

L'anastomosi primaria nell'occlusione colica neoplastica in urgenza

L. PERSICO STELLA, M. DIANA, A. BUDAK, E. DI PUCCHIO, S. TOCCACELI

U.O.S. Endocrinocirurgia
(Responsabile: Prof. S. Toccaceli)
Ospedale Fiorini, Terracina (Lt)
Università degli Studi "Sapienza", Polo Pontino

RIASSUNTO: L'anastomosi primaria nell'occlusione colica neoplastica in urgenza.

Dal marzo 1997 al dicembre 2008 abbiamo riscontrato, durante la nostra attività di guardia chirurgica, 177 pazienti con ostruzione acuta intestinale. Questi pazienti rappresentano circa l'11% di tutti quelli ricoverati in urgenza presso la nostra divisione ed operati nel periodo di studio. Abbiamo selezionato 122 pazienti (66 M, 56 F), con età media di 73,9 anni (range 51-90), tutti operati entro le 24 ore dall'ingresso in pronto soccorso, che presentavano un carcinoma primitivo del colon-retto. Abbiamo eseguito una resezione primaria con anastomosi in 112 pazienti, con 103 suture manuali in duplice strato e 9 meccaniche; in 5 pazienti è stata associata una stomia decompressiva del tratto prossimale. Nei restanti 4 pazienti l'intervento eseguito è stato una resezione secondo Hartmann. Un paziente è deceduto intraoperatoriamente, mentre la mortalità post-operatoria è stata del 5%. Abbiamo registrato 8 deiscenze anastomotiche trattate con terapia medica e nutrizione parenterale. In 32 casi abbiamo registrato una infezione della ferita ed in 11 casi patologie respiratorie. L'occlusione acuta intestinale da neoplasia è una evenienza relativamente frequente, che mette in pericolo la vita del paziente. Non esiste ancora un trattamento standard di tale patologia e pertanto le procedure adottate, sono relazionate al paziente ed al quadro clinico riscontrato. Nella nostra esperienza, l'adozione di un intervento in un unico tempo, senza stomia derivativa ed anastomosi manuale, sembra essere la procedura più idonea e meno costosa, anche in situazione di emergenza-urgenza, con un basso indice di mortalità e morbilità.

PAROLE CHIAVE: neoplasia, colon-retto, occlusione, urgenza, anastomosi.

SUMMARY: One stage resection and anastomosis for acute obstruction from colon carcinoma.

From the March 1997 to December 2008 we have found, during our activity of surgical watch, 177 patients with intestinal acute obstruction. These patients represent around him 11% of all those in-patients in urgency near our division and operated in the period of study.

We have selected 122 patients (66 M, 56 F), with 73.9 year-old middle age (range 51-90), all operated within the 24 hours, with a primitive neoplasia of the colon. We have performed a primary resection with anastomosis in 112 patients, with 103 manual sutures in double layer and 9 mechanics; in 5 patients has been in partnership a ostomy. In the remainders 4 patient the performed intervention has been a resection according to Hartmann. We have recorded one patient intraoperative mortality, while post-operating mortality has been of 5%. We have recorded 8 deiscences, have been treated with medical therapy and parenteral nutrition. In 32 cases we have recorded an infection of the wound and in 11 cases respiratory pathologies. The intestinal acute occlusion is relatively a frequent eventuality, that puts in danger the life of the patient. A standard treatment of such pathology doesn't exist and still therefore the adopted procedures, the patient and the found clinical picture are reported to. In our experience, the adoption of an intervention in an only time, without ostomy and manual anastomosis, it seems to be the fittest and less expensive procedure, also in situation of emergency-urgency, with a low index of mortality and morbidity.

KEY WORDS: colo-rectal, neoplasia, obstruction, emergency, anastomosis.

Introduzione

Le neoplasie coloretali rappresentano, per incidenza, la più frequente forma di tumore dell'apparato digerente nei paesi occidentali. Tale patologia aumenta con l'età ed il rischio raddoppia ogni sette anni nei pazienti sopra i 50. Il 20-25% delle neoplasie coloretali presenta all'esordio complicanze tali da richiedere un trattamento chirurgico d'urgenza, costituendo un problema rilevante e particolarmente impegnativo (1). Infatti, nonostante le campagne di prevenzione per la diagnosi precoce e per la cura delle neoplasie, ancora oggi buona parte dei ricoveri in un reparto di chirurgia d'urgenza è composto da patologie di natura neoplastica (2). In elezione la terapia chirurgica delle neoplasie coloretali risulta essere ampiamente standardizzata con bassa mortalità e morbilità. Al contrario la terapia chirurgica d'urgenza è attuata su pazienti in condizioni generali scadute; in quest'ultimo caso, l'obiet-

Corrispondenza Autore:
Dott. Luigi Persico Stella
Viale San Lorenzo, 68 - 00040 Ardea (Roma)
E-mail: persicostella.luigi@libero.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

tivo della chirurgia d'urgenza è il trovare un compromesso tra un minimo stress per un paziente in una situazione patologica acuta e la massima radicalità oncologica per un tumore che nella maggior parte dei casi è ad uno stadio molto avanzato. L'intervento chirurgico d'urgenza, per tali pazienti, è gravato da elevate percentuali di morbilità (20-35%) e mortalità (5-19%). Inoltre, va sottolineato come l'approccio chirurgico nelle sedi distali, contrariamente a quanto si verifica per le neoplasie del colon ascendente, non è standardizzato e rimane ancora controverso, influenzato da vari fattori quali l'età e le condizioni generali del paziente, l'esperienza dell'operatore. La scelta si pone tra gli interventi in due tempi e la resezione con anastomosi immediata, mentre l'approccio a tre tempi è ormai pressoché abbandonato (3-5).

Casistica personale

Nella nostra esperienza abbiamo osservato 122 pazienti (66 M, 56 F), con patologia neoplastica del grosso intestino ed età media di 69,2 anni, tutti operati entro le 24 ore dall'ingresso in pronto soccorso. La sede dell'occlusione riguardava: la valvola ileocecale in 3 casi, il colon dx in 23 casi, la flessura epatica in 6 casi, il colon traverso in 11 casi, la flessura splenica in 10 casi, il colon discendente-sigmoido in 49 casi, la giunzione retto-sigmoido in 15 casi, il retto in 3 casi (Figg. 1, 2). In 4 casi abbiamo riscontrato una perforazione diastatica del cieco, in 5 casi una carcinosi peritoneale, in 15 casi vi era infiltrazione di organi adiacenti (6 con la vescica, 3 con la parete addominale, 3 con lo stomaco, 2 con il tenue, 1 con la colecisti). In 7 casi abbiamo riscontrato delle localizzazioni metastatiche epatiche, 5 casi di fistole colo-coliche ed 1 caso di fistola colo-vescicale. Abbiamo eseguito una resezione-anastomosi in



Fig. 1 - Notevole dilatazione delle anse intestinali a monte della neoplasia.

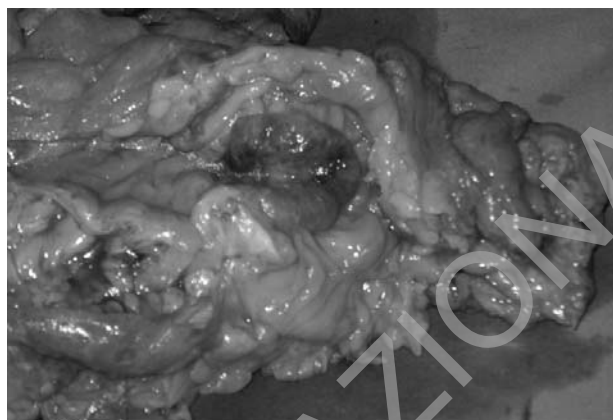


Fig. 2 - Neoplasia stenosante il lume intestinale.

un unico tempo ed in modo radicale in 112 di essi, con anastomosi manuale in duplice strato in 103 (Fig. 3) e meccanica in 9; in 5 pazienti abbiamo praticato una stomia decompressiva; un paziente è deceduto in corso di intervento; nei restanti 4 pazienti abbiamo eseguito un intervento secondo Hartmann. Nel periodo post-operatorio 6 pazienti (5%) sono deceduti. La morbilità è stata caratterizzata da parziale deiscenza subclinica (8 casi, 6,5%), risolta con il solo trattamento medico e nutrizionale, da patologie respiratorie (11 casi, 9,8%) ed in 32 pazienti (26%) abbiamo riscontrato una infezione della ferita.



Fig. 3 - Anastomosi manuale.

Discussione e conclusioni

Il trattamento chirurgico delle occlusioni da cancro del retto continua ad essere al centro di dibattito nella

letteratura scientifica (1, 4, 5). Negli ultimi anni si è assistito ad una maggiore propensione verso il trattamento in un tempo unico, al fine di assicurare una riduzione delle complicanze, un significativo miglioramento del decorso clinico ed una diminuzione dei costi. Inoltre, nonostante un sensibile miglioramento dell'assistenza e delle tecniche chirurgiche, le percentuali di complicanze e mortalità sono spesso influenzate dalla presenza di patologie concomitanti (1, 6). Infatti, nella nostra casistica, la scelta di non eseguire un intervento in un tempo è stato dettato dalla valutazione delle condizioni generali del paziente. Anche nella nostra esperienza, così come in letteratura, la presenza di patologie concomitanti, è associata all'insorgenza di severe complicanze post-operatorie sistemiche in maniera significativamente aumentata rispetto all'età od alla sede della lesione.

Il perfezionamento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza perioperatoria hanno portato ad un incremento delle anastomosi immediate nel trattamento chirurgico delle occlusioni neoplastiche del colon sinistro e del sigma retto (5). La scelta del tipo di intervento da eseguire deve essere posta in relazione alle condizioni generali del paziente, allo score ASA, allo stadio della neoplasia ed alla presenza di patologie associate. Benchè non esista ancora un trattamento standard di tale patologia, nella nostra esperienza l'adozione di un intervento in un unico tempo, senza

stomia derivativa e con anastomosi manuale, sembra essere la procedura più idonea anche in situazione di emergenza/urgenza con un basso indice di mortalità e morbilità.

Bibliografia

1. Toccaceli S, Persico Stella L, Diana M, Dandolo R, Donfrancesco A. Le neoplasie del grosso intestino in urgenza: Nostra esperienza. *Chirurgia Italiana* 2004;56:661-668.
2. La Torre F, Persico Stella L, Nicolai AP, Nicastro A. Valutazione di più tests per la ricerca del sangue occulto nelle feci in cases finding per l'identificazione delle neoplasie coloretali. *Il Giornale Italiano di Chirurgia* 1996;50(2):112-117.
3. Persico Stella L, Dandolo R, Diana M, Donfrancesco A, Ballista Ferrer, Di Schino C, Toccaceli S, Negro P. L'occlusione intestinale in urgenza: come intervenire". *Minerva Chirurgica* 2005;60(S1):145-146.
4. Anderson JH, Hole D, McArdle CS. Elective versus emergency surgery for patients with colorectal cancer. *Br J Surg* 1992; 79:706-709.
4. Sergi M, Coppola S, Burchio G, Lepore R, Perrotta F, Froncillo C, Carlomagno N. Trattamento chirurgico delle occlusioni neoplastiche del retto. *Ann Ital Chir* 2001;LXXII(S2):497-499.
6. Persico Stella L, Diana M, Dandolo R, Budak A, Di Pucchio E, Martellucci A, De Bonis S, Toccaceli S. Adenocarcinoma sincrono coloretale: la nostra esperienza in urgenza. *Minerva Chirurgica* 2008;63(S1):90-92.