

Uso in elezione ed in urgenza delle protesi intestinali



Ann. Ital. Chir., 2006; 78: 291-294

Filippo Banchini, Maurizio Celoni, Matteo Scabini, Patrizio Capelli

Chirurgia Generale Vascolare Toracica, Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza.

The placement of the colonic stents in emergency surgery

INTRODUCTION: *The treatment for malignant colonic obstruction usually consists in a diverting colostomy. The usefulness colorectal stent to resolve the occlusion is a new interesting application to prevent unnecessary operation.*

METHODS: *From September 1999 to June 2005 73 patient underwent the positioning of colorectal stent for colorectal cancer or extrinsic compression under double fluoroscopic and endoscopic control. In 35 patient the stent was inserted as palliative measure, and 38 underwent stent as bridge to surgery.*

RESULTS: *The placement of the stent was achieved in all patient, with 94% (69/73) of clinical success. Perforation occurred in two patient, one related to the guide wire and the other to balloon dilatation of the stent. Reobstruction occurred in 3 patient and migration in 9. The mortality after stent placement was 4,1% (3/73). We perform a colostomy or an ileostomy in 4 patient bridge to surgery and in 4 palliative, for a total of 8 stoma (10.95%).*

CONCLUSION: *The usefulness of colorectal stent can be consider an alternative to colostomy especially in unresectable patients.*

KEY WORDS: Colonic obstruction, Colorectal, Stent.

Introduzione

Il carcinoma del colon viene diagnosticato dall'8% al 29% in fase occlusiva ¹ e nel 75% delle ostruzioni è localizzato nel colon discendente e nella regione rettosigmoidica ².

I pazienti con occlusione intestinale acuta presentano spesso gravi alterazioni elettrolitiche che, unite alla mancata preparazione intestinale, portano a trattamenti chirurgici d'urgenza, con un tasso di morbilità dal 6% al 30% contro una mortalità in elezione dell'1%-13% ³.

In base a questi dati la tattica più attuata è la resezione del segmento intestinale colpito dalla neoplasia e la confezione di una colostomia temporanea con ricanalizzazione in un secondo tempo; oppure ad una colostomia definitiva in caso di malattia avanzata, come nel caso di metastasi epatiche multiple o carcinosi peritoneale.

In alternativa alla tecnica di Hartmann è possibile ese-

guire una colectomia subtotale con anastomosi ileo-colica oppure il lavaggio intraoperatorio del colon con resezione ed anastomosi in un unico tempo.

L'uso delle protesi nel trattamento palliativo dei tumori del colon fu inizialmente riportato da Itabashi ⁴ et al. nel 1993 e Tejero e coll ⁵. I quali introdussero la tecnica del posizionamento sotto controllo fluoroscopico. Negli ultimi anni, la comparsa di stents metallici specificatamente studiati per il colon ha ampliato le indicazioni e modificato la tattica chirurgica.

Tecnica

Il posizionamento dello stent intestinale richiede l'utilizzazione combinata della radiologia e dell'endoscopia.

Il paziente deve eseguire toilette della porzione terminale dell'intestino con piccoli enteroclistmi.

L'esame può essere eseguito in sedazione leggera e prima dell'esame va somministrato un antispastico.

Introdotta il colonscopio si risale sino alla stenosi e qui, identificato il lume, si inietta una piccola quantità di mezzo di contrasto idrosolubile per evidenziare tutta la lunghezza della ostruzione.

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

Per la corrispondenza: Dr. Filippo Banchini, Via Omero 9, 43100 Parma (e-mail: filippobanchini@vitgilio.it).

Si introduce il filo guida sino ad oltrepassare abbondantemente la stenosi. Queste manovre vengono eseguite sotto doppio controllo radiologico ed endoscopico.

A questo punto si prepara la protesi intestinale e la si inserisce sul filo guida all'interno del colonscopio.

Il catetere portante deve oltrepassare la stenosi per i 2/3 della lunghezza dello stent che viene aperto per circa il 50%. Si ritira il catetere portante per 2-3 cm. e, se il controllo radiologico è soddisfacente, si rilascia completamente lo stent.

Dopo 24 ore si esegue un RX diretta dell'addome ed eventualmente con controllo RX clisma con mezzo idrosolubile per valutare la posizione e la pervietà dello stent. Già dopo 6-8 ore vi può essere ripresa della canalizzazione. Dopo i controlli radiologici il paziente inizia una dieta priva di scorie ed integrata da abbondante assunzione di liquidi.

In 2^a-5^a giornata può essere dimesso.

Tutti gli esami sono stati eseguiti da un unico operatore (Celoni M.).



Fig. 1: Trattamento palliativo.

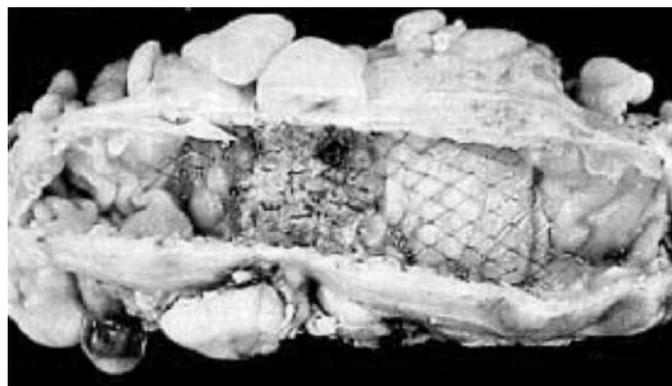


Fig. 2: Protesi in segmento intestinale resecatp.

Materiali e metodi

Abbiamo utilizzato le protesi in occlusioni acute di origine neoplastica per preparare il paziente all'intervento chirurgico ed in quei pazienti con malattia in stadio avanzato dove la protesi rappresenta il trattamento definitivo in alternativa alla colostomia. Dal settembre 1999 al giugno 2005 i pazienti trattati sono stati 73 (26 donne e 47 uomini), di una età compresa tra i 38 ed i 94 anni (età media 74 anni). La sede dell'ostruzione era: in 59 casi nel colon sinistro, 1 del colon traverso, 3 nel colon destro e 6 nel retto, mentre in 4 presentavano stenosi multiple. Le stenosi erano causate da adenocarcinomi primitivi del colon in 68 casi, in quattro da recidiva pelvica di tumori dell'ovaio, con pelvi congelata ed infiltrazione del sigma in più punti, ed 1 stenosi del sigma da colite ischemica.

Un caso riguardava un paziente ricoverato per occlusione acuta intestinale da adenocarcinoma del discendente mentre era in trattamento chemioterapico per microcitoma polmonare.

Tutti avevano un quadro clinico e radiologico di occlusione intestinale senza segni di perforazione o peritonite. Un'ecografia addominale è stata eseguita come prima stadiazione della malattia per ricercare eventuali metastasi epatiche e versamenti addominali (se presente abbiamo sempre eseguito un prelievo ecoguidato per l'esame citologico). Per non inficiare il posizionamento protesico nessun paziente ha eseguito in regime d'urgenza un Rx clisma, ciò per evitare false immagini al momento del posizionamento protesico.

La sola colonscopia è stata quindi eseguita per determinare la sede ed il grado dell'ostruzione; tutti i nostri pazienti presentavano una stenosi superiore all'80% non valicabile dallo strumento coloscopico.

Risultati

Dei 73 pazienti trattati, nel 100% dei casi si è riusciti a posizionare la protesi, mentre la ripresa del transito è avvenuta entro 72 ore dal posizionamento della protesi nel 94% dei casi (69/73 pazienti).

In 12 casi si è reso necessario il posizionamento di due protesi per la presenza di stenosi lunghe o multiple. I decessi entro una settimana dal posizionamento sono stati 3 (4,1%).

In 35 casi la protesi è stata posizionata con intento palliativo, in quanto presenti localizzazioni epatiche secondarie multiple o carcinosi peritoneale con versamento ascitico; quattro pazienti presentavano una pelvi congelata per ripresa di neoplasia ovarica, mentre in due casi, a causa dell'età avanzata (90 e 94 anni) e per le precarie condizioni generali, non sono stati sottoposti ad intervento chirurgico. Si sono verificati due decessi per infarto acuto del miocardio, una microperforazione da dilatazione di protesi riscontrata durante intervento chirur-

gico per mancata canalizzazione. Sono stati eseguiti altri tre interventi di colostomia decompressiva per mancata ripresa del transito. In nove casi è avvenuta la migrazione della protesi (12,3%), di cui tre casi entro le 48 ore. In questi si è reso necessario il posizionamento di una seconda protesi, avvenuto senza complicanze. In tre casi, in conseguenza della crescita neoplastica all'interno delle maglie protesiche, è ricomparsa l'occlusione, che è stata trattata con l'asportazione endoscopica con ansa diatermia della neoplasia endoprotesica. In due casi la formazione di fecaloma a monte della protesi è stata risolta col la semplice coloclisi.

In 38 pazienti lo stent ha risolto immediatamente lo stato occlusivo, permettendo di eseguire una adeguata preparazione intestinale con successivo intervento di resezione entro 8-10 giorni dal posizionamento. Un paziente presentava una colite ischemica, mentre un altro, in quanto affetto da microcitoma polmonare è stato operato dopo due mesi al termine della chemioterapia precedentemente in corso.

In quest'ultimo gruppo di pazienti è avvenuto un decesso pre intervento per infarto del miocardio ed uno in 26 giornata post operatoria. Si è verificata una perforazione da filo guida, che ha richiesto intervento in urgenza di resezione ed anastomosi protetta da colostomia. La stessa procedura è stata eseguita in altri due pazienti, in un caso con colostomia protettiva ed uno con ileostomia, mentre in un caso è stata eseguita una resezione sec Hartmann per malattia localmente avanzata.

Discussione

Le neoplasie del colon in fase occlusiva rivestono un problema frequente nella pratica quotidiana di ogni chirurgo. Considerando che il 50 % dei pazienti che si presentano in fase occlusiva per patologia maligna hanno età compresa tra i 70 e 89 anni ⁶, sempre più spesso oltre alle difficoltà tecniche si pone il problema delle comorbidità in tali pazienti. Numerosi studi hanno dimostrato che per tali ragioni gli interventi eseguiti in regime d'urgenza presentano tassi di morbidità e mortalità notevolmente superiori rispetto alla chirurgia elettiva ^{7,8}, impedendo di eseguire interventi di resezione ed anastomosi in unico tempo in più del 40% dei casi ⁶.

Sono state proposte tecniche alternative, come l'irrigazione colica intraoperatoria, anche in questo caso con elevata mortalità e morbidità ^{9,10}, ma il confezionamento di una semplice colostomia decompressiva o di una resezione secondo Hartmann restano ancora le metodiche maggiormente utilizzate.

A partire dagli anni 90, quando Dohmoto ¹¹ ha per primo posizionato stent metallici sotto guida fluoroscopica a risoluzione di occlusioni intestinali, gli stent hanno iniziato a costituire una nuova frontiera nella patologia occlusiva intestinale, sia del tratto gastroenterico superiore che del colon stesso.

Dai diversi studi pubblicati sull'argomento, ed in particolare dalle review di letteratura, si è dimostrato che la loro efficacia permette la ripresa della canalizzazione nell'88-92% dei casi ^{12,13} evitando quindi il confezionamento di una stomia definitiva o temporanea, con un tasso di successo dell'88,5% dei casi ¹³. In aggiunta la mortalità conseguente al loro posizionamento si presenta notevolmente ridotta rispetto a quella chirurgica con lo 0,5% dei casi ^{7-14,15}.

Come descritto da Mainar ¹ il loro posizionamento non inficia comunque l'eventuale stadiazione con TAC, né preclude la possibilità di eseguire chemio o radioterapia ¹⁵.

La possibilità di risolvere la fase acuta occlusiva ha spinto quindi al loro utilizzo anche in pazienti potenzialmente reseccabili, permettendo di eseguire un'adeguata preparazione intestinale, dilazionando l'intervento dalla fase acuta a quella elettiva. In questo modo fino al 78% dei pazienti può beneficiare di un intervento in unico tempo di resezione ed anastomosi, senza il confezionamento di una colostomia.

Le complicanze sono principalmente dovute alla perforazione intestinale in fase di posizionamento, che possono essere causate direttamente dal passaggio del filo guida attraverso la parete intestinale o dalla perforazione del tumore dalla distensione stessa della protesi. Ciò avviene nel 3,5% dei casi, ma aumenta notevolmente in caso di dilatazione con palloncino fino al 10-17% ^{12,13}.

Seconda complicanza più frequente è la migrazione della protesi, con o senza espulsione della stessa, che si presenta nell'11% dei casi. Ed infine la ricostruzione da crescita neoplastica o da impiccamento fecale nel 7,3%.

Alla visione di tali dati il posizionamento di protesi intestinali costituisce un mezzo efficace e sicuro per risolvere gli stati occlusivi del grosso intestino, permettendo di ridurre notevolmente le complicanze conseguenti ad interventi in urgenza.

Conclusioni

In considerazione della reale efficacia e della basso tasso di complicanze, consideriamo il posizionamento di stent autoespansibili un metodo efficace per risolvere lo stato occlusivo dei pazienti con stato occlusivo colico acuto. Il loro utilizzo nei pazienti con malattia avanzata rappresenta un notevole vantaggio, permettendo una migliore qualità di vite dei pazienti stessi. La loro applicazione "come bridge to surgery" anche se efficace resta invece motivo di discussione, che dovrà essere approfondito da ulteriori studi.

Riassunto

Introduzione

Il trattamento delle ostruzioni maligne del colon sinistro

rappresenta un'urgenza chirurgica e la creazione di una colostomia temporanea è quasi sempre inevitabile. L'uso degli stents intestinali può rappresentare una alternativa alla colostomia ed in alcuni casi può essere il trattamento definitivo nei tumori del colon in fase avanzata.

Questo lavoro descrive i nostri risultati dopo l'uso degli stents metallici nelle ostruzioni del colon da neoplasia.

Metodi

Dal settembre 1999 al giugno 2005 abbiamo utilizzato stents metallici intestinali in 73 pazienti con occlusione acuta da adenocarcinoma del colon con e senza lesioni secondarie o da ostruzioni ab estrinseco da altre neoplasie.

Sotto doppio controllo colonscopico, e fluoroscopico è stata rilevata la stenosi intestinale e posizionata protesi metallica autoespansibile.

RISULTATI: dei 73 pazienti (28 donne e 45 uomini), in 35 la neoplasia era in fase avanzata e pertanto lo stent è stato il trattamento definitivo; in 38 lo stent è stato posizionato per eseguire un' adeguata preparazione intestinale al fine di eseguire, in un unico tempo, resezione ed anastomosi.

Si sono verificate due complicanze immediate da perforazione, una avvenuta dopo il rilascio dello stent ed una da filo guida. Entrambi i casi hanno comportato l'intervento chirurgico immediato con confezione di colostomia. Dodici sono state le complicanze tardive di cui: 9 migrazioni dello stent, rispettivamente 4 in carcinosi peritoneale da ca ovario e 5 in adenocarcinomi, rimediati con il posizionamento di un'altra protesi, mentre in tre casi ricomparsa di occlusione da crescita neoplastica tra le maglie dello stent, risolte con l'asportazione del tessuto con ansa diatermia del tessuto. Tre decessi da infarto acuto del miocardio entro i primi 7 giorni dal posizionamento della protesi.

Conclusioni

L'uso della protesi nelle occlusioni intestinali da neoplasia risulta un metodo efficace e sicuro, eseguibile rapidamente che permette di risolvere il quadro occlusivo e sostituire, nelle forme di malattia avanzata, la colostomia definitiva; risultano altrettanto efficaci nelle forme non avanzate permettendo una adeguata preparazione

intestinale al fine di eseguire l'intervento chirurgico in elezione.

Bibliografia

- 1) Mainar A, Tejero Eloy: *Colorectal obstruction: treatment with metallic stents* Radiology, 1996; 198; 3:761-64.
- 2) Serpel JW: *Carcinomas de colon que provocan oclusion intestinal*. Br J Surg, (Spanish edition), 1989; 2:549-54.
- 3) Riedl S: *Postoperative Komplikationen und letalitat in der chirurgischen therapie des colocalcinomas*. Chirurg, 1995; 66:597-606.
- 4) Itabashi M, Hamamoto K: *Self-expanding stainless steel stent application in rectosigmoid stricture*. Dis Colon Rectum, 1993; 36(5):508-11.
- 5) Tejero E, Mainar: *Procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstruction*. Dis Colon Rectum, 1994; 37:1158-159.
- 6) Stamatakis J, Thompson M, Cave H: *National Audit of bowel obstruction due to colorectal cancer April 1998 March 1999*. London Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2000.
- 7) Leitman IM, Sullivan JD, Brams D, et al: *Multivariate analysis of the morbidity and mortality from initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon*. Surg Gynaecol Obstet, 1992; 174:513-18.
- 8) Mulcahy HE, Skelly MM, Hussain A, et al: *Long-term outcome following curative surgery for malignant large bowel obstruction*. Br J Surg, 1996; 83:707-10.
- 9) Selti Carroro PG, Segala M, Cesana B, et al: *Obstructing colon cancer: Failure and survival patterns over a 10 year follow up after one stage curative surgery*. Dis Colon Rectum, 2001; 44:243-50.
- 10) De Salvo GL, Gava C, Pucciarelli S, et al: *Curative surgery for obstruction from primary left colorectal carcinoma: Primary or staged resection? (Cochrane review)*. In *The Cochrane Librabry*, Issue 3, 2003. Oxford: update software.
- 11) Dohmoto M: *New method: Endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis*. Endosc Dig, 1991; 3:1507-512.
- 12) Khot UP, Lang W, Murali K, et al: *Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents*. Br J Surg, 2002; 89:1096-102.
- 13) Shaji S, Johnston S, Geoghegan T, Torreggiani T, Buckley M: *Pooled Analysis Of The Efficacy And Safety Of Self-Expanding Metal Stenting In Malignant Colorectal Obstruction*. Am Journ Gastroenterol, 2004; 99(10):1205.
- 14) Fielding LP, Phillis RKS, Fry JS, Hittinger R: *Prediction of outcome after emergency curative resection for large bowel cancer*. Lancet, 1986; 18:904-07.
- 15) Harris GJC, Senagore AJ, Lavery IC, et al: *Factors affecting survival after palliative resection of colorectal carcinoma*. Colorectal Dis, 2002; 4:31-35.