

# La chirurgia d'urgenza nell'anziano: nostra esperienza su 198 casi di ultraottantenni



Ann. Ital. Chir., LXXV, 4, 2004

G. Tugnoli, M. Casali, S. Villani,  
A. Biscardi, F. Baldoni

Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma  
Ospedale Maggiore di Bologna  
Direttore Dr. Franco Baldoni

## Introduzione

Se nell'antichità la vecchiaia poteva essere considerata di per se stessa una malattia, ai giorni nostri deve essere considerata semplicemente un'altra fase della nostra vita. Mentre fino alla fine dell'800, ben pochi potevano raggiungere età ragguardevoli, oggi grazie alle migliorate condizioni di vita ed alla presenza di validi strumenti terapeutici nei confronti di quelle malattie (cardiovascolari, respiratorie e metaboliche) tipiche dell'età avanzata, la prospettiva di vita è aumentata e sempre più persone oltre gli 80 anni conducono una vita in buone condizioni di salute e spesso in completa autonomia; la aspettativa di vita, solo per limitarci all'ultimo secolo, è infatti passata dai 47 dei primi del '900 agli 82 di oggi. Tuttavia, oltre i 70 anni è più frequente l'insorgenza di patologie neoplastiche, la manifestazione di difetti erniari e la comparsa di lesioni traumatiche, spesso in seguito a traumatismi di modesta entità. Inoltre, trattare tali patologie diventa più complesso in quanto questi pazienti presentano frequentemente almeno una patologia cronica preesistente e, spesso, sono malnutriti, immunodepressi, psichicamente "provati" e, a volte, isolati socialmente (1, 2); per ciò l'età (anche in condizioni generali buone), le eventuali difficoltà o impedimenti al movimento, le patologie preesistenti anche quando sono in stato di compenso clinico ed i farmaci assunti (come ad esempio le terapie anticoagulanti) sono riconosciuti come

## Abstract

### EMERGENCY SURGERY IN ELDERLY: EXPERIENCE GAINED IN 198 CASES OVER 80

**Purpose:** To evaluate our 2-year experience in the emergency surgical treatment of elderly people (aged > or = 80).  
**Method:** A retrospective review was conducted of 198 elderly patients admitted to Emergency Surgery Unit of the Ospedale Maggiore in Bologna from 01.07.2001 to 30.06.2003.

**Results:** All the Patients were submitted to emergency operations. Mean age was 84,8 (range 80-96); Female were 152, male 73. Preexisting condition, ASA scores and surgical procedures were recorded. The postoperative mortality was 17,1%. The mean length of stay in our Unit was 9,7 days; 93 patients needed rehabilitation facility at discharge.

**Conclusion:** The Authors concluded that emergency surgery entails a high risk to the patients, high cost in hospital resources and rehabilitation facility.

**Key words:** Elderly people, emergency surgery.

fattori di rischio nella chirurgia dell'anziano; basti ricordare che la presenza di broncopneumopatia cronica ostruttiva con marcata ipossiemia, è considerata un fattore di rischio per le anastomosi del colon (3, 4). L'età superiore agli 80 viene, inoltre, considerata un fattore prognostico negativo nei pazienti traumatizzati (5).

E se ciò è vero in chirurgia d'elezione, ove è possibile sottoporre il paziente ad accertamenti pre-operatori e ad adeguamenti terapeutici, è ancora più vero in chirurgia d'urgenza o ancor di più in chirurgia del trauma ove questo non è possibile. E allora le eventuali preesistenze hanno, se non affrontate correttamente, un "impatto" devastante sul decorso post-operatorio e sulla possibilità dell'anziano operato di recuperare una condizioni simile a quella pre-operatoria. A questo va aggiunto, almeno nella nostra esperienza quotidiana, il sempre più frequente riscontro di famiglie che si dichiarano non più in grado di "gestire" la persona anziana dopo l'interven-

to e questo anche nei casi in cui il recupero è stato pressoché completo.

Inoltre le procedure chirurgiche in emergenza sono frequenti nell'anziano: alcune serie riportano un 15% di interventi urgenti, con una percentuale che aumenta con l'età (6). Le più comuni indicazioni riguardano occlusioni intestinali, ernie incarcerate ed emorragie gastro-intestinali (7). Ampie casistiche riportano quote di mortalità che variano dal 13,6% al 31% e di morbilità che oscillano tra il 30 ed il 68% (8, 9).

Pertanto, in rapporto all'aumentata aspettativa di vita si può affermare che avremo sempre più frequentemente pazienti oltre gli 80 anni nei nostri reparti, e una crescita stimata dallo 0,7% circa del 1972 al 20% degli anni '90 (10) e che, per ciò che abbiamo esposto, un più gravoso "carico di lavoro" e la necessità di una maggiore assistenza, non solo medica ed infermieristica ma anche di supporto per la riabilitazione, ed un allungamento dei tempi di degenza.

Lo scopo del lavoro è quello di verificare quello che è stato "l'impatto" dei pazienti anziani sulla attività di un reparto di chirurgia d'urgenza, le patologie riscontrate ed i risultati ottenuti; in questa ottica abbiamo voluto valutare anche "l'impegno" richiesto da questi pazienti sia dal nostro reparto che da tutto l'ospedale. Abbiamo scelto di limitare lo studio sui pazienti ultraottantenni osservati negli ultimi due anni della nostra attività al fine di poter "stressare" al massimo il problema.

## Materiali e metodi

Dal 1° luglio 2001 al 30 giugno 2003, presso l'Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna 198 pazienti di età superiore ad 80 anni sono stati sottoposti ad intervento chirurgico urgente per un totale di 210 interventi su 1132 (18,5%).

Sono state ricercate le cause che hanno determinato la necessità dell'intervento, la classe di rischio secondo la classificazione ASA e le procedure chirurgiche eseguite.

Vengono inoltre riportate le più significative patologie associate preesistenti al ricovero ed i dati di morbilità e mortalità: Una particolare attenzione è stata posta alla raccolta di dati riguardanti la durata della degenza e le modalità di dimissione.

## Risultati

Di 198 pazienti, 152 (63,2%) erano di sesso femminile e 73 (36,8%) erano maschi. L'età media è risultata di 84,8 anni con un range tra gli 80 ed i 96 anni; inoltre, 33 (16, 6%) pazienti-10 maschi e 23 femmine-avevano un'età >a 90 anni.

Le cause che hanno portato all'intervento chirurgico sono riassunte in Tab. I; 3 (1,5%) sono stati operati per lesioni a scopo suicida. La distribuzione dei pazienti per classi ASA è riassunta in Tab. II.

Le procedure chirurgiche eseguite sono riportate in Tab. III.

In Tab. IV sono riportate le più frequenti patologie preesistenti al ricovero riscontrate nei pazienti operati. 47 pazienti presentavano associazioni tra 2 o più patologie mentre 70 pazienti (35,3%) sono giunti all'intervento senza alcuna patologia di rilievo all'anamnesi. Inoltre, in 48 casi (24,2%), i pazienti avevano deficit motori di varia origine, tali da impedire una normale mobilitazione

Oltre il 60% ha avuto bisogno di un ricovero in terapia intensiva nel post-operatorio.

La mortalità peri-operatoria, considerata nel periodo dello stesso ricovero, è stata del 17,1% (34 su 198). Dei

Tab. II: SUDDIVISIONE DEI PAZIENTI PER ASA SCORES

ASA II	75	37,8%
ASA III	43	21,7%
ASA IV	71	35,9%
ASA V	9	4,6%

Tab. I: CAUSE DI INTERVENTO CHIRURGICO

Patologia neoplastica (occlusioni, perforazioni)	22,3%	44
Occlusioni non neoplastiche (briglie, aderenze, laparoceli e volvoli)	21,2%	42
Ernie complicate	16,2%	32 (20 crurali, 11 inguinali, 1 ernia dello Spigelio)
Ischemie intestinali e perforazioni non neoplastiche	12,7%	25
Ischemie degli arti inferiori	7,6%	15
Traumi	5,5%	11
Perforazioni di ulcere gastriche e duodenali	5%	10
Appendiciti	3%	6
Colecistiti perforate	1,5%	3
Altro	5%	10

Tab. III: PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUITE

Plastica erniaria	35	Colecistectomia	4
Resezione di tenue	24	Colectomia totale	3
Lisi aderenze o cingolo strozzante	21	Packing del fegato	3
Emicolectomia destra	17	Gastrectomia	3
Amputazione coscia	17	Resezione ileo-cecale	2
Plastica laparocele	17	Laparotomia esplor.	2
Hartmann	15	Derotazione volvolo	2
Sutura ulcera duodenale o gastrica	14	Salpingo-ovariectomia	2
GEA o By pass intestinale	9	Plastica del diaframma	1
Cecostomia	9	Isterectomia	1
Appendicectomia	6	Svuotamento ematoma mm. Retti	1
Plastica ernia ombelicale	6	Svuotamento ematoma post-mastectomia	1
Splenectomia	5	Nefrectomia	1
Drenaggio toracico	5	Drenaggio ascesso epatico	1
Emicolectomia sn.	4	Sutura del duodeno per trauma	1
Resezione di sigma	4		

Tab.IV: CONDIZIONI MORBOSE PREESISTENTI AL RICOVERO PIU FREQUENTEMENTE RISCOSE

Ipertensione	36/198	18,1%	Pregressa patologia neoplastica	16/198	8%
Cardiopatia ischemica	35/198	17,6%	Psicosi	11/198	5,5%
Fibrillazione striale	19/198	9,5%	Terapia con dicumarolici	10/198	5%
BPCO	18/198	9%	Insuff. Vascolare	10/198	5%
Diabete	18/198	9%	Ipotiroidismo	7/198	3,5%

pazienti deceduti, 12 su 34 (35%), presentavano due o più tra le patologie riportate in Tab. IV.

Il tasso di morbilità legato all'intervento chirurgico non è risultato significativamente differente dalla restante popolazione di operati. Nel gruppo in esame le complicanze più frequentemente riscontrate sono state: focolai broncopneumonici in 18 casi (9%) e suppurazioni di ferita, 13 casi (6,5%).

La degenza media dei pazienti deceduti o dimessi direttamente dal nostro reparto è stata di 9,7 gg contro una degenza media generale di 4,97 gg., con un range tra 1 e 164 giorni. In 49 (24,7%) casi è stato necessario il trasferimento presso altri reparti per acuti del nostro Ospedale. 62 pazienti (31,3%) sono stati dimessi dal nostro reparto per ricovero presso altre strutture ospedaliere o case di cura convenzionate. 31 (15,6%) sono stati quelli trasferiti direttamente presso il reparto Post-Acuti del nostro ospedale. Il totale dei pazienti che, risolto il "problema" chirurgico, hanno avuto necessità di ulteriore degenza sia per stabilizzare altre patologie non chirurgiche in atto, sia perché incapaci a recuperare le condizioni preesistenti al ricovero, è stato di 142 pari al 71% di tutti i pazienti ricoverati; percentuale che sale al 86,5% dei pazienti "dimessi" dal reparto, esclusi i deceduti.

Non possediamo dati riguardanti le attuali condizioni cliniche.

## Discussione

A causa del progressivo invecchiamento della popolazione nei paesi industrializzati, l'insieme dei pazienti ottuagenari rappresenta il gruppo chirurgico in più rapido aumento (tra il 1980 ed il 1990 la popolazione anziana è cresciuta negli U.S.A. del 21% ed in Italia la popolazione di ultraottantenni è aumentata di 10 volte negli ultimi 10 anni), quello con la più alta incidenza di patologie concomitanti e limitate risorse funzionali. Se in Chirurgia d'elezione le indicazioni possono essere vagliate in rapporto alle condizioni generali e possono essere corrette patologie concomitanti, in condizioni di emergenza-urgenza queste valutazioni non sono possibili. Questo gruppo di Pazienti viene quindi ad incidere sempre maggiormente sull'attività di un reparto di Chirurgia d'Urgenza non solo per il numero di interventi ma, e soprattutto, per l'"assorbimento" di risorse ed in particolare, di giornate di degenza in terapia intensiva, di giornate di degenza ed assistenza in reparto e per la necessità di dover provvedere, spesso, dopo l'iter chirurgico ad un'assistenza prolungata nel tempo. Inoltre, sia nell'approccio chirurgico che nel trattamento in reparto è necessaria una competenza specifica sia per scegliere il trattamento più idoneo, che forse non dovrà essere quello chirurgicamente più corretto ma quello più facilmente supportabile dal Paziente, sia nella gestione post-ope-

ratoria dell'insieme della persona anziana con i problemi di mobilitazione, di recupero psichico se non quelli legati a patologie pregresse. Potrebbe ancora essere di particolare interesse porre l'accento sul problema etico legato all'indicazione chirurgica: fino a che punto può essere proponibile un intervento chirurgico se la patologia e le condizioni generali del paziente sono tali da non lasciare speranze sull'exitus?

La disamina della nostra casistica ci permette di evidenziare come il numero di interventi eseguiti in urgenza su persone anziane sia già oggi quasi un quinto di tutta la nostra attività e che, pertanto, sia solo destinato ad aumentare nel tempo. Dai dati riportati, la mortalità si inserisce tra i valori medi riportati in letteratura mentre la morbilità non risulta significativamente differente dalla restante popolazione chirurgica. Colpisce il dato secondo cui solo il 23,7% dei pazienti presentava una associazione tra due o più patologie pregresse ma oltre il 40% è stato giudicato, preoperatoriamente, in una classe ASA IV o V. Questo può essere spiegabile solo con il riscontro intraospedaliero di patologie o deterioramenti altrimenti trascurati. L'associazione di patologie preesistenti al ricovero sembra, inoltre, incidere solo per il 35% sulla mortalità peri-operatoria. I nostri pazienti ottuagenari hanno una degenza media superiore di 5 giorni rispetto alla popolazione generale.

Un dato, a nostro avviso, molto significativo che è emerso dalla serie presentata, riguarda il numero di pazienti che non è stato possibile dimettere direttamente. Infatti, il 71,6% del totale ha avuto bisogno di un ulteriore ricovero sia presso reparti per acuti ma, soprattutto (46,9%), presso strutture per lungodegenti sia all'interno che all'esterno del nostro Ospedale. Questi dati si ripercuotono ovviamente sulla capacità di poter affrontare patologie diverse – prima e dopo l'intervento – e di inserire il trattamento chirurgico in urgenza in questo ambito, sull'occupazione dei posti letto e sulla difficoltà a trovare ricoveri in lungodegenza per il proseguo delle cure.

## Conclusioni

L'aumentata vita media porta e porterà sempre più persone anziane, oltre gli 80 anni di vita, ad affrontare patologie chirurgiche con carattere d'urgenza. La presenza di patologie pregresse, la difficoltà ad una pronta mobilitazione nel post-operatorio, eventuali alterazioni psichiche o lo stato di abbandono o solitudine familiare fanno sì che 1) il chirurgo d'urgenza debba saper affrontare l'anziano in base alla complessità delle sue patologie; 2) il trattamento chirurgico venga modulato non per raggiungere l'obiettivo del miglior trattamento possibile ma del più adeguato trattamento possibile; 3) che i reparti di chirurgia d'urgenza possano contare su un personale infermieristico ed ausiliario in numero tale da poter fare fronte a molteplici pazienti con problemi motori contemporaneamente presenti; 4) che esistano protocolli di

trasferimento intraospedaliero affinché, una volta risolti i problemi chirurgici, sia possibile indirizzare il paziente al reparto più idoneo per il trattamento di patologie associate in fase acuta; 5) che esistano, all'interno dell'ospedale o presso strutture convenzionate, sufficienti posti letto di lungo-degenza ove destinare i pazienti per un'adeguata riabilitazione ricordando che, molto spesso, per una persona anziana, la prospettiva di un ritorno ad un'auto-sufficienza può essere l'unica "molla" che lo spinge a reagire ad un "trauma" come quello di un intervento chirurgico urgente (11); 6) infine, che le famiglie, quando possibile e grazie ad eventuali supporti domiciliari, siano messe nelle condizioni di accudire le persone anziane nel loro ambito.

Concludendo, possiamo affermare che sempre più spesso saremo di fronte a persone oltre gli 80 anni che necessitano di un intervento chirurgico urgente; che l'approccio chirurgico non è in assoluto controindicato a quest'età purché sia modulato sulle possibilità di reazione della persona; che il trattamento tenga conto di patologie pregresse, anche se queste non sembrano avere un valore prognostico negativo, degli stati di malnutrizione e/o di abbandono psichico.

A questo fine il Chirurgo d'Urgenza deve tendere con il patrimonio di una preparazione specifica, con il supporto di altri specialisti e con l'ausilio di risorse sufficienti che garantiscano una adeguata assistenza post-operatoria.

## Riassunto

*Scopo del Lavoro:* Per valutare la nostra esperienza di 2 anni di interventi chirurgici eseguiti in urgenza su pazienti anziani (età > o = 80).

*Metodi:* Abbiamo condotto uno studio retrospettivo su 198 pazienti anziani ricoverati presso l'U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna tra il 01.07.2001 ed il 30.06.2003.

*Risultati:* Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico in urgenza. L'età media era di 84,8 anni (80-96); le femmine erano 152 ed i maschi 73. Vengono riportate le condizioni patologiche preesistenti, i punteggi secondo la classificazione ASA e le procedure chirurgiche eseguite. La mortalità perioperatoria è stata del 17,1%. La durata media della degenza presso il nostro reparto è stata di 9,7 giorni; 93 pazienti hanno avuto bisogno di strutture per riabilitazione.

*Conclusioni:* Gli Autori concludono sottolineando che gli interventi chirurgici in urgenza nei pazienti di età uguale o superiore agli 80 anni sono gravati da un'alta percentuale di rischio, comportano l'impiego di notevoli risorse da parte dell'ospedale e necessitano adeguate strutture di riabilitazione.

Parole chiave: Pazienti anziani, Chirurgia d'Urgenza.

## **Bibliografia**

- 1) Pofhal W.E., Pories W.J.: *Current status and future directions of geriatric general surgery*. JAGS, 2003; 51:S351-S354.
- 2) Melita P. et al.: *Problemi chirurgici nel paziente anziano*. Chir It, 1999; vol 51, 2:159-163.
- 3) Golub R., Golub R.W., Cantu R., Stein H.D.: *A multivariate analysis of factor contributing to leakage of intestinal anastomoses*. J Am Coll Surg, 1997; 184:364-372.
- 4) Sheridan W.G., Lowndes R.H., Young H.L.: *Tissue oxygen tension as a predictor of colonic anastomotic healing*. Dis Colon Rectum, 1987; 30(11):867-71.
- 5) Grossman M., Scaff D.W., Miller D., Reed J. III, Hoey B., Anderson H.L. III: *Functional outcomes in octogenarian trauma*. J Trauma, 2003; 55:26-32.
- 6) Barlow A.P., Zarifa Z., Shillito Rg. et al.: *Surgery in a geriatric population*. Ann R Coll Surg Engl, 1989; 71:110-114.
- 7) Rigberg D., Cole M., Hiyama D. et al.: *Surgery in nineties*. Am Surg, 2002; 66:813-816.
- 8) Keller S.M., Markowitz L.J., Wilder J.R. et al: *Emergency surgery in patients aged over 70 years*. Mt Sinai, J Med, 1987; 54:25-28.
- 9) Keller S.M., Markowitz L.J., Wilder J.R., Aufses A.H. Jr.: *Emergency and elective surgery in patients over age 70*. Am surg, 1987; 53:636-640.
- 10) Reiss R., Deutsch A., Nudelman I.: *Surgical problems in octogenarians: epidemiological analysis of 1083 consecutive admissions*. World J Surg, 1992; 16:1017-1021.
- 11) Nano M., Lanfranco G.: *Riabilitazione del paziente anziano operato*. Boll Soc it Chir Ger, 1996; 5:11-15.

### *Autore corrispondente:*

Dott. Gregorio TUGNOLI  
Chirurgia d'Urgenza e del Trauma  
L.go Nigrisoli, 2  
40133 BOLOGNA  
Tel.: 0516478860  
Fax: 0516478585  
E-mail: gregorio.tugnoli@ausl.bologna.it

