

La qualità in chirurgia oncologica coloretale

F. BANCHINI, S. ALBERTARIO, R. DELFANTI, E. BALDINI, P. CAPELLI

U.O. di Chirurgia Generale, Vascolare e Senologica Ospedale, "G. da Saliceto" - ASL Piacenza

SUMMARY: **Quality in oncological colorectal surgery.**

F. BANCHINI, S. ALBERTARIO, R. DELFANTI, E. BALDINI, P. CAPELLI

Prognostic value of good oncological colorectal surgery is now evaluated by the number of lymphnode dissected, particularly the stadiation of the patients is in strong relation between the number of nodes dissected and the overall survival, especially in stage II.

The aim of the study is to provide an adequate oncological resection for all patients by stimulating surgeons to perform a more extensive bowel resection with finest nodal dissection. In a two years period since 2007 to 2008, to achieve a more extensive lymphectomy and also minimize local recurrence, a minimum of 5 cm in distance of resection margin was arbitrary fixed for colonic cancer. As reported in literature the distal margin for medium rectal cancer was fixed in 4 cm and 2 cm for lowest rectum.

The data collected showed an improvement in the number of patients with more than 5 cm resection margin for colonic cancer raising from 81% in 2006 (before the beginning of the study) to 92,2% in 2007 and 92,4% in 2008. Also the number of patient with more than 12 nodes raised from 94% in 2006, to 98% in 2007 and 100% in 2008. In rectal cancer the results were similar with 81% in 2006, 96% in 2007 and 100% in 2008.

These data suggest that interesting surgeon to perform an extensive and finest surgical dissection permit to join a correct oncological surgery in most patients.

KEY WORDS: colorectal cancer, node dissection, limphadenectomy.

Scopo

Lo standard chirurgico attualmente accettato nella chirurgia coloretale prevede l'asportazione di almeno 12 linfonodi (1), fattore considerato indispensabile per una corretta stadiazione dei pazienti a recentemente proposto come indicatore di qualità per un corretto gesto chirurgico (2).

In seguito alla valutazione retrospettiva dei risultati chirurgici ottenuti nel 2006 si è proposto di migliorare la qualità della chirurgia coloretale verificando e sensibilizzando i chirurghi dell'equipe a tale miglioramento. Si è quindi cercato di ottenere delle resezioni coloretali con maggior margine possibile e la contemporanea asportazione di un numero maggiore di linfonodi, permettendo di migliorare la stadiazione dei malati, nonché la qualità oncologica.

Metodi

A partire dal gennaio 2007 si è iniziato a sensibilizzare e indicare come resezione chirurgica qualitativamente efficace, quella con almeno 5 cm dalla neoplasia per le resezioni coliche, mentre di 4 cm per le resezioni del retto medio e 2 cm per le resezioni del retto basso. Tutte le resezioni necessitavano l'asportazione di almeno 12 linfonodi. A questo proposito sono stati anche sensibilizzati i colleghi anatomopatologi al fine di una meticolosa ricerca.

L'analisi dei dati è stata poi paragonata con i dati dell'anno precedente all'inizio del lavoro (2006) valutando se vi è stato un miglioramento di qualità.

Sono stati valutati la distanza media di resezione ed il numero medio di linfonodi asportati. Tali dati sono stati poi suddivisi e rivisti per ogni classe TNM. Sono stati esclusi dallo studio tutte le resezioni eseguite in regime d'urgenza e quelle con ricovero diretto non programmato. Durante lo studio si è reso necessario escludere anche le resezioni di colon trasverso in quanto nella maggior parte dei casi avente sempre margini di resezioni e numero di linfonodi inferiori a quelli concordati, questo nonostante il tentativo di raggiungere l'obiettivo, ed in particolar modo probabilmente dovuto alla eccessiva retrazione del pezzo operatorio. I valori del margine chirurgici sono sempre stati valutati con invio del pezzo immediatamente a fresco, con risultato comunicato direttamente in comparto operatorio.

Corrispondenza Autore:
Dott. Filippo Banchini
Via Taverna, 39 - Piacenza
E-mail: filippobanchini@virgilio.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Risultati

Sono state analizzate 178 resezioni coloretali di cui 124 resezioni coliche e 54 resezioni di retto.

Rispettivamente sono state: nel 2006, 47 resezioni coliche e 21 resezioni rettali, di cui 5 con resezione sincrona di metastasi epatiche; nel 2007 sono state 38 e 22, con 4 resezioni di metastasi epatiche; nel 2008 sono state 39 e 11, con 3 resezione di metastasi epatica.

Per le resezioni coliche la distanza media è stata simile nei tre anni con 7,93 cm nel 2008, 9,68 e 8,27 rispettivamente nel 2007 e 2006. Tra questi tuttavia solo in tre casi (7,6%) la resezione è stata inferiore a 5 cm sia nel 2008 che nel 2007 mentre nel 2006 ciò è avvenuto in 10 casi (11%). Per quanto riguarda i linfonodi, anche in questo caso i risultati sono simili con una media di 21 asportati per il 2008, 18 nel 2007 e 19 nel 2006; in particolare nel 2008 non si è verificato nessun caso con meno di 12 linfonodi, nel 2007 solo un caso (2%) mentre nel 2006 si sono verificati 3 casi (6%). La distanza media tra il tumore in rapporto alla infiltra-

zione di parete T della classificazione TNM è stata rispettivamente, negli anni 2006-2007-2008: simile nei T1 con 8,25-7,42-8,53 cm; simile ma quantitativamente aumentata negli ultimi 2 anni per i T2 con 8,8-12,4-9,9, ed anche per i T3 con 8,09-9,7-9,1; mentre nei T4 la distanza è stata 7-7-4,5. Nei T4 tuttavia l'analisi non può essere considerata attendibile in quanto il numero è troppo esiguo con 1 caso nel 2006, 2 nel 2007 e 2 nel 2008 ed anche perché è notevolmente più importante il margine circonfenziale.

Il numero di linfonodi asportati non ha subito invece variazioni in base allo stadio T di infiltrazione (vedi Tabella 1).

Nella valutazione dei tumori del retto ha visto invece un incremento progressivo nella distanza media di resezione passata da 4 cm nel 2006 a 4.82 nel 2007 fino a 5.19 nel 2008.

Il valore medio di linfonodi asportati è stato simile nei tre casi 18 nel 2006 e 21 nel 2007 e 2008, ma le resezioni con numero di linfonodi inferiore a 12 è stato 4 (19%) nel 2006, 1 (4%) nel 2007 e nessuno nel 2008.

TABELLA 1

Tumori del colon			
	2008 (39)	2007 (38)	2006 (47)
Media distanza generale	7.93 (3 meno di 5cm)	9.68 (3 meno di 5 cm)	8.27 (10 meno di 5 cm)
Media linfonodi generale	21 (0 meno di 12 linfonodi)	18 (1 meno di 12 linfonodi)	19 (3 meno di 12 linfonodi)
Non residui neoplasia	3	3	4
A	4	5	9
B1	9	7	4
B2	13	13	16
B3	0	0	0
C1	3	4	1
C2	4	4	7
C3	2	0	1
D	1	2	5
T1	4	7	10
T2	12	9	6
T3	18	17	26
T4	2	2	1
N0	26	25	30
N1	6	6	8
N2	4	4	5
M+	1	2	3
Media distanza t1	8.25	7.42	8.53
Media linfonodi t1	16	14.7	11.4
Media distanza t2	9,9	12.4	8.8
Media linfonodi t2	22,8	16.22	16.5
Media distanza t3	9,2	9.7	8.09
Media linfonodi t3	21,5	21	22.7
Media distanza t4	4.25	7	7
Media linfonodi t4	20	21	21

TABELLA 2

Tumori del retto			
	2008 (11)	2007 (22)	2006 (21)
Media distanza generale	5.19 (3,5-8,5)	4.82	4
Media linfonodi generale	21 (0 meno di 12 linfonodi)	21 (1 meno di 12 linfonodi)	18 (4 meno di 12 linfonodi)
Non residui neoplasia	1	2	0
A	1	4	3
B1	1	0	1
B2	2	6	7
B3	1	0	3
C1	1	2	1
C2	1	6	4
C3	1	0	1
D	2	2	1
T1	1	4	3
T2	2	3	4
T3	5	11	9
T4	2	2	5
N0	5	11	14
N1	2	6	3
N2	3	3	4
M+	2	2	2
Media distanza t1	3.6	4.32	4.66
Media linfonodi t1	27	18	11.33
Media distanza t2	5	3.83	3.5
Media linfonodi t2	18	22	15.25
Media distanza t3	5.3	5.19	3.53
Media linfonodi t3	22.8	22.54	22.5
Media distanza t4	6.75	4.85	4.9
Media linfonodi t4	18	29.5	16.8

Anche in questo caso il rapporto tra infiltrazione parietale e distanza dalla resezione è stata rispettivamente dal 2006 al 2008: 4,66-4,32-3,6 nei tumori T1, 3,5-3,83-5 nei tumori T2, nei tumori T3 sono stati 3,53-5,19-5,3, mentre nei T4 4,9-4,85-6,75. Il numero di linfonodi asportati anch'esso in rapporto allo stadio T è stato invece dal 2006 al 2008: nei T1 11,3-18-27, nei T2 15,2-22-18, nei T3 22,5-22,5-22,8 e nei T4 16,8-29-18 (vedi Tabella 2).

La valutazione della fascia mesoretale iniziata nel 2007 ha visto 5 mesoretti considerati integri, 12 con lesioni inferiori a 0,5 cm, 3 con lesione compresa tra 0,5 ed 1 cm, 2 con lesioni maggiori di 1 cm.

Nel 2008 sono stati riscontrati 6 con fascia mesoretale integra, 2 con lesione inferiore a 5 mm, 2 tra 0,5 e 1 cm ed 1 con lesione profonda con muscolare visibile nella parte anteriore della fascia mesoretale.

Nei casi di resezione del retto ultrabasso con anastomosi coloanale meccanica o manuale con mucosec-

tomia annessa non si è mai verificato un margine inferiore ai 2 cm.

Discussione

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia nella società occidentale (3) ed è di gran lunga la patologia maggiormente trattata nella maggior parte di istituti di chirurgia generale.

Le nuove tecnologie, conoscenze e cure hanno inoltre permesso di spingere notevolmente le indicazioni chirurgiche modificando le tecniche di intervento cercando di garantire la possibilità di interventi radicali ed oncologicamente sicuri sia negli interventi per via laparotomica che laparoscopica.

A fronte di tali aspettative si è cercato di mettere in prima posizione la qualità della chirurgia oncologica

cercando di valutare criticamente e di migliorare i risultati ottenuti in precedenza.

L'importanza di una resezione oncologicamente corretta è stata recentemente sottolineata da Lecaine (2) il quale propone come indicatore di una buona chirurgia l'asportazione di almeno 12 linfonodi per valutare la qualità della resezione. L'importanza di questo è dettata da diversi studi (4, 5) che dimostrano come i pazienti sottostadiati possono avere un aumentato rischio di recidiva locale e un peggior outcome, soprattutto nei pazienti a stadio II (T3N0) nei quali la sopravvivenza risulta del 64% in caso di 1 o 2 linfonodi esaminati rispetto all'86% di sopravvivenza in caso di almeno 25 linfonodi esaminati (6). Infatti è stato riconosciuto che nei pazienti con identificazione di meno di 13 linfonodi si ha un falso negativo nella stadiazione del 10% (7). In letteratura i risultati sono peraltro scarsamente incoraggianti in quanto molte delle resezioni coliche eseguite non mantengono i criteri oncologici correttamente definiti con il 35% di pazienti nei quali non sono asportati neanche 10 linfonodi (8) ed addirittura solo il 37% con asportazione di almeno 12 linfonodi (9). Dall'analisi eseguita abbiamo verificato che la qualità oncologica è stata garantita nella maggior parte dei pazienti, avendo nelle resezioni coliche prima dello standard fissato l'11% dei casi con distanza di resezione inferiore a 5cm, mentre nel 2007 e 2008 rispettivamente il 7,8% e 7,6% denotando un sensibile miglioramento dell'atteggiamento oncologico. Allo stesso modo si è verificato per il numero di linfonodi asportati cambiando dal 6% di casi nel 2006 con numero di linfonodi ridotto inferiore a 12, ad 1 caso 2% nel 2007 e nessun caso nel 2008.

Gli stessi valori valutati in rapporto allo stadio di infiltrazione parietale hanno presentato anch'essi le stesse variazioni con un trend di miglioramento. Per quanto concerne i tumori del retto si è verificata la stessa cosa con trend di miglioramento netto progressivo negli anni, infatti la distanza di resezione tumorale è passata da 4 cm nel 2006 a 4,82 nel 2007 fino a 5,19 nel 2008. per l'asportazione del numero adeguato dei linfonodi l'aumento è stato progressivo col 12% di casi a nume-

ro insufficiente nel 2006, riducendosi al 4% nel 2007 e a nessun caso nel 2008.

Conclusioni

Lo studio dimostra quindi che la sensibilizzazione dei chirurghi e la ricerca ad eseguire un intervento oncologicamente corretto permette di raggiungere un buon livello di chirurgia come proposto dalle linee guida internazionali.

Bibliografia

1. Nelson H, Petrelli N, Carlin A, Couture J, Fleshman J, Guillem J, et al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:583-96.
2. Lacaine F. La chirurgie ganglionnaire dans le cancer du colon *J chir* 2008 vol 145 nSH4 36-39.
3. American Cancer Society Web site. Cancer Facts and Figures 2004. Available at: http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF_fina1PWSecured.pdf. [Last accessed May 4, 2004.]
4. Joseph NE, Sigurdson ER, Hanlon AL, Wang H, Mayer RJ, MacDonald JS, et al. Accuracy of determining nodal negativity in colorectal cancer on the basis of the number of nodes retrieved on resection. *Ann Surg Oncol* 2003;10:213-8.
5. Wong JH, Severino R, Honnebler MB, Tom P, Namiki TS. Number of nodes examined and staging accuracy in colorectal carcinoma. *J Clin Oncol* 1999;17:2896-900.
6. Swanson RS, Compton CC, Stewart AK, Bland KI. The prognosis of T3N0 colon cancer is dependent on the number of lymph nodes examined. *Ann Surg Oncol* 2003;10:65-71.
7. Scott KW, Grace RH. Detection of lymph node metastases in colorectal carcinoma before and after fat clearance. *Br J Surg* 1989;76:1165-1167.
8. André T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2343-2351.
9. Baxter NN, Virnig DJ, Rothenberger DA, et al. Lymph node evaluation in colorectal cancer patients: a population-based Study. *J Natl Cancer Inst* 2005;95:219-225.