

Chirurgia d'urgenza per cancro colon rettale in pazienti di età maggiore di 80 anni



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 2, 2002

**F. Catena, E. Pasqualini, V. Tonini,
A. Avanzolini, O. Campione**

Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza
Policlinico S. Orsola Università di Bologna
(Direttore Prof. O. Campione)

Introduzione

Il cancro del colon retto rappresenta il tumore maligno dell'apparato digerente più diffuso in Europa Occidentale e negli Stati Uniti (1).

L'aumento della longevità della popolazione con il passaggio dell'aspettativa di vita dai 75 agli 80 anni unitamente all'aumento in toto dell'incidenza del cancro colon rettale ha portato ad un aumento di incidenza di tale patologia negli anziani (2).

Circa il 20% dei pazienti con carcinoma coloretale si presenta come un'emergenza chirurgica con occlusione intestinale, peritonite da perforazione intestinale ed emorragie digestive (3).

Nei soggetti anziani, soprattutto, i tumori del colon retto hanno un'elevata incidenza di esordi acuti che necessitano di una terapia chirurgica d'urgenza (4).

La terapia chirurgica di tale tumore risulta essere largamente standardizzata con bassa mortalità e morbilità negli interventi d'elezione.

La chirurgia d'urgenza per questa patologia è invece gravata da un'importante mortalità perioperatoria con un incremento progressivo con l'aumentare dell'età (5).

In soggetti con più di 70 anni essa può addirittura raggiungere il 50% (6).

La chirurgia per questi pazienti perciò deve essere un compromesso tra il minimo stress chirurgico possibile e la massima radicalità oncologica (7).

Abstract

COLORECTAL EMERGENCY SURGERY FOR CANCER IN PATIENTS OLDER THAN 80 YEARS

Aim: in elderly people colorectal cancer has an high incidence of emergency presentation. In this article we report our experience on colorectal emergency surgery for cancers in patients older than 80 yrs.

Methods: from October 1995 to December 2000 323 patients were submitted to emergency surgical procedure for colorectal cancer at the Dpt of Emergency Surgery of University of Bologna. 37 (11%) subjects were over 80 years of age. A retrospective analysis was performed: the data collected included the mode of presentation of the patients, the location and Dukes' classification of the tumors, the incidence of radical and palliative operations, the causes of death and 30-day mortality.

Results: the most common emergency presentation was an intestinal occlusion (21 cases); the other different presentations were peritonitis (7 cases) and hemorrhage (9 cases). 22 patients underwent resection of the primary growth and anastomosis and 11 subjects had palliative intervention by creating a stoma only or bypass anastomosis without resection, 2 patients had an explorative laparotomy and 2 were inoperable. Our overall postoperative mortality was 14.2% and we registered 1 anastomotic leakage.

Discussion and Conclusions: emergency surgery for colorectal cancer in patients over 80 years of age can be performed safely without restrictions related to the age.

Key words: Colorectal cancer, emergency surgery, elderly.

In questo studio viene presentata la nostra esperienza nel trattamento chirurgico d'urgenza di tali neoplasie in pazienti con età maggiore di 80 anni.

Materiali e metodo

Dall'ottobre 1995 al dicembre 1999 5211 pazienti sono stati ricoverati presso il Servizio di Chirurgia d'Urgenza (Dir. Prof. O. Campione) del Policlinico S.Orsola di Bologna.

Di essi 323 (6.1%) erano affetti da carcinoma del colon retto.

37 (11%) pazienti avevano un'età maggiore o uguale a 80 anni.

La popolazione considerata era costituita da 24 donne e 13 uomini.

L'età media era di 86,5 anni (range 80-95).

È stata compiuta un'analisi retrospettiva della documentazione clinica e radiologica valutando il quadro clinico di esordio, la localizzazione, lo stadio secondo Dukes, il tipo di intervento chirurgico e l'esito alla dimissione.

Per definizione è stata considerata resezione radicale l'asportazione della neoplasia senza tumore residuo (carcinosi peritoneale o metastasi non resecabili).

Nella mortalità perioperatoria sono stati inclusi tutti i decessi prima della dimissione.

L'analisi statistica è stata compiuta con un test t di student.

Risultati

Nella figura 1 è riportata la stratificazione per età della popolazione considerata.

Le modalità di esordio, sempre come urgenze chirurgiche, sono state le seguenti:

occlusione intestinale = 21 pazienti; peritonite e perforazione = 7 pazienti; emorragia digestiva = 9 pazienti (Fig. 2).

22 pazienti sono stati sottoposti alla resezione del tumore primitivo: 18 resezioni radicali e 4 resezioni palliative.

11 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di diversione palliativa (con tumore lasciato in situ) di cecostomia o by-pass intestinale.

2 pazienti sono stati sottoposti a laparotomia esplorativa e 2 pazienti sono stati giudicati inoperabili (Fig. 3).

In solo un caso è stata differita la ricostruzione della continuità intestinale.

La localizzazione dei tumori è stata la seguente: ceco = 6 pazienti, colon ascendente = 7 pazienti, colon trasverso = 4 pazienti, colon discendente = 7 pazienti, sigma = 7 pazienti, retto = 6 pazienti (Tabella I).

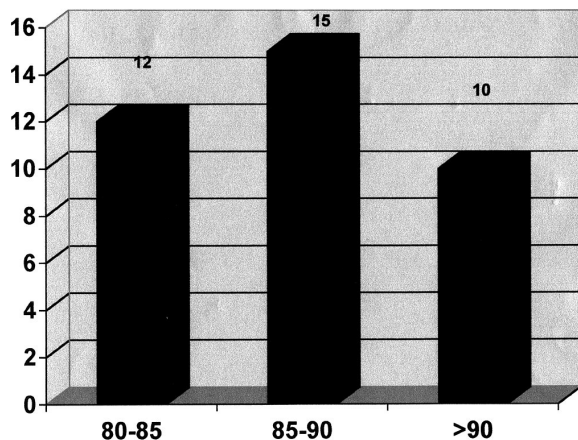


Fig. 1: Stratificazione per età del campione esaminato.

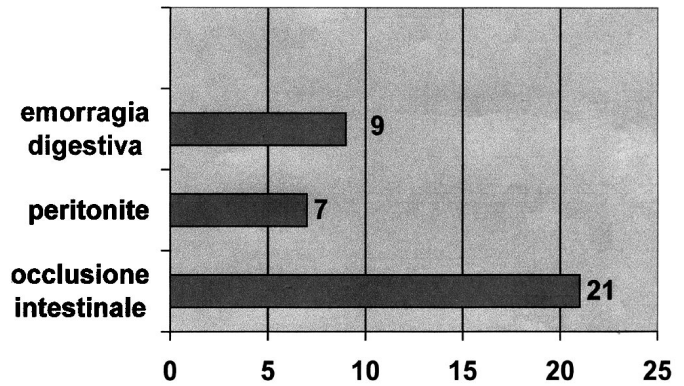


Fig. 2: Modalità d'esordio.

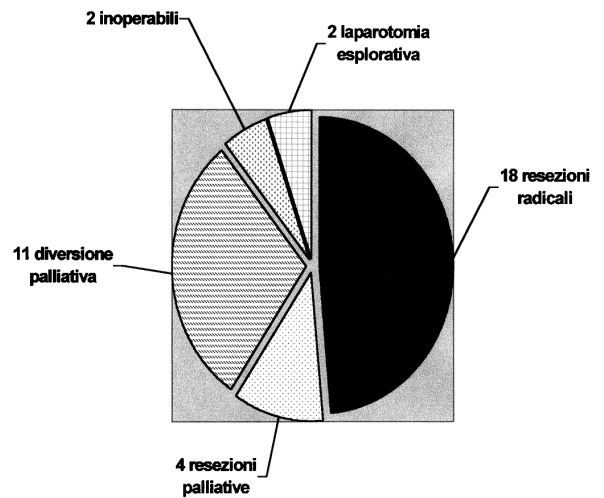


Fig. 3: Interventi eseguiti.

La stadiazione del tumore sec. Dukes determinata mediante l'esplorazione chirurgica e l'esame istologico (8) è risultato essere il seguente: A = 1 paziente; B = 9 pazienti; C = 8 pazienti; D = 19 pazienti (Tabella II).

La mortalità perioperatoria è stata del 14.2% (5/35 pazienti).

Il 27% dei pazienti (10/37) presentava un quadro di involuzione delle capacità cognitive con quadri significativi di demenza senile.

Inoltre il 48.6% di questi soggetti (18/37) era sofferente per una cardiopatia ischemica, il 27% (10/37) per una broncopneumopatia cronica ostruttiva e il 18.9% (7/37) per una diabete mellito tipo II.

Le complicanze postoperatorie sono state: 1 infezione della ferita, 1 deiscenza anastomotica, 1 infezione delle vie urinarie tutte risoltesi con terapia medica.

La differenziazione del tumore è risultata essere la seguente: ben differenziato = 1 caso, moderatamente differenziato = 17 casi, scarsamente differenziato = 3 casi, carcinoma in situ = 1 caso e nei restanti 15 casi non è stato possibile eseguire un esame istologico.

Tab. I – LOCALIZZAZIONE DEL TUMORE

Localizzazione	N° pazienti
Ceco	6
Colon ascendente	7
Colon trasverso	4
Colon discendente	7
Colon sigmoideo	7
Retto	6

Tab. I – STADIO SEC. DUKES

Stadio sec. Dukes	N° pazienti
A	1
B	9
C	8
D	19

In 6 pazienti al momento dell'esordio del tumore erano già presenti metastasi epatiche ed in 13 una carcinosi peritoneale.

In 3 casi si è inoltre dovuto procedere a resezione di organi adiacenti (utero, ileo, milza) ed in un caso di un segmento di parete addominale.

La durata media (\pm DS) degli interventi nel caso di resezioni radicali è stata di 145 minuti (\pm 44.7), nel caso di resezioni palliative di 186 minuti (\pm 32.5) e nel caso di diversioni palliative di 132 minuti (\pm 32.7) senza differenze statisticamente significativa tra i 3 gruppi.

La conta leucocitaria media (\pm DS) al ricovero dei pazienti peritonitici è stata di 16150 (\pm 6085), nei pazienti occlusi di 10157 (\pm 3602) ed in quelli emorragici di 10878 (\pm 2724) con differenza statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra il primo gruppo verso gli altri due.

Discussione e commento

Il cancro del colon retto rappresenta il tumore più frequente dell'apparato gastroenterico (1).

L'incidenza di tale neoplasia aumenta con l'età e dopo i 50 anni il rischio raddoppia ogni 7 anni (9).

In elezione la terapia chirurgica di tale patologia risulta ampiamente standardizzata con bassa morbilità e mortalità (10).

Circa il 20% dei pazienti con questa neoplasia si presenta come urgenza chirurgica con occlusioni intestinali, perforazioni, emorragie digestive (11).

La chirurgia d'urgenza del cancro del colon retto nel soggetto anziano rappresenta quindi un problema di stretta attualità. In emergenza i pazienti anziani hanno a loro sfavore l'età, lo stadio avanzato del tumore e la presenza di eventuali patologie concomitanti (7).

Nella nostra casistica l'esordio clinico più frequente è sta-

to l'occlusione intestinale (56,7%): esso risulta essere l'esordio clinico più frequente anche in altre casistiche riportate in letteratura. (7, 11, 12, 13). In 7 pazienti vi era una perforazione intestinale a livello della neoplasia. Alcuni autori hanno riferito un'augmentata mortalità nei pazienti con perforazione neoplastica (7): in caso di perforazione prossimale al tumore e conseguente peritonite è stata difatti descritta una letalità del 40% che combinata all'età avanzata e all'intervento chirurgico d'urgenza raggiunge il 50% (12, 13).

Tale dato è confermato dalla nostra casistica in quanto dei 3 dei 5 decessi che riportiamo sono avvenuti nel gruppo di pazienti peritonitici con perforazione intestinale.

È rilevante l'alta percentuale di interventi resettivi tra i nostri pazienti (59.4%).

Questo potrebbe essere discutibile nel caso di resezioni palliative in pazienti con carcinosi peritoneale o comunque tumore residuo (metastasi epatiche).

Difatti alcuni autori affermano che la diversione palliativa necessita di un minor tempo operatorio e quindi rappresenta un minore stress per il paziente (7).

Altri studi invece suggeriscono nel caso di tumori avanzati la resezione palliativa al posto delle procedure di diversione in quando gravate da maggiore mortalità. (14) Questo dato è da noi condiviso in quanto nessuno dei nostri decessi è avvenuto nei pazienti sottoposti a resezione palliativa mentre dobbiamo registrare due decessi tra quelli sottoposti a diversione palliativa.

A fronte di un effettivo maggior tempo operatorio medio (180 vs 130 minuti) registriamo una morbilità nulla sia nel gruppo di pazienti sottoposti a resezione palliativa che in quelli sottoposti a diversione.

Altro motivo di discussione potrebbe essere l'esigua percentuale di pazienti sottoposti ad intervento in due tempi. Alcuni chirurghi difatti preferiscono tale procedura chirurgica perché sembra essere gravata da una minore morbilità (4). In realtà negli ultimi anni si è concretizzato un atteggiamento più aggressivo (15, 16, 17) che è stato da noi condiviso con la tendenza a eseguire contemporaneamente l'intervento resettivo e ricostruttivo. La bassa percentuale di deiscenze anastomotiche 4.7% (1/21) conferma la validità della nostra scelta terapeutica.

Per quel che riguarda la localizzazione delle neoplasie nella nostra casistica essa è stata piuttosto uniforme essendo tutti i segmenti del colon ugualmente rappresentati. Alcuni studi riportano una prevalenza di tumori del colon destro nei pazienti maggiori di 80 anni riconducibile ad una presunta miglior sorveglianza endoscopica del colon sinistro (18).

Vi sono autori che riportano mortalità e morbilità maggiori per i tumori del colon sinistro e sigma soprattutto dopo resezione e ricostruzione in un tempo unico (16).

La nostra esperienza conferma anche questo dato essendo il 60% (3/5) dei decessi in pazienti con neoplasie localizzate al colon sinistro e sigma e l'unica deiscenza in un paziente con tumore localizzato al sigma.

Un altro dato molto evidente è l'alta percentuale di tumori in stadi avanzati: 19 su 37 pazienti (51.3%) era in uno stadio D sec. Dukes. In effetti i pazienti trattati in urgenza si presentano spesso con un stadio tumorale avanzato (16).

Tuttavia la mortalità perioperatoria non sembra essere correlata con lo stadio sec. Dukes del tumore (7). Nella nostra serie di pazienti invece 4/5 decessi si sono verificati nel gruppo di soggetti con neoplasia avanzata.

L'età avanzata è di per sé associata ad un maggior rischio di mortalità postoperatoria (14). Anderson riporta una mortalità perioperatoria per interventi chirurgici d'urgenza per cancro del colonretto in pazienti di età maggiore di 75 anni del 28%. (13), Waldron (4) del 38% in pazienti >70 anni, Jensen del 13% (19).

In un recente lavoro viene segnalata una mortalità perioperatoria del 50% in pazienti con più di 80 anni sottoposti a chirurgia d'urgenza per cancro del colon-retto. (14); in altri studi sono d'altre parte riportate mortalità postoperatorie dal 10% al 20% (20, 21, 22).

L'aumentata mortalità è stata attribuita ad un'aumentata incidenza di infezioni, deiscenze anastomostiche e broncopolmoniti ed in genere all'insufficiente preparazione del paziente all'intervento (3).

La presenza di concomitanti problematiche mediche risulta essere determinante. (5) La coesistenza di patologie cardiache, polmonari o diabete aumenta difatti significativamente la mortalità (7). Fondamentale risulta essere quindi la terapia di tali patologie (22).

Alcuni autori suggeriscono addirittura il trasferimento in terapia intensiva di tutti i pazienti maggiori di 80 anni sottoposti ad intervento per carcinoma coloretale (18).

Quasi il 50% nei nostri pazienti era affetto da una cardiopatia ischemica senile, il 30% da un broncopneumopatia cronica ostruttiva, il 20% da diabete mellito tipo II. Questo conferma l'importanza di tale problematica anche nella nostra esperienza anche se non è stata fonte di particolare morbilità.

La sopravvivenza totale a 5 anni nei soggetti con più di 80 anni operati in modo radicale per cancro del colon-retto è del 24% (24). Non vi è differenza nella sopravvivenza a lungo termine dopo intervento per carcinoma del colon retto non in urgenza i soggetti di età inferiore o superiore ai 70 anni (2, 25). La sopravvivenza a distanza nel caso di interventi d'urgenza è però nettamente inferiore (2, 13) Ovviamente tale dato è fortemente influenzato dallo stadio del tumore.

Altro risultato che merita di essere commentato è il fatto che il 27% dei pazienti avesse un quadro di involuzione delle capacità cognitive con quadri significativi di demenza senile. Questo aspetto è scarsamente enfatizzato in letteratura ma risulta essere invece di fondamentale importanza per scelte terapeutiche più o meno aggressive.

I pazienti anziani dimostrano una limitata resistenza alle infezioni (11) e quindi maggiori tassi di infezione della ferita. Tale complicanza si è verificata in 1/37 dei nostri pazienti (2.7%) comparabile però con l'incidenza di tale

complicanza in pazienti più giovani della nostra casistica (26).

La diminuita risposta immunologica dei pazienti anziani è dimostrabile da una leucocitosi inadeguata rispetto allo stato infettivo in atto (7). La leucocitosi media nei nostri pazienti peritonitici è stata di 16150 compatibile con una discreta risposta immunologica.

Infine un commento merita l'atteggiamento del chirurgo. È noto che i tumori del colon-retto che si presentano in emergenza hanno minor probabilità di essere resecati rispetto a quelli che si presentano in elezione (27). Questo a causa di un atteggiamento più aggressivo e ottimistico del chirurgo durante la chirurgia d'elezione. Alcuni pazienti trattati in urgenza quindi potrebbero ricevere una chirurgia subottimale.

La nostra esperienza dimostra invece un'attitudine ad eseguire interventi resettivi e i nostri buoni risultati dimostrano la validità di questa scelta terapeutica.

Conclusioni

Concludendo una diagnosi precoce di tali neoplasie potrebbe fare sì che diminuiscano gli esordi in urgenza di tali tumori. Essa difatti risulta essere importantissima onde evitare interventi chirurgici d'urgenza comunque gravati da mortalità e morbilità consistenti con tumori già ad uno stadio avanzato.

Riassunto

Introduzione: nei soggetti anziani i tumori del colon retto hanno un'elevata incidenza di esordi acuti che necessitano di terapia chirurgica d'urgenza. La chirurgia d'urgenza per questa patologia è gravata da un'importante mortalità e morbilità perioperatoria con un incremento progressivo con l'aumentare dell'età. Per questi pazienti essa deve essere un compromesso tra il minimo stress chirurgico possibile e la massima radicalità oncologica. In questo studio viene presentata la nostra esperienza nel trattamento chirurgico d'urgenza di tali neoplasie in pazienti con età maggiore di 80 anni.

Metodi: dall'ottobre 1995 al dicembre 1999 323 pazienti affetti da carcinoma del colon retto sono stati operati presso la nostra Unità Operativa. Di essi 37 (11%) pazienti avevano un'età maggiore o uguale a 80 anni. La popolazione considerata era costituita da 24 donne e 13 uomini. L'età media era di 86,5 anni (range 80-95). L'analisi statistica è stata compiuta con un test t di student.

Risultati: le modalità di esordio, sempre come urgenze chirurgiche, sono state le seguenti: occlusione intestinale = 21 pazienti; peritonite e perforazione = 7 pazienti; emorragia digestiva = 9 pazienti. 22 pazienti sono stati

sottoposti alla resezione del tumore primitivo, 11 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di diversione palliativa (con tumore lasciato in situ) di cecostomia o bypass intestinale. 2 pazienti sono stati sottoposti a laparotomia esplorativa e 2 pazienti sono stati giudicati inoperabili. La mortalità perioperatoria è stata del 14.2% (5/35 pazienti). Le complicanze postoperatorie sono state: 1 infezione della ferita, 1 deiscenza anastomotica, 1 infezione delle vie urinarie tutte risoltesi con terapia medica. In 6 pazienti al momento dell'esordio del tumore erano già presenti metastasi epatiche ed in 13 una carcinosi peritoneale. La durata media (\pm DS) degli interventi nel caso di resezioni radicali è stata di 145 minuti (\pm 44.7), nel caso di resezioni palliative di 186 minuti (\pm 32.5) e nel caso di diversioni palliative di 132 minuti (\pm 32.7) senza differenze statisticamente significativa tra i 3 gruppi.

Discussione e Conclusioni: è rilevante l'alta percentuale di interventi resettivi tra i nostri pazienti. (59.4%). È noto che i tumori del colonretto che si presentano in emergenza hanno minor probabilità di essere resecati rispetto a quelli che si presentano in elezione. Questo a causa di un atteggiamento più aggressivo e ottimistico del chirurgo durante la chirurgia d'elezione. Alcuni pazienti trattati in urgenza quindi potrebbero ricevere una chirurgia subottimale. La nostra esperienza dimostra invece un'attitudine ad eseguire interventi resettivi e i nostri buoni risultati dimostrano la validità di questa scelta terapeutica.

Parole chiave: Cancro colo-rettale, chirurgia d'urgenza, anziano.

Bibliografia

- 1) Arnaud J.P., Schloegel M., Ollier J.C., Adloff M.: *Colorectal cancer in patients over 80 years of age*. Dis Colon Rectum, 34(10):896-8, 1991.
- 2) Avital S., Kashtan H., Hadad R., Werbin N.: *Survival of colorectal carcinoma in the elderly. A prospective study of colorectal carcinoma and a five-year follow-up*. Dis Colon Rectum, 40(5):523-29, 1997.
- 3) Canivet J.L., Damas P., Desai C., Lamy M.: *Operative mortality following surgery for colorectal cancer*. Br J Surg, 76:745-7, 1989.
- 4) 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(3):214-6, 1986.
- 5) Irvin T.T.: *Prognosis of colorectal cancer in the elderly*. Br J Surg, 75(5):419-21, 1988.
- 6) Umpleby H.C., Bristol J.B., Rainey J.B., Williamson R.C.N.: *Survival of 727 patients with single carcinoma of the large bowel*. Dis Colon Rectum, 27:803-10, 1981.
- 7) Koperna T., Kisser M., Schulz F.: *Emergency surgery for colon cancer in the aged*. Arch Surg, 132(9):1032-7, 1997.
- 8) Dukas C.E., Bussey H.J.: *The spread of rectal cancer and its effect on prognosis*. Br J Cancer, 12:309-20, 1958.

- 9) Donald J.J., Burehenne H.J.: *Colo-rectal cancer: can we lower the death rate in the 1990's?* Can Fam Physician, 39:107-14, 1993.
- 10) Jatzko G., Lisborg P., Wette V.: *Improving survival rate for patients with colorectal cancer*. Br J Surg, 79:588-591, 1992.
- 11) Runkel N.S., Schlag P., Schwarz V., Herfarth C.: *Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine*. Br J Surg, 78(2):183-8, 1991.
- 12) Payne J.E., Chapuis P.H., Pheils M.T.: *Surgery for large bowel cancer in people aged 75 years and older*. Dis Colon Rectum, 29(11):733-7, 1986.
- 13) Anderson J.H., Hole D., McArdle C.S.: *Elective versus emergency surgery for patients with colorectal cancer*. Br J Surg, 79(7):706-9, 1992.
- 14) Edna T.H., Bjerkeset T.: *Colorectal cancer in patients over 80 years of age*. Hepatogastroenterology, 45(24):2142-5, 1998.
- 15) Fielding L.P., Stewart-Brown S., Blesovsky L.: *Large bowel obstruction caused by cancer: a prospective study*. Br Med J, II: 515-17, 1979.
- 16) Phillips R.K.S., Hittinger R., Fry J.S., Fielding L.P.: *Malignant large bowel obstruction*. Br J Surg, 72:296-302, 1985.
- 17) Buechter K.J., Boustany C.H., Caillouette R., Cohn I.: *Surgical management of the acutely obstructed colon*. Am J Surg, 156:163-8, 1988.
- 18) Spivak H., Maele D.V., Friedman I., Nussbaum M.: *Colorectal surgery in octogenarians*. J Am Coll Surg Jul, 183(1):46-50, 1996.
- 19) Jensen H.E., Nielsen J., Balslev I.: *Carcinoma of the colon in old age*. Ann Surg, 171:107-15, 1970.
- 20) Adloff M., Ollier J.C., Schloegel M., Arnaud J.P., Serrat M.: *Colorectal cancer in patients over the age of 80 years*. Ann Chir, 47(6):492-6, 1993.
- 21) Lindmark G., Pahlman L., Enblad P., Glimelius B.: *Surgery for colorectal cancer in elderly patients*. Acta Chir Scand, 154(11-12):659-63, 1988.
- 22) Ceragioli T., Nervi M., Marrucci G., Marioni A., Giuliani L.: *Colorectal carcinoma in the elderly. Assessment of prognostic factors*. Minerva Chir, 50(3):185-9, 1995.
- 23) Turtler A., Schafer H., Pichmaier H.: *Role of transanal endoscopic microsurgery in the palliative treatment of rectal cancer*. Scand J Gastroenterol, 32:110-118, 1997.
- 24) Johnson J.C.: *Surgical assessment in the elderly*. Geriatrics, 43:83-90, 1988.
- 25) Kingston R.D., Jeacock J., Walsh S., Keeling F.: *The outcome of surgery for colorectal cancer in the elderly: a 12-year review from the Trafford database*. Eur J Surg Oncol, 21:514-16, 1995.
- 26) Tonini V., Cervellera M., Pasqualini E., Bettini D., Campione O.: *Antibiotic prophylaxis in emergency colorectal surgery: a 3 year prospective study of 300 patients*. Hepato-Gastroenterology, 47 Suppl. II: CCCV, 2000.
- 27) Violi V., Pietra N., Grattarola M., Sarli L., Choua O., Roncoroni L., Peracchia A.: *Curative surgery for colorectal cancer: long-term results and life expectancy in the elderly*. Dis Colon Rectum, 41(3):291-8, 1998.

Commento

Commentary

Prof. Dario D'ABBICCO

Prof. Giovanni Martino BONOMO

Università degli Studi di Bari

Le problematiche terapeutiche inerenti i pazienti in età geriatrica rappresentano oggi un interessante e valido argomento di discussione e di approfondimento scientifico e culturale (1, 2).

È indubbio, infatti, un significativo aumento della vita media della popolazione e, di conseguenza, è importante che ogni scelta terapeutica sia analizzata con attenzione, tenuto conto che i pazienti geriatrici si presentano oggi e si presenteranno in futuro sempre più alla osservazione del mondo sanitario. Questo perché il paziente geriatrico è sicuramente un paziente diverso, o per lo meno più delicato, per tutta una serie di concomitanze fisiopatologiche che, sommate fra loro, lo rendono abissognevole di una condotta terapeutica che tenga conto di problemi multifattoriali (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Sicuramente in quest'ottica si è sviluppato il lavoro degli Autori, che ha analizzato il trattamento in urgenza per occlusione intestinale da cancro colo-rettale nei pazienti di età superiore agli 80 anni.

Analizzando la letteratura internazionale, numerosi sono i lavori scientifici che affrontano tale tematica e, in linea generale, gli argomenti in discussione riguardano l'alto rischio con cui spesso è valutato il paziente anziano, la preferenza di trattamenti conservativi (considerati prudenti e ragionevoli per l'elevata incidenza di complicanze postoperatorie) e, pertanto, la modifica dell'approccio chirurgico (9, 10).

A tale proposito gli Autori affermano che non debbano esserci sostanziali modificazioni del trattamento chirurgico, e ciò è in effetti giustificato dal fatto che come si evince in letteratura (e come anche noi confermiamo dall'esperienza personale) la prognosi nei pazienti anziani risulta essere correlata più al controllo della mortalità postoperatoria immediata e della morbilità che al tumore di per se stesso, fattori questi determinati dallo stato generale e dalla presenza di elementi di comorbidità soprattutto cardiovascolare e respiratoria) che richiedono un impegno, terapeutico paritetico, se non primario (7, 8, 11, 12).

Pertanto un trattamento resettivo exeretico della neoplasia va perseguito ogni qualvolta possibile, permettendo di risolvere la complicanza oclusiva contemporaneamente alla rimozione del tumore. Tra l'altro (e questo dato non concorda con quanto affermato dagli Autori) alla complicanza oclusiva non corrisponde necessariamente uno stadio avanzato di neoplasia che, se pur presente non esime dal perseguire, ogni qualvolta possibile, un progromrna resettivo (1, 7, 8).

Soltando, nei pazienti in condizioni generali gravemente scadute, a tal punto da rendersi improponibile il provvedimento exeretico, va attuato il solo procedimento derivativo, al fine di risolvere con immediatezza la complicanza oclusiva, rinviando il trattamento ablativo della neoplasia ad un momento successivo (non oltre 10-15 giorni), in cui siano ripristinate condizioni cliniche più soddisfacenti (7, 8).

Il ripristino in prima istanza della continuità intestinale viene effettuato solo allorquando vi siano condizioni locali e generali che offrano sufficienti garanzie di tenuta dell'anastomosi. Infatti le assai probabili lesioni arteriosclerotiche dei vasi colici presenti nell'anziano, la colite ischemica in caso di occlusione colica inveterata, la peritonite in caso di associata perforazione, pongono a rischio di deiscenza ancora maggiore un'anastomosi confezionata in condizioni già di per sé non ideali per la frequente disprotidemia del paziente neoplastico, ancor più se anziano, per la non rara condizione di malnutrizione di quest'ultimo (7, 8, 13, 14, 15).

In assenza di requisiti che garantiscono una buona tenuta anastomotica, è opportuno non lasciarsi tentare dal ripristinare una inaffidabile continuità intestinale. Nei casi dubbi, qualora non si rinunci al confezionamento dell'anastomosi, è opportuno proteggere la stessa con una stomia a monte.

A questo proposito sarebbe stato utile un riferimento più preciso, da parte degli Autori, al tipo di trattamento, resettivo adottato, soprattutto in merito alle localizzazioni neoplastiche del colon sinistro del retto che, allorquando complicate da occlusione, pongono i maggiori problemi in merito al ristabilimento immediato o in più tempi della continuità intestinale. Tanto più riguardo la problematica (peraltro solo accennata) inerente la presenza di demenza senile e alle difficili implicazioni (già di per sé gravose) del confezionamento di una stomia in pazienti dall'equilibrio psico-emotivo così fragile.

Il riscontro di cancro colo-rettale in età geriatrica, attualmente in reale incremento, pone in risalto la necessità di realizzare ampi programmi di screening, quanto meno in popolazioni a rischio di tale neoplasia, al fine di giungere a una diagnosi quanto più precoce possibile.

L'età avanzata del paziente non condiziona di per sé la scelta del trattamento, subordinata piuttosto alle condizioni generali e locali, nè costituisce fattore prognostico sfavorevole in assoluto, grazie ai notevoli progressi attuati negli ultimi anni in campo chirurgico, anestesilogico, nutrizionale.

Il più frequente riscontro in età geriatrica di condizioni generali e locali compromesse rende ragione di una condotta chirurgica più spesso improntata nell'anziano a maggiore prudenza, pur costituendo punti fermi della tattica chirurgica l'exeresi del tumore in prima istanza ogni qualvolta possibile (e non il semplice trattamento della sola complicanza oclusiva) e, in assenza di controindicazioni, l'immediato ripristino della continuità intestinale, eventualmente protetta da stomia a monte nei casi di dubbia tenuta.

Therapeutical problems concerning elderly patients are today an interesting subject for a scientific and cultural deepening. No doubt, given a significant increase in average life span, elderly patients will increasingly need attention from the medical world. And an elderly patient is a particular one, due to a number physiopatological cocomitancies demanding therapeutical treatment which takes into account multifactorial problems.

The authors' work describes emergency treatment for intestinal occlusion related to colorectal cancers patients over eighty years old. In international literature many scientific works confronting these themes mainly refer to an increased risk in old age, pointing to conservative treatment (seen as cautions and reasonable, given the high incidence of post-operative complications) and thus to a particular surgical approach.

In these respects the authors maintain that substantial changes in surgical treatment are not requested since (as literature and our personal experience confirm) prognosis in elderly patients, rather than to the cancer in itself, is more related to immediate post-operation mortality and morbidity, which in their turn, depend largely on the general health conditions and on the presence of co-morbidity factors (especially cardiovascular and respiratory) demanding a special, often primary, therapeutical care.

On that account, an excretal resective treatment of the neoplasm, if possible, is strongly recommended to clear up the occlusion and, at the same time, to remove the cancer.

Arguably, occlusion is not necessarily related to an advanced stage of the neoplasm which, if present, does not exempt from a resective program in order to rapidly resolve the occlusive complication.

A more derivative procedure is only suggested in patients with poor general health condition, in which the excretal procedure is postponed at the moment (within 10-15 days) when clinical condition prove more adequate.

Anastomosis to restore intestinal continuity can be executed only with sufficient local and general condition.

Infact, the possible arteriosclerotal lesions in colic vessels, ischaemic colitis in inveterate colic occlusion and peritonitis in case of perforation, may cause dehiscence in anastomosis carried out in bad conditions due, especially in neoplastic and aged patients, to malnutrition.

In dubful cases, a convenient ostomy is recommended to protect the anastomosis.

A more exact reference by the authors to the kind of resective treatment adopted would have been appreciated, principally with regards to left rectum colon cancers which, if complicated by an occlusion, make the restoring of intestinal continuity particularly difficult.

And this is a particular serious issue in patients afflicted with senile dementia for the psichological implications releted to such a treatment.

The increase of colo-rectal cancers in old age suggests the need of large scale screening programs, at least in populations at a greater risk for this kind of neoplasm, in order to obtain an early diagnosis.

The choice of treatment, largely depending on general and local conditions, is not affected by the patient age in itself and, thanks to the new advanced techniques in surgical, anaesthesiological and nutritional fields, is not an absolute adverse prognostic factor.

So, a more cautions surgical behaviour towards elderly patients, deseending from frequently poor general and local health conditions, does not exclude cancer exeresis, when possible (and not simply the treatment of occlusion) and the immediate restoring of intestinal continuity, if necessary protected by a convenient ostomy in doubtful cases.

Bibliografia

- 1) Bonomo G.M., Margari A., D'Abbicco D., Amoruso M.: *Nostri indirizzi nel trattamento del cancro colon-rettale*. Ann Ital LXX, 6:929-931, 1999.
- 2) Leggeri A., Balani A., Turollo A., Scaramucci M., Braini A.: *Attuali orientamenti in tema di trattamento del carcinoma del retto*. Ann Ital Chir, LXXI, 5:585-586, 2000.
- 3) Nacchiero M., Runieri G., Treglia A.L., Bonomo G.M.: *Occlusioni acute intestinali nell'anziano: considerazioni sulla più recente esperienza personale*. II Congr Naz Soc. It. Chir. Geriatrica, Palermo 23-26 novembre 1988, pp. 447-8.
- 4) Garofalo G., Miniello S., Nacchiero M., Petracca G., Bonomo G.M.: *Il trattamento del cancro colon-rettale complicato in età geriatrica*. Chirurgia, vol. 2, n. 6, pagg. 297-300, 1989, Giugno.
- 5) Miniello S., Petrarota N., Bonomo G.M.: *Il trattamento chirurgico dell'occlusione colica da cancro in età geriatrica*. Atti VI Congr Naz Soc. Ital. Chir. Geriatrica, Napoli 23-26 settembre 1992, pp.189-94.
- 6) Bonomo G.M.: *Problemi terapeutici nel cancro avanzato del colon sinistro e del sigma-retto*. Simposio Editoriale Rivista Ital Colon-Proct, vol. 14, n. 3, pp. 123-7, luglio 1995.
- 7) Miniello S., Murzaioni R., D'Abbicco D., Bonomo G. M.: *Il trattamento chirurgico del cancro avanzato del colon-retto*. Atti XVII Congresso Nazionale SICO, Napoli, pp. 159-165, 19-21 settembre 1993.
- 8) Miniello S., D'Abbicco D., Rizzo M.I., Urgesi G., Epifani G.R., Bonomo G.M.: *L'occlusione neoplastica del colon*. Atti XXV Congresso Nazionale SICU, Bari, pp. 371-375, 31 Ottobre-2 Novembre 1997.
- 9) Miniello S., D'Abbicco D., Clemente O., Urgesi G., Epifani G.R., Bonomo G.M.: *L'occlusione neoplastica del colon in età geriatrica*. Atti XXV Congresso Nazionale SICU, Bari, pp. 352-357, 31 Ottobre-3 novembre 1997.
- 10) Houry S., Amenabar J., Rezvani A., Huguier M.: *Should patienis over 80 years old be operated on for colorectal or gastric cancer?* Hepato Gastroenterol, 41:521-5, 1994.
- 11) Fitzgerald S.D., Longo W.F., Daniel G.I., Vernava A.M. 3th: *Advanced colorectal neoplasia in the high-risk elderly patient is surgical resection justified?* Dis Colon Rectum, 36 (2):161-6, 1993.

- 12) Fabre J.M., Rouanet P., Ele N., Fagot H., Guillon F., Deixonne B., Balmes M., Doergue J., Baumel H.: *Colorectal carcinoma in patients aged 75 years and more: factors influencing short and long-term, operative mortality.* Int Surg, 78(3):200-3, 1993.
- 13) Makela J.T., Kiviniemi H., Laitinen S.: *Survival after operations for colorectal cancer in patients aged 75 years old or over.* Eur J Surg, 166:473-9, 2000.
- 14) Arenal J.J., Benito C., Concejo M.P., Ortega F.: *Colorectal resection primary anastomosis in patients aged 70 and older: prospective study.* Eur J Surg, 165(6):593-7, 1999.
- 15) Testini M., Margari A., Amoruso M., Lissidini G., Bonomo G.M.: *Le deiscenze nelle anastomosi colo-rettali: fattori di rischio.* Ann Ital Chir LXXI, 4:433-40, 2000.

Autore corrispondente:

Dott. Fausto CATENA
Via P. da Palestrina, 24
40141 BOLOGNA
Tel.: 0338/8560294 fax: 051/6364745
E-mail: faustocatena@hotmail.com