

L'impiego di protesi autoespandibili nel trattamento delle occlusioni neoplastiche del colon sinistro: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 217-219



Francesco Montini, Lucio Cinqesanti, Maria Grazia di Corcia,
Giovanni Di Gioia, Marcello Di Millo, Giuseppe Lo Storto, Rocco Melino,
Marco Ulivieri, Fausto Tricarico

Struttura Complessa di Chirurgia Generale II ad indirizzo d'urgenza - Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti, Foggia
(Direttore: Dr. F. Tricarico).

**Treatment of a large bowel neoplastic obstruction left-sided by self-expanding enteral stent.
Personal experience**

The authors report on their experience in the treatment with self-expanding enteral stent for acute left-sided large bowel obstruction and believe that this procedure is effective as a "bridge to surgery". From January to November 2005 3 patients have been treated with colorectal stents in obstructing left-sided large bowel carcinoma: over the following 24 hours we observed canalization and consequent disocclusion of the colonrectum. Stented patients were treated with elective colonic resection with primary anastomosis avoiding decompressive stoma and Hartmann's procedure.

KEY WORDS: Colorectal cancer, Self-expanding enteral stent.

Introduzione

Le neoplasie del colon-retto, nel mondo occidentale, sono al secondo posto per mortalità con un'incidenza compresa tra il 12 ed il 15% del totale delle neoplasie. Ogni anno si registrano 130.000 nuovi casi con una mortalità di circa 100.000 casi e vi è una maggiore incidenza di tumore coloretale nei soggetti con età avanzata e con familiarità positiva¹. Nel 30% dei casi dette neoplasie sono osservate e trattate in fase di complicità clinica con maggiore frequenza per quella occlusiva ed il 65% delle ostruzioni neoplastiche risultano localizzate nel colon discendente e sigma-retto²⁻⁹. La gestione clinica della fase occlusiva acuta è spesso impegnativa per la grave disidratazione, gli squilibri idroelettrolitici, il decadimento delle condizioni generali e le patologie associate che spesso accompagnano tali pazienti. Tutto ciò incrementa notevolmente il rischio legato all'intervento chirurgico sia esso palliativo che radicale. Il trattamento chirurgico elettivo, seguito dall'anastomosi colo-rettale in un tempo, è considerata la procedura ideale ma prevede un'adeguata preparazione del paziente e del viscere dif-

ficilmente attuabile nella fase acuta ostruttiva. Se ne deduce, pertanto, che il trattamento chirurgico ideale è realizzabile solo allontanandosi il più possibile dalla fase acuta dell'urgenza occlusiva, dopo l'adeguato riequilibrio dei parametri metabolici e della compliance respiratoria e circolatoria in maniera tale da ridurre gli indici di morbidità dal 25-30 % dell'intervento condotto in condizioni di urgenza all'1-6% del trattamento elettivo effettuato dopo preparazione e riequilibrio del paziente. Nel presente studio viene esaminata l'esperienza da noi condotta su un gruppo selezionato di pazienti sottoposti a trattamento chirurgico resettivo in un unico tempo, dopo aver risolto la fase occlusiva mediante posizionamento endoscopico di stents enterali autoespandibili attraverso la stenosi neoplastica.

Materiali e metodi

Dal gennaio al novembre 2005 ad oggi sono stati sottoposti ad impianto di stent enterali autoespandibili in nitrilone 3 pazienti giunti in stato di occlusione acuta del colon sinistro. I criteri di selezione hanno tenuto conto delle condizioni generali del paziente, dell'esordio e dell'evoluzione clinica, dell'età avanzata, della natura neoplastica e della sede dell'ostruzione, queste ultime rilevate endoscopicamente mediante una colonscopia d'urgenza. Nei tre pazienti osservati le condizioni cliniche si presentavano scadenti e con marcato stato di disidratazio-

Pervenuto in Redazione Giugno 2006. Accettato per la pubblicazione Agosto 2006.

Per la corrispondenza: Dr. Francesco Montini, Via Paolo Telesforo 134, 71100 Foggia.



Fig. 1: Impianto dello stent colico a cavallo della stenosi neoplastica del sigma.

ne, l'occlusione colica risaliva ad almeno 48 ore e l'età era rispettivamente di 82, 71 e 67 anni. Le patologie associate erano prevalentemente di natura cardiovascolare e in uno di essi vi era una emiplegia destra da progresso ictus cerebri. Si procedeva innanzitutto al riequilibrio delle alterazioni idroelettrolitiche e delle condizioni cardiopolmonari e, dopo circa 18 ore dal ricovero, veniva eseguita una colonscopia che metteva in evidenza una neoplasia stenosante del sigma (a circa 30 cm. dal margine anale) in due casi ed una del giunto discendente-sigma nel terzo caso. Si decideva quindi per l'impianto di un entero stent autoespandibile in nitilon (Fig. 1), non ricoperto, di 9 cm. di lunghezza e 20 mm. di diametro (a rilascio prossimale) cui seguiva dopo il rilascio, in tutti e tre i casi, abbondante emissione di gas e feci liquide. Il controllo Rx grafico eseguito a 24-36 ore documentava la completa apertura della protesi ed il suo corretto posizionamento a cavallo della stenosi. Il miglioramento delle condizioni generali e la detensione del colon erano evidenti già dopo 48 ore dal rilascio dello stent rendendo possibile la preparazione del viscere con lassativi per la stadiazione della neoplasia. Dopo cinque giorni dall'impianto della protesi, ottenuto un ottimale riequilibrio clinico dei pazienti, si procedeva all'intervento di emicolectomia sinistra, laparotomica in un caso e laparoscopica negli altri due, con anastomosi coloretale meccanica. I pazienti presentavano un decorso post-operatorio regolare e venivano dimessi in decima giornata p.o.

Risultati

In questa esperienza, seppur limitata a tre casi, abbiamo ritenuto vantaggioso il posizionamento di uno stent

metallico autoespandibile in pazienti selezionati con occlusione neoplastica del colon sinistro, non osservando alcuna complicanza legata alla metodica endoscopica di rilascio della protesi. Abbiamo invece documentato un rapido miglioramento del quadro occlusivo e quindi delle condizioni generali dei pazienti già dopo 48 ore dall'impianto ed in tutti i casi è stato possibile un rapido reintegro degli squilibri metabolici ed emodinamici, la definizione della natura, sede ed estensione del processo neoplastico. In tutti i casi è stato possibile attuare una resezione colica con anastomosi in un tempo, evitando la colostomia decompressiva o l'intervento di Hartmann. Non abbiamo registrato mortalità né morbidità postoperatoria.

Discussione

L'occlusione intestinale da neoplasia ostruente del colon costituisce a tutt'oggi un'entità nosologica di frequente osservazione nelle strutture complesse di chirurgia d'urgenza, con un'incidenza che oscilla tra l'8 ed il 30% nelle varie casistiche. In tali situazioni l'intervento chirurgico ideale è quello che permette di effettuare la resezione-anastomosi primaria del tumore trattando, in un solo tempo, la malattia di base e la relativa complicanza. Se per i tumori del colon destro e del traverso prossimale l'emicolectomia destra è il trattamento in assoluto più frequente, la terapia chirurgica dell'occlusione colica sinistra è ancora controversa. La colostomia decompressiva è un intervento da attuare in pazienti con scadenti condizioni generali e che non possono subire un'intervento di exeresi d'urgenza: in ogni caso rimane sempre elevato il rischio legato a qualsiasi procedura chirurgica nel paziente occluso che presenti al ricovero condizioni cliniche precarie, età avanzata e gravi malattie associate. La validità ed il minimo rischio del posizionamento di stent colici autoespandibili in fase di occlusione acuta rispetto a qualsiasi trattamento chirurgico d'urgenza sia esso palliativo o radicale sono state dimostrate dai risultati delle prime esperienze di Spinelli¹⁰ e successivamente di Rey⁸ che evidenziarono come la procedura endoscopica consenta di detendere il viscere e riequilibrare le condizioni generali e locali del paziente occluso in vista della stadiazione della neoplasia e del trattamento exeretico in un tempo. Dall'analisi dei dati della letteratura è importante definire le indicazioni al trattamento in urgenza con stent metallici delle occlusioni neoplastiche del colon sinistro. Le indicazioni assolute sono l'età avanzata, una grave compromissione dello stato generale, l'associazione di gravi malattie cardiopolmonari o metaboliche in fase di scompenso per l'evento occlusivo acuto, il rifiuto della colostomia ed il trattamento palliativo per lo stadio avanzato della neoplasia. La nostra esperienza, seppur preliminare, è stata condotta seguendo le suddette indicazioni ed il posizionamento dello stent colico in urgenza ha consentito in tutti i casi

trattati un rapido miglioramento del quadro occlusivo e quindi delle condizioni generali dei pazienti già dopo 48 ore dall'impianto; in tutti i casi, inoltre, è stato possibile un rapido reintegro degli squilibri metabolici ed emodinamici, la definizione della natura della malattia e la stadiazione della neoplasia, senza osservare complicanze legate alla metodica o al ritardo della terapia chirurgica definitiva. A questi indiscutibili vantaggi vanno aggiunti la facilità del posizionamento dello stent in qualsiasi nosocomio attrezzato con una sala di endoscopia, la possibilità di ridurre il ricorso alla colostomia, la prospettiva di un trattamento chirurgico in un tempo e la riduzione del tempo di ospedalizzazione e del costo complessivo di gestione del paziente occluso. Le complicanze inerenti alla metodica variano in Letteratura dal 2 al 15% (perforazione della neoplasia, dislocamento dello stent, sanguinamento ed ostruzione del neo-lume)³⁻⁶ e sono comunque minori a quelle legate al trattamento in urgenza del paziente con gravi squilibri metabolici. Alcuni limiti osservati dagli Autori più esperti sull'argomento⁶ sono legati alla selezione dei pazienti, ai costi dei materiali, all'esperienza dell'endoscopista ed alla distanza della neoplasia dal margine anale (distanza di almeno sei centimetri).

In conclusione la nostra esperienza, anche se limitata a tre casi, dimostra la validità e l'efficacia del posizionamento degli stent enterali autoespandibili soprattutto nelle ostruzioni acute di origine neoplastica del colon sinistro. La metodica, gravata da una bassa percentuale di complicanze, si pone come valida alternativa alla colostomia ed offre al chirurgo la possibilità di scegliere per un trattamento palliativo definitivo in caso di neoplasia avanzata o di attuare un'exeresi con anastomosi primaria in condizioni di elezione nei pazienti resecabili.

Riassunto

Gli autori presentano la loro esperienza nel trattamento delle occlusioni neoplastiche del colon sinistro con posizionamento di endoprotesi per via endoscopica al fine di eseguire un trattamento chirurgico in elezione in un unico tempo (*bridge to surgery*). Sono stati sottoposti a trattamento endoscopico tre pazienti con neoplasia stenotomica del sigma mediante posizionamento di stent enterali autoespandibili: nelle successive 24 ore si è assi-

stato alla canalizzazione ed alla conseguente detensione del quadro occlusivo, consentendo in tutti i casi osservati l'esecuzione di un trattamento chirurgico radicale in un tempo ed evitando la colostomia decompressiva o l'intervento di Hartmann.

Bibliografia

- 1) Balague C, Targarona EM, Sainz S, Montero O: *Minimally invasive treatment for obstructive tumors of the left colon with endoluminal self-expanding metal stent and laparoscopic colectomy: Preliminary results*. Dig Surg, 2004; 21(4):282-86.
- 2) Boormann P, Soonawalla Z, Sathananthan N, MacFarlane P, Parker MC: *Endoluminal stenting of obstructed colorectal tumors*. Ann R Surg Engl, 1999; 81:251-54.
- 3) Canon CL, Baron TH, Morgan DE, Dean PA, Koehler RE: *Treatment of colonic obstruction with expandible metal stent*. AJR, 1999; 168:199-205.
- 4) Fazio V, Pepe D, Romano GA, Gristina A: *Il trattamento chirurgico in urgenza delle neoplasie del colonretto: casistica clinica*. Chir Gen, 1998; 19(6):511-17.
- 5) Khot UP, Wenk Lang A, Murali K, Parker MC: *Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents*. Br J Surg, 2002; 89:1096-102.
- 6) Mainar M, Tejero E, Maynar M, Ferral E, Castaneda-Zuniga W: *Colorectal obstructions: Treatment with metallic stent*. Radiology, 1996; 198:761-66.
- 7) Osman M, Rashid O, Sathananthan R, Parker E: *The cost effectiveness of self-expanding metal stents in the management of malignant left-sided large bowel obstruction*. Colorectal Dis, 2000; 2:233-37.
- 8) Rey JF, Romanczyk T, Greff M: *Metal stents for palliation of rectal carcinoma: A preliminary report on 12 patients*. Endoscopy, 1995; 27:501-4.
- 9) Setti Carraro P, Tiberio G: *Il cancro coloretale in occlusione: quale trattamento*. In Martino (ed.): *Il chirurgo d'urgenza oggi*, Napoli: G. De Nicola Editore. 2000; 373-81.
- 10) Spinelli P, Del Fante M, Mancini A: *Self expanding mesh stent for endoscopic palliation of rectal obstructing tumors: A preliminary report*. Surg Endosc, 1992; 6:72-74.
- 11) Tejero E, Mainar M, Fernandez L: *New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions*. Dis Colon Rectum, 1994; 37:1158-159.
- 12) Wholey MH, Levine EA, Ferral H, Castaneda-Zuniga W: *Initial clinical experience with colon stent placement*. Am J Surg, 1998; 175:329-31.

