno al 5% che si riduce al 2-3% nelle forme più differenziate (G1, G2). Per queste neoplasie ben differenziate, in casi selezionati, può, essere presa in considerazione la possibilità di un' exeresi locale. Sec. Killingback¹⁴ l'escissione locale completa dei cancri che non oltrepassano la sottomucosa presenta una percentuale di recidive che non supera il 2% mentre per le neoplasie che invadono gli strati muscolari la percentuale di recidive sale al 18% 1 tumori che possono essere asportati localmente rappresentano all'incirca il 3-6,8% di tutti i cancri del retto (15). Due sono le principali obiezioni che si possono fare al trattamento chirurgico conservativo. La prima riguarda il rischio del 5% di recidiva che va però controbilanciato con l'1-4% di recidiva degli interventi di chirurgia maggiore, e la cui mortalità operatoria può superare il 10% soprattutto nei pazienti anziani (16) Considerando che l'exeresi locale nel 95% dei tumori precoci è curativa un eventuale intervento di resezione maggiore si potrebbe anche considerare un eccesso terapeutico vista la significativa incidenza di mortalità e morbidità post-operatoria. Graham (8) inoltre ha sottolineato che nelle recidive dopo chirurgia conservativa esiste ancora la possibilità di una resezione

maggior curativa nel 50% dei casi. La seconda obiezione si riferisce alla mancanza di un dato sicuro sulla presenza o meno di linfonodi metastatici. La stadiazione preoperatoria con ecografia endorettale o con RMN pur risultando estremamente affidabile con un valore predittivo superiore al 90% non consente di escludere la presenza di micrometastasi (9). D'altro canto se si confrontano i risultati in termini di sopravvivenza a 5 anni e di controllo locale di malattia nei tumori in fase precoce trattati con chirurgia conservativa e intervento di amputazione addomino perineale le percentuali risultano sovrapponibili attorno al 90% (17).

I criteri che devono essere sempre rispettati nella chirurgia conservativa sono una valutazione clinica ed anatomopatologica del cancro sia per quanto si riferisce alle dimensioni non superiori ai 3 cm, alla superficie vegetante e non ulcerata, alla mobilità sulla tonaca muscolare del retto sia per quanto riguarda l'esame istologico definitivo che stabilisce la completezza dell'escissione, la distanza dei margini, il grado di penetrazione e il grado di malignità. Inoltre per consentire una corretta exeresi deve essere ben accessibile al tipo di trattamento prescelto.

In conclusione i risultati soddisfacenti in termini di mortalità e morbidità postoperatoria della chirurgia conservativa nei tumori in fase iniziale del retto pongono tale trattamento come una valida alternativa alla chirurgia più ampiamente demolitiva.

Bibliografia

- 1) Hermanek P. Gall F.P.: *Early (microinvasive) colorectal carcinoma*. Int J Colorectal Dis, 1:79-84, 1986.
- 2) Mentges B., Buess G., Schafer D., Manncke K., Becker H.D.: *Local Therapy of Rectal Tumors*. Dis Colon Rectum, 39:886-892, 1996.
- 3) Taylor R.H., Hay J.H., Larsson S.N.: *Transanal Local Excision of Selected low Rectal Cancers*. Am J Surg, 175:360-363, 1998.
- 4) Blumberg D., Paty P., Guillem J.G., Picon A.I., Minsky B.D., Wong W.D., Cohen A.M.: *All patients with small intramural rectal cancer are at risk for lymphnode metastasis*. Dis Colon Rectum, 42:881-5, 1999.
- 5) Valentini V., Morganti A.G., De Santis M., Vecchio F.M., Coco C., Picciocchi A., Cellini N.: *Local excision and external beam radiotherapy in early rectal cancer*. Int J Radiation Oncology Biol Phys, 35:759-764, 1996.
- 5) Mason A.Y.: *Trans-sphincteric of the rectum*. Prog Surg, 13:66, 1974.
- 6) Winde G., Nottberg H., Keller R., Schmid K.W., Bunte H.: *Surgical Cure for Early Rectal Carcinomas (T1)*. Dis Colon Rectum, 39, 9, 969-76, 1996.
- 8) Graham R.A., Garnsey L., Milburn Jessup J.: *Local excision of rectal carcinoma*. Am J Surg, 160:306-12, 1990.
- 9) Solomon M.J., McLeod R.S.: *Endoluminal transrectal ultra-sonography: accuracy, reliability and validity*. Dis Colon Rectum 36:200-5, 1993.

- 10) Thoeni R.F.: *CT evaluation of carcinoma of the colon and rectum*. Radiol Clin North Am, 27:731-41, 1989.
- 11) Buess G., Mentges B., Manncke K., Starlinger M., Becker H.D.: *Technique and Results of Transanal Endoscopic Microsurgery in Early Rectal Cancer*. Am J Surg, 163:63-70, 1992.
- 12) Parks A.G.: *A technique for excising extensive villous papillomatous change in the lower rectum*. J R Soc Med, 61:441-2, 1968.
- 13) Morson B.C.: *Histological criteria for local excision*. Br J Surg, 72:53-4, 1985.
- 14) Killingback M.J.: *Indications for local excision of rectal cancer*. Br J Surg, 72:54-6, 1985.
- 15) Guerrieri M., Feliciotti F., Paganini A.M., Zenobi P., Grillo Ruggeri F., Lezoche E.: *Local excision of rectal cancer by transanal endoscopic microsurgery (TEM) combined with radiotherapy*. An Surg, 6:598-602, 2000.
- 16) Garcia-Aguilar J., Mellgren A., Sirivongs P., Buie D., Maddoff R.D., Rothenberger D.A.: *Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy. A word of caution*. Ann Surg, 231:345-51, 2000.
- 17) Hildebrandt U., Klein T., Feifel G., Schwarz H.P., Koch B., Schmidt R.M.: *Endosonography of pararectal lymph nodes: In vitro and in vivo evaluation*. Dis Colon Rectum, 38:863, 1990.

Autore corrispondente:

Dott. A. BRUTTOCAO
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche
Sezione di Clinica Chirurgica Gediatica
Azienda Ospedaliera
Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani, 2
35128 PADOVA