

Il cancro del colon complicato: esperienza di una Unità Operativa Chirurgica



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

E. Mascitelli, M.L. Vene, A. Tauro,
G. Sigismondi, N. Picardi

Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Sperimentali e Cliniche
Divisione Clinicizzata di Chirurgia Generale
Direttore: Prof. Nicola Picardi

Introduzione

Il trattamento chirurgico delle urgenze colo-rettali, già oggetto di molteplici studi, presenta ancora oggi un ulteriore motivo di interesse in considerazione dell'aumento della popolazione geriatrica che si accompagna ad un incremento d'incidenza delle forme già inizialmente complicate.

Gli sviluppi della tecnica chirurgica hanno permesso di perseguire in elezione un abbassamento della morbilità e della mortalità postoperatoria, un miglioramento della qualità di vita residua e anche, grazie alla terapia multimodale adiuvante e neoadiuvante, della sopravvivenza. In urgenza, invece, non ci si avvantaggia a pieno degli aggiornamenti tecnici, che sono oggi responsabili di questa riduzione di morbilità e mortalità operatoria, tipici della moderna chirurgia oncologica del colon se in elezione.

Pertanto, a dispetto della maggiore conoscenza dei fattori di rischio, delle migliorate possibilità di diagnosi precoce e perfezionamento delle tecniche sia chirurgiche che anestesiológicas-rianimatorie non hanno di fatto migliorato significativamente la percentuale di mortalità perioperatoria nei casi di cancro complicato. L'ostruzione, la perforazione ed il sanguinamento massivo rappresentano le principali complicanze che richiedono quasi sempre un trattamento chirurgico d'urgenza senza poter usufruire, dunque, della metodologia di preparazione del paziente

Abstract

CANCER COLON COMPLICATED: EXPERIENCE FROM AN OPERATIVE SURGICAL UNIT.

Introduction: *Prognosis of colon cancer is worse if complications are present at the moment of diagnosis. The high mortality rate with surgery in emergency in such cases needs a careful reflection about the best suitable operation to perform.*

Materials and methods: *107 consecutive patients observed along a 9 year-period for colon-rectal cancer are retrospectively analysed. 27 of them were complicated at the presentation for obstruction (19 patients), colon perforation (6 patients) or rectal hemorrhage (2 patients).*

In the whole experience 5 patients underwent primary resection of the tumour and direct anastomosis; 5 only a decompressive colostomy; 6 were primarily resected and anastomized under the protection of a ciecostomy; 6 other patients underwent a Hartmann procedure; 2 were treated with only an intestinal by-pass; 1 was treated with Miles procedure; 1 with an anterior rectal section and the last one was resected-anastomized in two steps, after a temporary decompressive colostomy.

Results: *Intraoperative mortality was of 11.1% (3 patients) and morbidity 18.5% (5 patients).*

General 5 years survival was 62.1% among the cases complicated at presentation. The recurrence rate was 8.45%. Both these figures are below a statistical significance ($p=0.57$).

Conclusions: *The necessity to treat in emergency the colon cancers reduces the possibility to adopt the best rules of modern programmed oncologic surgery giving up the chemotherapy and radiotherapy neoadjuvant with which a preoperative down-staging of the tumour were possible. For these reasons in emergency not only mortality and morbidity are higher than in case of elective surgery, but also metastatization and recurrence are worse because of a more difficult radicality in surgery.*

Key words: Cancer colon complicated.

in regime di elezione e sono gravate da una mortalità che rimane percentualmente del 30-40% in tutte le casistiche degli ultimi 30 anni (41).

Alla luce di questi fatti si è proceduto in maniera retrospettiva ad esaminare una casistica di 107 casi consecuti-

tivi di chirurgia del colon, di personale osservazione, 27 dei quali variamente complicati, per riconsiderare gli aspetti operativi di maggiore significato.

Casistica personale

L'analisi riguarda 107 pazienti ricoverati, nell'arco di 9 anni, presso la Divisione Clinicizzata di Chirurgia Generale dell'Università di Chieti per cancro del colon-retto. L'entità numerica limitata della casistica è in rapporto al numero di anni dell'osservazione ed alla relativa scarsità di abitanti del bacino di utenza.

Ventisette (26.5%) di essi presentavano una forma neoplastica complicata da occlusione, perforazione o emorragia.

In 19 casi si trattava di occlusione neoplastica con sede: al colon sinistro in 6 (31.6%), in 5 (26.3%) al trasverso, in 5 (26.3%) alla giunzione retto-sigmoidea ed infine 3 (15.8%) al colon destro (Tab I). I pazienti erano 8 maschi e 11 femmine, di età compresa tra i 35 ed i 87 anni con età media di 70 anni.

Tab. I – LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA

Colon sinistro	6 (31.6%)
Colon trasverso	5 (26.3%)
Giunz. retto-sigmoidea	5 (26.3%)
Colon destro	3 (15.8%)

Complicanza occlusiva

Nei 19 pazienti affetti da complicanza occlusiva la diagnosi è stata effettuata sulla base dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e di una radiografia diretta dell'addome. La diagnosi di sede e di natura della lesione è stata posta dopo esecuzione di un clisma opaco e/o di una colonoscopia che consideriamo indagini di prima scelta, con varia successione secondo i casi.

Per quanto riguarda la terapia chirurgica, quando le condizioni generali e locali del paziente lo consentivano, è stato effettuato il trattamento resettivo in un solo tempo; comunque resta una significativa quota di interventi eseguiti in due tempi (Tab. II).

Sono state eseguite 5 resezioni coliche con anastomosi diretta; in 4 casi, per mancata preparazione meccanica del colon in relazione all'urgenza, è stata eseguita la tecnica di Dudley (15) che prevede la completa toilette intestinale direttamente sul campo operatorio cui ha fatto seguito il confezionamento dell'anastomosi con ciecostomia di protezione; 1 resezione preceduta da derivazione del transito intestinale; 1 resezione secondo Hartmann e 2 by-pass interni. In 5 pazienti invece, è stata effettua-

Tab. II – DATI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

	Occlusione (19)	Perforazione (6)	Emorragia (2)
Resezione-anastomosi senza colostomia	5	-	-
Resezione-anastomosi con cecostomia	4	2	-
Intervento di Hartmann	2	4	-
By-pass intestinale	2	-	-
Resezione-anastomosi dopo colostomia deriv.	1	-	-
Solo colostomia deriv.	5	-	-
Intervento di Miles	-	-	1
Resezione anteriore del retto	-	-	1

ta in prima istanza una colostomia preliminare decompressiva, ma purtroppo in nessuno di questi ultimi malati è stato poi possibile un intervento di resezione sia per l'età avanzata e sia per la progressione della malattia; questi ultimi pazienti erano stati avviati a trattamento chemioantiblastico. Infine in un altro caso si è associata la tecnica di Hartmann a quella di Dudley per evitare comunque problemi di canalizzazione post-operatoria per l'intasamento fecale, rimandando la anastomosi ri-costruttiva a dopo un periodo di trattamento adiuvante.

Complicanza perforativa

In 6 casi il quadro d'esordio era stata una peritonite da perforazione del colon sia "in situ" che "diastatica" del cieco da carcinoma stenotico del colon sinistro o della giunzione retto-sigmoidea. La maggioranza di questi pazienti erano di età avanzata (79-92 anni) e quasi tutti di sesso femminile.

Nella maggior parte dei casi la radiografia diretta-addome era stata sufficiente per confermare la diagnosi clinica di perforazione colica.

Le metodiche chirurgiche attuate per questo tipo di complicanza sono state varie e dettate ciascuna dalla necessità del caso.

Quattro delle perforazioni osservate (2 localizzate a livello del colon sinistro, una in prossimità della giunzione retto-sigmoidea ed una "diastatica" cecale) avevano determinato un quadro di peritonite stercoracea e pertanto sono state trattate con intervento secondo Hartmann. Negli altri due pazienti, portatori di una perforazione molto recente (una del colon sinistro ed una in sede sigmoidea), è stata attuata la toilette e drenaggio del cavo peritoneale, resezione colica ed anastomosi in un unico tempo completando l'intervento con il confezionamento di una colostomia a monte a protezione dell'anastomosi per la mancata preparazione del lume colico.

Complicanza emorragica

I pazienti in cui l'esordio clinico della neoplasia era rappresentata da una emorragia digestiva bassa (interessante la giunzione retto-sigmoidea) di notevole entità, erano 2 ed entrambi di oltre 70 anni di età.

In ambedue i casi la perdita ematica è stata dominata farmacologicamente provvedendo alla stabilizzazione emodinamica del paziente.

La rettocolonscopia, utilizzata sempre a scopo diagnostico per la localizzazione della regione sanguinante, si è dimostrata esame sensibile e fondamentale anche in urgenza a scopo terapeutico per arrestare il sanguinamento.

Non abbiamo mai fatto ricorso alla angiografia selettiva o alla angioscintigrafia, poiché i pazienti sono stati avviati precocemente al trattamento chirurgico della neoplasia stessa. In un caso è stato effettuato l'intervento di Miles e nell'altro una resezione anteriore del retto.

Risultati

La mortalità perioperatoria globale è stata del 11.1% (3 pazienti) e cioè: un paziente occluso in cui la derivazione intestinale aveva preceduto la resezione, e 2 pazienti sottoposti direttamente ad intervento curativo di resezione-anastomosi, anch'essi ricoverati per patologia occlusiva.

L'incidenza globale delle complicanze è stata del 18.5% (5 pazienti). In particolare un fistola anastomotica si è verificata in 5 casi; in due è stato necessario, in un secondo tempo, il confezionamento di una derivazione intestinale per defunzionizzare la fistola.

Nei pazienti sottoposti a trattamento di resezione-anastomosi con colostomia la successiva ricanalizzazione non si è potuta effettuare in 2 casi per indisponibilità dei pazienti a sottoporsi ad un ulteriore intervento ed in un terzo per le cattive condizioni generali e l'età avanzata del paziente.

Dei 6 pazienti sottoposti ad intervento di Hartmann (due per complicanza occlusiva e quattro perforativa), la ricanalizzazione è stata effettuata in 3, mentre 2 pazienti hanno rifiutato il successivo intervento, e nel 6° è stato dilazionato a dopo un trattamento adiuvante.

Per confronto con il gruppo dei pazienti sottoposti ad intervento curativo in elezione, la mortalità è stata del 6.5% e la morbilità specifica del 18.8%.

Relativamente ai risultati a distanza, la sopravvivenza a 5 anni, nei pazienti osservati in urgenza, in cui l'intervento aveva finalità curativa, è stata del 62.1%. Le recidive sono comparse nell'8.45% dei casi. Nei malati operati in maniera curativa, in elezione, la sopravvivenza è stata del 71.6% e l'incidenza di recidive del 11.3%. La differenza di sopravvivenza e di incidenza di recidive non ha raggiunto un valore statisticamente significativo ($p=0.57$) (Tab. III).

Tab. III – RISULTATI

	<i>Emergenza</i>	<i>Elezione</i>
Mortalità	11.5%	6.5%
Recidive	8.45%	11.3%
Sopravvivenza a 5 anni	62.1%	71.6%

Conclusioni

L'occlusione intestinale, la perforazione e l'emorragia massiva sono le complicanze più frequenti di una neoplasia colo-rettale, che costringono il paziente a sottoporsi ad un intervento chirurgico d'urgenza nel 10-35% dei casi. L'analisi della casistica presentata e la revisione della letteratura sulla chirurgia d'urgenza delle neoplasie del colon-retto permette alcune considerazioni. Innanzitutto vengono sottovalutate e trascurate le campagne di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie, determinando tuttora una percentuale non trascurabile di pazienti che si ricovera d'urgenza per patologia neoplastica del grosso intestino fino a quel momento misconosciuta e spesso in stadio avanzato.

Minore attenzione dei familiari ai disturbi dei "vecchi" di casa, e ritardo di allarme e/o diagnosi; sintomi come stipsi, piccole emorragie intestinali e dolori addominali di solito vengono sottovalutati e quando si presentano al pronto soccorso la malattia è al III-IV stadio in molti pazienti, di solito geronti, con problematiche che riguardano l'apparato cardiovascolare e quello respiratorio che più spesso mettono in dubbio la stessa sopravvivenza.

Molto importante è invece la diagnosi precoce della sede neoplastica, e questa diventa essenziale se il malato è affetto da complicanza emorragica; infatti l'esame migliore, a questo proposito per la nostra esperienza, è la endoscopia. Questa metodica permette di attuare un intervento radicale di resezione-anastomosi se eseguita con diligenza e tempestività nell'individuare la regione sanguinante, evitando così al paziente un intervento chirurgico fuori bersaglio o troppo demolitivo.

Altro punto essenziale considerato nella nostra analisi è l'efficacia del lavaggio peritoneale abbondante con soluzione fisiologica tiepida e medicata con antibiotici in caso di perforazione, in quanto se si riesce a decontaminare in maniera significativa il peritoneo dalle feci si può optare per un intervento radicale di resezione-anastomosi diretta protetta di regola da una colostomia derivativa. In alternativa si può lavare il campo peritoneale con polivinilpirrolidone-iodio.

Infine nel caso di cancro complicato da occlusione, se vi è la possibilità di pulire il lume intestinale in modo tale che non vi siano residui fecali, possiamo non ricorrere all'Hartmann ed adottare la tecnica di Dudley, metodica di cui abbiamo esperienza positiva, ma sempre lasciando una colostomia o ciecostomia a protezione.

L'analisi della presente casistica, senza la pretesa di fornire dati statistici, dimostra in modo osservazionale come la condizione di urgenza rivesta un ruolo significativo nella prognosi a breve termine con una morbilità non trascurabile.

Vari studi hanno dimostrato i migliori risultati della chirurgia elettiva rispetto alla chirurgia d'urgenza specialmente nei confronti del cancro colo-rettale, con mortalità operatoria del 9% vs 19% ed una sopravvivenza a 5 anni del 37% vs il 19% dovute all'alta incidenza in urgenza di infezioni, deiscenze anastomotiche e di broncopolmoniti nonché alla cattiva preparazione cardio-respiratoria (5).

La necessità di trattare questi pazienti in urgenza, quindi senza una idonea preparazione e stadiazione della malattia, limita in parte quello che oggi è l'approccio multidisciplinare della malattia neoplastica. Si deve infatti rinunciare di necessità alla chemioterapia e/o radioterapia neoadiuvante con cui si può ottenere un down-staging del tumore nonché un controllo sulle metastasi a distanza ed una riduzione delle recidive locali permettendo un intervento chirurgico radicale. In caso di chirurgia oncologica d'urgenza questa condizione viene a mancare con importanti ripercussioni sulla sopravvivenza a distanza.

Bibliografia

- 1) American Society For Gastrointestinal Endoscopy: *The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding. Guidelines for clinical applications*. Gastrointest Endosc, 48:685-8, 1998.
- 2) Arnaud J.P., Bergamaschi R.: *Emergency sub-total colectomy with anastomosis acutely obstructed carcinoma of the left colon*. Dis Colon Rectum, 37:685, 1994.
- 3) Blidaru P., Blidaru A.: *L'attitude chirurgicale en urgence dans le neoplasme colorectal compliqué (stenosant/perforé)*. The Journal of Emergency Surgery, 18:57, 1995.
- 4) Bolognese A., Galati G., Patrizi G., Fiori E., De Cesare A., Izzo L., Barbaros A.: *Le urgenze nel carcinoma colo-rettale: nostra esperienza*. Ann Ital Chir, 72(2); 481-483, 2001.
- 5) Brown S.C.W., Walsh S., Abraham J.S., Sykes P.A.: *Risk factors and operative mortality in surgery for colon-rectal cancer*. Ann R Coll Surg Engl, 73:269, 1991.
- 6) Buechter J.K., Boustany C., Caillohet R., Cohn I.: *Surgical management of the acutely obstructed colon*. Am J Surg, 156:163, 1998.
- 7) Campisi C., Casaccia M.: *Ruolo della chirurgia mini-invasiva nelle occlusioni del colon*. Soc It Chir, 285-291, 1996.
- 8) Caracò A. et al.: *Le urgenze chirurgiche nella patologia oncologica del retto nei pazienti anziani*. Settimana Chir Ital, 131-147, Roma, 1996.
- 9) Catena F., Pasqualini E., Avanzolini A., Gagliardi S., Tonini V., Mingolla P., Campione O.: *La chirurgia d'urgenza per cancro colo-rettale negli ultranovantenni*. Ann Ital Chir, 72 (2), 491-493, 2001.
- 10) Cennamo A.: *Le grandi emorragie digestive. La diagnostica biochimica, strumentale e radiologica*. Settimana Chir Ital, 291-299, Roma, 1996.
- 11) Cirino E. et al.: *Il trattamento chirurgico delle occlusioni intestinali da neoplasia del colon retto nell'anziano*. Atti XI S.I.C.G., Pescara, 1997.
- 12) Deans G.T. et al.: *Malignant obstruction of the left colon*. Br J Surg, 81:1270-1276, 1994.
- 13) Del Commuto P., Del Papa U., Faccia M., Astolfi A., Cellini G.: *Il carcinoma del cieco: è possibile una diagnosi precoce*. Ann Ital Chir, LXIII, 4:489-494, 1992.
- 14) Di Carlo V., Andreoni B., Staudacher C.: *Manuale di chirurgia d'urgenza e terapia intensiva chirurgica*. Edizione 2, Masson, 1993.
- 15) Fabiani P., Maghetti F.: *Il lavaggio intraoperatorio anterogrado del colon sinistro occluso*. Ann Ital Chir, LXVII, 2:171, 1996.
- 16) Fallahzadeh H.: *Preexisting disease as a predictor of the outcome of colectomy*. Ann J Surg, 162:497, 1991.
- 17) Fenlon H.M.: *Occlude colon carcinoma virtual colonoscopy in the preoperative evaluation of the proximal colon*. Radiology, 210:413, 1999.
- 18) Feo C.V., Zerbinati A., Giacometti M., Romanini B., Pansini G.C., Liboni A.: *La lunghezza ideale del ricovero per il trattamento chirurgico del cancro colo-rettale*. Ann Ital Chir, LXXIII, 1:13-16, 2002.
- 19) Fenlon H.M., Barish M.A., Ferrucci J.T.: *Virtual colonoscopy. Technique and applications*. Ital J Gastroenterol Hepatol, 31:713-20, 1999.
- 20) Garcia-Valdecasas J.C., Llovera S.M.: *Obstructing colorectal carcinoma - prospective study*. Dis Col Rect, 34:759, 1991.
- 21) Iarussi T., Mascitelli E., Taraborrelli M., Gidaro G.S.: *Le peritoniti nel paziente anziano*. Giorn Chir, 7:385, 1986.
- 22) Innocenti P., Napolitano L., Aceto L., Di Bartolomeo N., Di Mola F., Waku M., Bianco F.: *Chirurgia laparoscopica del colon-retto. Risultati preliminari*. 7° Evento Speciale SICO "La Chirurgia laparoscopica in oncologia", Chieti 29-30 Marzo 2001 (Atti Congressuali).
- 23) Lau P.W.K., Chung-Yau Lo, Wai Lun Caw: *The role of one-stage surgery in acute left-sided colonic obstruction*. Am J Surg, 169:406, 1995.
- 24) Leggeri A., Roseano M., Balani A., Turola A.: *Urgenze nella patologia oncologica del retto: le occlusioni*. Settimana Chir Ital, 93-102, Roma, 1996.
- 25) Leggeri A., Balani A., Turola A., Scaramucci M., Braini A.: *Attuali orientamenti in tema di trattamento del carcinoma del retto*. Ann Ital Chir, LXXI, 5:577-586, 2000.
- 26) Lehur P.A., Petiot J.M., Leborgne J.: *L'irrigation colique preoperative en chirurgie colo-rectale d'urgence*. Ann Chir, 44:348, 1990.
- 27) Magistrelli P. et al.: *Urgenza emorragica nella patologia neoplastica del retto*. Settimana Chir Ital, 103-110, Roma, 1996.
- 28) Martino A. et al.: *Anastomosi primaria nell'occlusione colica neoplastica. Analisi retrospettiva*. Ann Ital Chir, 72(2), 495-496, 2001.
- 29) Mascitelli E., Di Eugenio C., Casaccia M., Iarussi T.: *Le perforazioni del colon*. Ann Ital Chir, LXIII, 6:795-798, 1992.

- 30) Massa M. et al.: *Il trattamento chirurgico d'urgenza del cancro del colon*. Ann Ital Chir, LXVI:467-471, 1995.
- 31) Nacchiero M., Marzaioli R.: *Attuali orientamenti diagnostici nelle urgenze colo-rettali*. Ann Ital Chir, 72(2), 45-49, 2001.
- 32) Napolitano A.M., Innocenti P., Costantini R., Napolitano L.: *La ripresa della malattia neoplastica nel carcinoma del colon*. Atti del 96° Congr Naz Soc It Chir, Roma, 1994.
- 33) Natoli C., Scognamiglio M.T., Martino M.T., Irtelli L., De Tursi M., Cianchetti E., Mascitelli E., Tinari N., Iacobelli S.: *Chronomodulated infusion of cisplatin, 5-fluoracil and folinic acid: lack of activity in advanced colorectal cancer*. Anticancer Research, 20, 1253-1256, 2000.
- 34) Ondrula D.P., Nelson R.L.: *Multifactorial index of preoperative risk factor in colon resection*. Dis Colon Rectum, 35:117-122, 1992.
- 35) Payne J., Chapuis P.: *Surgery for large bowel cancer in people aged 75 years and older*. Dis Colon Rectum, 35:117-122, 1992.
- 36) Picardi N., Gullà G.: *La preparazione meccanica ed antimicrobica del colon per gli interventi di resezione. Moderni aspetti*. Ann Ital Chir, LVII-IV:289-297, 1985.
- 37) Repse S. et al.: *Emergency colorectal surgery: our result and complications*. Ann Ital Chir, 57:205-209, 1996.
- 38) Schulze W. et al.: *Le emorragie digestive basse*. Settimana Chir Ital, 300-304, Roma, 1996.
- 39) Sergi M., Coppola S., Burchio G., Lepore R., Perrotta F., Froncillo C., Carlomagno N.: *Trattamento chirurgico delle occlusioni neoplastiche del retto*. Ann Ital Chir, 72(2), 497-498, 2001.
- 40) Sjodahl R., Franzen T.: *Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma*. Br J Surg, 79:685-688, 1992.
- 41) Stephenson B.M., Shandall A.A., Farouk R., Griffith G.: *Malignant left-sided large bowel obstruction managed by sub-total colectomy*. Br J Surg, 77:1098, 1990.
- 42) Tan S.G., Naubiar R., Rauff A., Ngoi S.S., Goh H.S.: *Primary resection and anastomosis in obstructed descending colon due to cancer*. Arch Surg, 126:748, 1991.
- 43) Visini R., Russo A., Magnaccia F., Bartolacci M., Annunziata A., Di Rienzo M., Picardi N.: *Trattamento della perforazione recente del colon*. Atti XI S.I.C.G., 309-316, Pescara, 1997.
- 44) Waldron R.P., Donovan I.A.: *Emergency presentation and mortality from colorectal in the elderly*. Br J Surg, 73:214-216, 1996.
- 45) Wise W., Padmanabhan A.: *Abdominal colon and rectal operations in the elderly*. Dis Colon Rectum, 34:959-963, 1991.

Autore corrispondente:

Prof. Nicola PICARDI
Via Montevideo 6
00198 ROMA

