

Senilità e chirurgia

O. Terranova

Nei paesi industrializzati si è assistito ad un progressivo aumento della vita media che ha determinato un rapido incremento della popolazione anziana; l'aspettativa di vita si è quasi duplicata, passando dai circa 50 anni dei primi del '900 agli 80 attuali.

La chirurgia deve fare i conti con la necessità di rispondere alle nuove esigenze della società. L'evoluzione chirurgica di questi ultimi anni è stata caratterizzata da grosse novità e risultati importanti che hanno creato le premesse più favorevoli per un radicale mutamento nei confronti del paziente anziano che sino a 20 anni fa non veniva operato se non per grave necessità. Oggi il paziente anziano, considerato un intoccabile nel mondo chirurgico, è divenuto un soggetto da trattare al pari dell'adulto.

La chirurgia geriatrica non può più essere considerata, al pari della chirurgia d'urgenza, una chirurgia d'assalto. Vi sono alcuni concetti fondamentali che dobbiamo oramai ritenere acquisiti: l'età avanzata non è una controindicazione a priori ad un intervento chirurgico, è l'età biologica che conta non quella anagrafica; è necessaria una adeguata preparazione pre-chirurgica per rendere sufficientemente sicuro l'intervento ed altrettanto necessaria è l'accurata osservazione dell'iter post-chirurgico; la valutazione della spettanza di vita attiva rappresenta il "goal" più importante, perché ciò cui dobbiamo mirare è la qualità della vita del soggetto anziano.

Se un tempo il chirurgo si occupava principalmente di trattare la patologia, oggi l'atto terapeutico deve essere modulato specie in funzione della presenza di situazioni patologiche concomitanti, ricorrendo se necessario anche solo a trattamenti palliativi.

Quasi l'80% dei pazienti anziani candidati ad un trattamento chirurgico ha già subito almeno un episodio patologico di un qualche rilievo e quindi un intervento chirurgico su un tale malato, sebbene ben programmato e ben condotto, può rompere il fragile equilibrio preesistente. La chirurgia geriatrica deve essere soprattutto attenta valutazione del rischio e se fondamento del rischio sono le complicanze postoperatorie allora la chirurgia geriatrica è accuratezza della preparazione e certosina attenzione nell'assistenza.

Ricordiamoci che l'invecchiamento comporta delle fisiologiche variazioni della funzione respiratoria, della funzionalità cardiovascolare, della situazione neurologica, dell'emuntorio renale ed anche variazioni dello stato nutrizionale.

La saturazione d'ossigeno diminuisce, il riflesso della tosse si impigrisce, la clearance mucociliare rallenta, aumentano i rischi di atelettasia ed infezioni broncopulmonari acute che possono sovrapporsi ad una broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) preesistente. L'allettamento perciò deve essere ridotto al minimo ed eventualmente prevedere un trattamento fisioterapico.

Se l'arteriosclerosi e le probabilità di coronaropatia aumentano con l'aumentare dell'età può essere allora ragionevole sottoporre i pazienti più anziani ad un ecocardiogramma e ad una valutazione sotto sforzo. Irrrinunciabile una profilassi antitrombotica.

La funzione renale diminuisce con l'età e quindi attenzione particolare va posta al bilancio elettrolitico ed al dosaggio dei farmaci eliminati per via urinaria. Tutto il sistema nervoso, centrale e periferico, invecchia ed allora nell'anziano sono più facili gli episodi di disorientamento, diminuisce l'efficienza della termoregolazione, possono insorgere problemi cognitivi e dello stato di coscienza.

Infine, anche lo stato nutrizionale è fondamentale, in quanto morbilità e mortalità postoperatorie e tempi di degenza sono aumentati nei pazienti malnutriti rispetto a quelli in buon stato nutrizionale.

È ovviamente importante anche distinguere il tipo di chirurgia – toracica, addominale, vascolare – in quanto comportano problemi, rischi e risultati diversi.

Per quanto concerne la chirurgia toracica, è ben noto a tutti come l'incremento del cancro del polmone sia stato così vorticoso da diventare la principale causa di morte per tumore maligno. A differenza di quanto avviene per la chirurgia addominale, nella chirurgia toracica l'indicazione pone spesso maggiori perplessità anche se è noto che, a parte il microcitoma, la unica terapia oggi capace di migliorare la prognosi è quella chirurgica, eventualmente associata ad un trattamento neoadiuvante. Gli apparati cardiaco e respiratorio sono quelli più esposti all'usura del tempo e in un paziente anziano l'asportazione di una parte di parenchima polmonare funzionante o anche l'esecuzione di una semplice toracotomia esplorativa, possono provocare una insufficienza respiratoria grave non più compensabile.

Lo studio accurato della funzionalità respiratoria diventa quindi l'elemento fondamentale della diagnostica preoperatoria, quando si deve decidere se un paziente può essere operato ed in particolare quanto parenchima polmonare può essere asportato. Nei pazienti adulti la principale causa di inoperabilità è "broncoscopica" e dipende da un interessamento dell'albero bronchiale tale da impedire una exeresi, mentre nelle classi dei pazienti più anziani la principale causa di inoperabilità è "spirometrica" e dipende dalla insufficiente funzionalità respiratoria.

Un tempo di fronte ad un cancro del polmone l'intervento considerato oncologicamente ideale era la pneumonectomia, ma ben presto ci si è resi conto che la lobectomia con svuotamento linfatico dava gli stessi risultati di sopravvivenza con mortalità e morbilità molto minori.

Il principio dell'exeresi economica anche in campo oncologico polmonare, valido per i pazienti di ogni età, diventa assoluto per il paziente anziano ed a tale proposito sono stati messi a punto interventi tipo "sleeve resection", che permettono di eseguire resezioni parziali per tumori per i quali un tempo si praticava di necessità la pneumonectomia. Inoltre, l'avvento delle moderne tecniche di chirurgia toracica miniinvasiva ha offerto ulteriori possibilità di "risparmio" funzionale nel paziente anziano. Ricordiamo: videotoroscopia (VTS) diagnostica ed operativa, chirurgia toracica video-assistita (VATS), minitoracotomia ascellare e toracotomia con risparmio muscolare.

Va tuttavia sottolineato che, in modo ancor più vistoso di quanto non si registri nella chirurgia addominale, anche nella chirurgia toracica il vero problema è rappresentato dal "grande anziano", perché proprio in questa fascia d'età l'incremento della mortalità è notevolissimo.

Riguardo la chirurgia addominale, l'incidenza delle complicanze postoperatorie e della mortalità operatoria degli interventi eseguiti in elezione, come è facilmente prevedibile, aumenta nei pazienti anziani: in particolare le complicanze crescono di circa il 6% e la mortalità di circa il 30%. Sono dati, specie per quanto riguarda la mortalità, che a prima vista potrebbero allarmare e potrebbero indurre ad una revisione delle indicazioni chirurgiche soprattutto nel "grande anziano", ma non si deve dimenticare che si tratta di incrementi percentuali sulla mortalità operatoria di pazienti giovani o relativamente giovani, mortalità che al giorno d'oggi è ormai estremamente bassa. Un incremento percentuale del 30% è quindi, in termini assoluti, ancora accettabile, vista l'evoluzione spesso infausta della patologia da trattare.

La chirurgia geriatrica quindi, un tempo ritenuta proibitiva, oggi non lo è più a patto che l'indicazione venga attentamente valutata, che il paziente venga attentamente studiato e, soprattutto, preparato. È preferibile rinviare l'intervento anche di qualche settimana e così poter adeguatamente riequilibrare il paziente piuttosto che operare in una situazione di equilibrio precario.

È quanto forzatamente avviene nelle situazioni di urgenza, in cui la preparazione è breve e spesso incompleta: l'incidenza delle complicanze e della mortalità è allora nell'anziano nettamente più elevata (24% e 96%, rispettivamente) che nel paziente adulto.

I risultati della chirurgia dell'anziano potranno migliorare se si avranno a disposizione ambienti specialistici con personale opportunamente preparato, con adatte strutture riabilitative, dove – rilievo psicologico importante – l'atteggiamento clinico porti a vedere nel paziente anziano un malato da recuperare con maggiore impegno di un paziente che a parità di patologia abbia un minor numero di anni e viceversa.

Soprattutto nel postoperatorio il poter seguire con meticolosa sorveglianza i parametri cardiaci, respiratori, epatici, renali, ormonometabolici, il dare un giusto apporto calorico valutando esattamente la somministrazione di liquidi e di elettroliti, il praticare cure fisioterapiche respiratorie, l'attuare una precoce mobilizzazione sono condizioni indispensabili per ottenere il successo nel trattamento del paziente anziano.

Le complicanze fanno del malato anziano operato un paziente a rischio tanto più elevato quanto più avanzata è l'età, soprattutto se l'intervento è avvenuto in situazione di urgenza.

Un altro problema ancora molto dibattuto è quello dell'indicazione chirurgica per le neoplasie maligne dell'anziano. Noi riteniamo si debba intervenire radicalmente non diversamente da quanto normalmente si fa per i pazienti più giovani. Nei pazienti a medio rischio tendiamo ad eseguire ancora interventi radicali ma, qualora ciò non sia ragionevolmente possibile eseguiamo, e questa è una scelta ben precisa per tutti i malati ad alto rischio, interventi meno ampiamente demolitivi che, pure meno soddisfacenti sul piano oncologico, consentono tuttavia di asportare la massa neoplastica. Il rimuovere la neoplasia almeno nel suo focolaio primario, senza la pretesa di ampi svuotamenti linfoghiandolari, può facilitare la ripresa del paziente per il diminuito effetto tossico, può favorire l'azione di eventuali terapie associate, può evitare interventi d'urgenza.

Anche la chirurgia addominale nell'anziano appare impegnativa ma non proibitiva e relativamente svincolata dal parametro "età anagrafica". Fondamentale è preparare opportunamente il paziente all'intervento, prevenire l'insorgenza delle complicanze, eseguire l'intervento chirurgico con la maggiore accuratezza possibile, attuare cure riabilitative nel postoperatorio, soprattutto respiratorie, in modo da ridurre l'allettamento allo stretto necessario.

Ultima, ma non certo per importanza, la chirurgia vascolare che, per la gran parte, ha lo scopo di ristabilire la pervietà delle arterie stenosate od ostruite da processi arteriosclerotici. Anche se è vero che l'arteriosclerosi tende a manifestarsi con aspetti emodinamicamente importanti in soggetti sempre più giovani (al di sotto dei 50 anni), è pur sempre valido il concetto che questa affezione denuncia il reale indice di invecchiamento dell'uomo. Quasi sempre le lesioni arteriose sono diffuse a tutti i tretti collaterali (cerebrale, coronarico, renale, arti inferiori), anche se spesso solo uno – di solito gli arti inferiori – ha provocato la comparsa della sintomatologia clinica.

Per quanto riguarda la chirurgia diretta delle arterie e degli arti inferiori, sia che si tratti di bypass che di dissestruzioni, è ben noto che i migliori risultati si ottengono nei pazienti più anziani, mentre, quando l'arteriosclerosi colpisce individui di età inferiore ai 50 anni, gli insuccessi, dovuti soprattutto ad una riobliterazione, sono assai più frequenti. Ma uno degli aspetti più attuali ed interessanti della chirurgia vascolare riguarda gli interventi sui tronchi sopra-aortici ed è proprio in questo particolare settore che il chirurgo agisce in senso profilattico. Intendiamo riferirci al ripristino della pervietà delle arterie carotidee, principali fornitrici di sangue all'encefalo.

La dissestruzione di una carotide stenotica rappresenta oggi l'unico atto efficace per eliminare il rischio incombente di un ictus, quale può verificarsi al momento dell'ostruzione completa del vaso e che non lascia poi altro margine terapeutico se non la riabilitazione, spesso problematica ed incompleta. L'ostruzione carotidea interessa una significativa percentuale della popolazione, solitamente in soggetti tra i 40 ed i 70 anni, prevalentemente uomini.

Ma oltre alla prevenzione dell'ictus questa chirurgia consente un recupero della personalità, delle capacità mnemoniche ed intellettive, della continuità di applicazione. Questi risultati si ottengono nei soggetti che presentano lesioni stenosanti delle carotidi superiori al 50% del diametro del vaso. È ben noto, infatti, che quando la stenosi supera il 75% della sezione del vaso le capacità di autoregolazione del circolo cerebrale sono praticamente annullate e cadute della pressione sistemica comportano inevitabilmente delle cadute del flusso cerebrale. Si è venuto così configurando il quadro dell'ischemia cerebrale cronica "da basso flusso", le cui manifestazioni cliniche possono essere dei segni di lato, ma anche dei segni aspecifici, come modificazioni delle personalità, perdita della

memoria, confusione, incapacità a mantenere l'attenzione, sintomi che in una persona anziana possono non destare l'attenzione dell'esaminatore. Vogliamo sottolineare l'importanza della qualità della vita intellettuale, specialmente in una età nella quale l'esperienza di ciascuno dovrebbe essere utilmente comunicata ai giovani.

Le innovazioni tecnologiche anche in questo caso sono venute in aiuto del chirurgo vascolare e dei suoi pazienti anziani: possibilità di dilatazioni pneumatiche di brevi stenosi arteriose; possibilità di posizionamento per via transluminale, con guida radiologica, di *stents* nel trattamento degli aneurismi dell'aorta addominale ed anche toracica. Queste metodiche potrebbero risolvere in modo semplice delle situazioni anatomopatologicamente gravi e talvolta improponibili ad una chirurgia tradizionale.

Una società si disgrega se i giovani non ascoltano i vecchi, afferma Platone. Facciamo in modo che i vecchi possano ancora parlarci, starà poi a noi ascoltarli.

Bibliografia

Burnet W, McDafrey J: Surgical procedures in the elderly. Surg Gynecol Obstet, 1992; 134:221

Cole WH: Operability in the young and aged. Am Surg, 1999; 138:145.

Gritti G, Terranova O, Giunta G: Il rischio operatorio nella chirurgia dell'anziano. Giorn Geront, 1979; 27 (12):125.

Marti MC: Gerontochirurgie: experiences de la Clinique Universitaire de Chirurgie de Genève. Ann Anest Franc, 1997; 481:5-6.