

# Indicazioni attuali e tipologia della colostomia di protezione nelle urgenze coliche



Ann. Ital. Chir., 2005; 76: 157-160

Alfredo Wiel Marin, Andrea Di Giorgio, con la collaborazione di C. Destito, M. Mercuri, V. Ricciardi, F. Negro, S. De Fazio, T. Cozza



Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Istituto di Clinica Chirurgica (Direttore: Prof. M. Castagneto); Dipartimento di Scienze Chirurgiche (Direttore: A. Picciocchi); Chirurgia Generale I - Complesso Integrato Columbus (Responsabile: Prof. A. Wiel Marin).

## Typology of defunctioning colostomy and state of art in the treatment of bowel emergencies

**BACKGROUND:** A trend toward avoidance of a defunctioning colostomy at emergency large-bowel surgery has been placed in recent years. The surgical management of patients with acute colonic disease has been evolving from multiple to single operations with a reduced use of colostomy.

**METHODS AND RESULTS:** One hundred four consecutive non-selected patients underwent surgery for left-sided large bowel emergencies between 1980-2003. Defunctioning colostomy was performed in 10 out of 58 resection-anastomosis procedures. Thirty-seven patients underwent Hartmann procedure, 9 received only diverting colostomy. Postoperative morbidity was 28.8%. Postoperative mortality 8.2%. Anastomotic leak occurred in 1 and 6 patients with and without defunctioning colostomy respectively. Four out of the 6 patients without colostomy needed reintervention, while patient with covering colostomy underwent conservative treatment. Six (10.5%) out 56 patients with colostomy experienced major stoma related complications and underwent reintervention.

**DISCUSSION:** Although there is general acceptance of one-stage surgery for right-sided colon emergencies, the surgical management of left-side large bowel obstruction and peritonitis remains controversial. Risk of anastomotic dehiscence associated with large-bowel anastomosis in unfavourable circumstance must be balanced against the high complications and low closure rates of a temporary colostomy.

**CONCLUSION:** Primary resection and anastomosis without diverting colostomy for left-sided acute obstruction and peritonitis may be performed in selected patients. Diffuse purulent and faecal peritonitis are contraindications to one-stage surgery being necessary a two-stage procedure with loop or end colostomy. Colostomy remain a valid surgical option when high risk of dehiscence is suspected.

**KEY WORDS:** Colorectal emergency, Colostomy, Intestinal obstruction.

L'indicazione al confezionamento di una colostomia di protezione, in elezione come in urgenza, è venuta rarefacendosi negli ultimi tre decenni. Una diagnosi tempestiva e una decisione terapeutica più precoce, una maggiore sicurezza delle anastomosi realizzate con suturatici meccaniche e una migliore assistenza perioperatoria hanno permesso di realizzare, sempre più frequentemente, anche in quei pazienti ritenuti "fragili" un trattamento risolutivo in un unico intervento chirurgico<sup>1-3</sup>.

D'altro canto, nella letteratura degli ultimi anni viene segnalata una frequenza di complicazioni correlate alla stomia

molto elevata, talora sorprendente, con punte del 30-50% e segnalazione anche di una certa percentuale di mortalità. Non meno importante è l'inevitabile disagio materiale, psicologico e sociale del paziente portatore di colostomia. L'importanza di evitare, se possibile, una colostomia di principio deriva anche dal dato di fatto che circa un 40-45% delle colostomie di protezione non vengono chiuse e che l'intervento stesso di ricanalizzazione è associato ad una morbilità (fino al 35%) e mortalità postoperatoria<sup>4-6</sup>.

Il trattamento chirurgico delle urgenze coliche fino agli anni '70 prevedeva un intervento chirurgico in due o tre tempi. La colostomia trovava indicazione come soluzione iniziale a decomprimere uno stato occlusivo, rinviando a condizioni migliori l'intervento resettivo o un'anastomosi altrimenti a rischio o a proteggere dal transito intestinale l'anastomosi dopo resezione.

Questa chirurgia in più tempi ha perso oggi molti con-

Pervenuto in Redazione Novembre 2004. Accettato per la pubblicazione Febbraio 2005.

Per la corrispondenza: Dott. Andrea Di Giorgio, Via G. Moscati 31, 00168 Roma (E-mail: adigiorgio30@hotmail.com).

sensi trovando applicazione solo in condizioni di elevato rischio. Nelle occlusioni e nelle peritoniti localizzate del colon destro, l'emicolectomia destra in un tempo con anastomosi ileo-colica senza necessità di una stomia di protezione è diventato il trattamento più diffuso <sup>7</sup>.

Ancora discusso è, invece, il trattamento chirurgico e il ruolo della colostomia di protezione nelle occlusioni e nelle peritoniti localizzate del colon sinistro-retto. Anche se a partire dal 1975 sono diventate sempre più frequenti le segnalazioni di resezione-anastomosi in prima istanza senza colostomia di protezione, Goligher nel 1984 denunciava ancora fino al 60-65% di deiscenze, di cui almeno il 15-20% con manifestazione clinica ingravescente <sup>8,9</sup>.

Nelle occlusioni serrate del colon sinistro la mancanza di una preparazione intestinale ed il grossolano accumulo di feci e gas e la dilatazione del lume colico espongono a rischio di contaminazione il campo operatorio e rendono non sicura l'anastomosi. Le complicanze anastomotiche sono ancora più frequenti considerando le occlusioni coliche basse o rettalì per le difficoltà tecniche correlate alla sede, per i possibili deficit vascolari (da anomalie, varianti anatomiche o eccessiva devascularizzazione dei monconi), e per la tensione cui l'anastomosi stessa può essere sottoposta.

C'è comunque unanimità nel sostenere che le deiscenze anastomotiche presentano uguale frequenza senza e con colostomia di protezione anche se in questo caso hanno un'evoluzione meno grave <sup>10</sup>.

L'ideazione di nuove tecniche per ovviare all' assenza della preparazione intestinale e all'inquinamento intraoperatorio ha favorito il diffondersi del trattamento in un tempo evitando una stomia di protezione. Il Wash-out intra-operatorio viene citato in quasi tutte le casistiche, ma rappresenta un'esperienza saltuaria in studi randomizzati <sup>11,12</sup>. L'uso di stent ad espansione o la demolizione volumetrica del tumore per via endoscopica con laser, esperienze interessanti e promettenti, sembrano avere un prevalente significato palliativo, anche se, permettendo una ricanalizzazione, possono talora avviare il paziente ad un intervento in elezione <sup>13,14</sup>. Si tratta comunque di tecniche non esenti da rischi e a tutt'oggi vi sono ancora limitate segnalazioni. Nelle ostruzioni coliche gravi alcuni AA propongono colectomie totali o subtotali con ileo-sigmoido- o ileo-retto-anastomosi, ma spesso sono indicazioni "forzate" e solo raramente di necessità (presenza di perforazione o sofferenza cecale o di tumori sincroni) <sup>15</sup>.

Mentre da alcuni Autori la stomia di protezione viene segnalata solo per casi-limite <sup>16,17</sup>, altra parte della letteratura più prudente inverte i termini e sostiene che la chirurgia in un tempo è praticabile solo in casi "selezionati" <sup>2,18,19</sup>. In letteratura si fa spesso riferimento a pazienti non operati entro le 24 ore ed avviati ad una osservazione di 48-72 ore prima della decisione. La difficoltà nel comprendere i criteri di selezione pone il dubbio che solo pazienti sub-occlusi possano essere candidati all'intervento in un tempo resezione-anastomosi.

Risulta spesso difficile capire la reale percentuale di protezione colostomica e la colostomia è eseguita nella quasi totalità dei casi come laterale o *loop colostomy*. Diversamente una stomia terminale, specie nelle anastomosi difficili, sembra assicurare una protezione maggiore per numero e gravità delle deiscenze.

Anche per le urgenze coliche di tipo peritonitico è apparsa negli ultimi anni una analoga tendenza per interventi riparativi o resettivi con anastomosi primaria senza colostomia. Si fa riferimento a diverticolite con o senza perforazione, a lesioni iatrogene da manovre endoscopiche o lesioni traumatiche di varia origine. È importante il fattore tempo e lo stato locale, ma comunque il trattamento chirurgico in un tempo non è accettabile in caso di peritonite diffusa <sup>20-22</sup>.

Qualora nelle occlusioni neoplastiche del colon ci siano le condizioni per un intervento di resezione-anastomosi, senza stomia, l'intervento deve rispettare i canoni della radicalità oncologica (linfadenectomia loco-regionale). Non c'è dubbio che, anche quando tale regola viene rispettata, le percentuali di sopravvivenza a 3 e 5 anni sono inferiori rispetto alla chirurgia in elezione <sup>23</sup>.

L'avversione di principio di alcuni Autori verso la chirurgia in più tempi è dovuta anche alla convinzione che l'immunodepressione derivante da più interventi (con relative anestesi), influenza i risultati a distanza. A noi sembra più convincente che lo stadio di una neoplasia occludente, anche se rientra nei limiti della radicalità oncologica, è senz'altro più avanzato rispetto allo stadio di una neoplasia trattata in elezione.

Nella nostra divisione, fra il 1980-2003, sono stati eseguiti in urgenza 104 interventi chirurgici sul colon sinistro e colon-retto per patologia prevalentemente neoplastica (Tab. I). La colostomia di protezione è stata confezionata in 10 su 58 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di resezione-anastomosi in un solo tempo (Tab. II). La morbilità post-operatoria è stata del 27,8%,

TABELLA I – Esperienza personale 1980-2003

Tipo intervento chirurgico	n. pazienti
Interventi sul colon e retto	687
– Colon destro	166
– Colon sinistro-retto	521
colon sinistro-retto in urgenza	104

TABELLA II – 104 pazienti con urgenze del colon sin-retto

Tipo intervento chirurgico	n. pazienti
Resezione-anastomosi	58 (55.8%)
– con colostomia di protezione	10
– one stage-resection	48
Hartmann	37 (35.5%)
Solo colostomia	9 (8.7%)

la mortalità del 7,6%. Si sono verificati 7 (12%) casi di deiscenza anastomotica: sei erano pazienti senza colostomia di protezione e quattro di essi hanno necessitato un reintervento chirurgico; uno con stomia di protezione è stato trattato con terapia conservativa.

Su 56 colostomie (Hartmann, colostomie di protezione, solo colostomia), in sei casi (10,5%) è stato necessario un reintervento chirurgico per complicanze correlate alla stomia stessa (Tab. III).

TABELLA III – 104 pazienti con urgenze del colon sin-retto

Complicanze e mortalità i.o.	n. pazienti (%)
Morbilità	27.8%
Mortalità i.o.	7.6%
Deiscenza anastomosi*	7 (12%)
– senza colostomia di protezione	6 (12.5%)
Reintervento	4
– con colostomia di protezione	1 (10%)
Reintervento	–
<i>Complicanze maggiori correlate alla stomia**</i>	
Stenosi colostomia	2 (3.5%)
Ischemia colostomia	3 (5.3%)
Ernia parastomiale	1 (1.7%)

\*valutata su 58 pazienti sottoposti ad resezione-anastomosi con (n.10) o senza (n.48) colostomia di protezione

\*\*Complicanze maggiori correlate alla colostomia (56 colostomie complessive) che hanno necessitato reintervento chirurgico.

## Conclusioni

Attendersi a rigorose linee guida o protocolli nel trattamento delle urgenze coliche può risultare problematico per la complessità delle situazioni. Da oltre 30 anni la maggioranza dei chirurghi, con l'intento di ridurre drasticamente i tempi di degenza e una più rapida guarigione del paziente, è orientata a superare il trattamento in più tempi con una resezione-anastomosi primaria, secondo i criteri di radicalità oncologica, senza una colostomia di protezione. Questo atteggiamento può scontare una più alta percentuale di complicanze settiche per deiscenza e una più alta mortalità operatoria.

Gran parte degli autori suggeriscono l'intervento in un tempo per pazienti "selezionati". Certamente, in una percentuale variabile di casi è possibile eseguire un intervento con anastomosi primaria senza colostomia di protezione, con tutti i vantaggi che ne conseguono per il paziente. La colostomia di protezione conserva comunque tutto il suo valore tecnico e clinico, rappresentando un'opzione chirurgica valida, di aiuto al chirurgo in presenza di un'anastomosi a rischio di deiscenza, complicanza con imprevedibili e talora irreversibili conseguenze.

## Riassunto

L'utilizzo della colostomia di protezione nel trattamento

delle urgenze coliche è diminuito negli ultimi trent'anni. In letteratura sono sempre più frequenti interventi chirurgici di resezione-anastomosi in un tempo non solo per le urgenze del colon destro ma anche nelle occlusioni e peritoniti localizzate del colon sinistro-retto. L'intervento chirurgico in due tempi con confezionamento di colostomia è però ancora necessario per una peritonite generalizzata, fecale o purulenta. La colostomia di protezione rimane una opzione chirurgica valida in presenza di una anastomosi a rischio di deiscenza.

## Bibliografia

- 1) Champault G, et al.: *Les occlusions coliques. Etude retrospective cooperative de 497 cas.* J Chir, 1983; 120:47-56.
- 2) Zorcolo, Covotta N, Carlomagno N, Bartolo DCC.: *Safety of primary anastomosis in emergency colo-rectal surgery.* Colorectal Dis, 2003; 5:262-69.
- 3) Becmeur F, Sava G, Grenier JF: *Plâce de la colostomie de protection en chirurgie colo-rectale.* J Chir, 1987; 2:93-98.
- 4) Mealy K, O'Broin E, Donohue J, Tunner A, Keane FBV: *Reversible colostomy: What is the outcome?* Dis Colon Rectum, 1996; 39:1227-231.
- 5) Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H: *Stoma complications.* Dis Colon Rectum, 1999; 42:1575-580.
- 6) Gooszen AW, Geelkerker RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG: *Quality of life with a temporary stoma.* Dis Colon Rectum, 2000; 43:650-55.
- 7) Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT: *Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions.* J Am Coll Surg, 2001; 192:719-25.
- 8) Runkel N-S, Hinz U, Lehnert T, Buhr HJ, Herfarth C: *Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine.* Br J Surg, 1998; 85:1260-265.
- 9) Irvin TT, Goligher JC: *Aetiology and disruption of intestinal anastomoses.* Br J Surg, 1973; 60:461-64.
- 10) Alves A, Panis Y, Trancar D, Regimbeau JM, Pocard M, Valleur P: *Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients.* World J Surg, 2002; 26:499-502.
- 11) Forloni B, Reduzzi R, Paludetti A, Colpani L, Cavallari G, Frosali D: *Intraoperative colonic lavage in emergency surgical treatment of left-sided colonic obstruction.* Dis Colon Rectum, 1998; 41:23-27.
- 12) Biondo S, Jaurrieta E, Jorba R, Moreno P, Farran L, Borobia F, Bettonica C, Poves I, Ramos E, Alcobendas F: *Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction.* Br J Surg, 1997; 84:222-25.
- 13) Martinez-Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega-Deballon P, Moreno-Azcoita M: *Self-expandable stent before elective surgery vs emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstruction: comparison of primary anastomosis and morbidity rates.* Dis Colon Rectum, 2002; 45:401-06.

- 14) Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC: *Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents*. Br J Surg, 2002; 89:1096-102.
- 15) Reemst P, Kuijpers HC, Wobbes T: *Management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis*. Eur J Surg, 1998; 164:537-40.
- 16) Hsu T: *One-stage resection and anastomosis for acute obstruction of the left colon*. Dis Colon Rectum, 1998; 41:28-32.
- 17) Naraynsingh V, Rampaul R, Maharay D, Kuruvilla T, Ramcharan K, Pouchet B: *Prospective study of primary anastomosis without colonic lavage for patients with an obstructed left colon*. Br J Surg, 1999; 86:1341-343.
- 18) Giglio D, Di Muria A, Marano A, Cione G, Arciero G, Rossi R, Aveta M, Formisano N: *Trattamento in urgenza delle occlusioni da cancro del colon-retto: nostra esperienza*. Ann Ital Chir, 2004; 75(1):35-39.
- 19) Pisanu A, Piu S, Altana ML, Uccheddu A: *One-stage treatment of obstructing colorectal cancer*. Chir Ital, 2002; 54:267-74.
- 20) Biondo S, Jaurrieta E, Mati Ragué J, Ramos E, Deiros M, Moreno P, Farran L: *Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis*. Br J Surg, 2000; 87:1580-584.
- 21) Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W: *Acute diverticulitis. Review article*. New Engl J Med, 1998; 338(21):1521-525.
- 22) Schilling MK, Mauer CA, Kollmar O, Buchler W: *Primary vs secondary anastomosis after sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey stage III and IV)*. Dis Colon Rectum, 2001; 44:699-705.
- 23) Smothers L, Hynan L, Fleming J, Turnage R, Simmang C, Anthony T: *Emergency surgery for colon carcinoma*. Dis Colon Rectum, 2003; 46:24-30.