

## Carcinoma colo-rettale nell'anziano: quale approccio chirurgico?

A. PETRINA, M. BADOLATO, P. COVARELLI, C. BOSELLI, G. NOYA

**RIASSUNTO:** Carcinoma colo-rettale nell'anziano: quale approccio chirurgico?

A. PETRINA, M. BADOLATO, P. COVARELLI, C. BOSELLI, G. NOYA

*Casistica mono-operatore di 135 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per carcinoma colo-rettale (CCR) tra il giugno 2004 e l'aprile 2008 nel nostro Istituto.*

*I pazienti sono stati divisi in due gruppi (A: <70 anni, n = 44, ♂ = 27 e ♀ = 17; B: ≥ 70 anni, n = 91, ♂ = 49 e ♀ = 42) e sono stati comparati dati clinici, patologici e chirurgici. In particolare sono stati analizzati range di età ed età media, ASA score, complicanze post-operative (maggiori e minori), mortalità a 30 giorni.*

*Un intervento con radicalità macroscopica (R0) è stato ottenuto in 41 (93%) e 76 (83%) pazienti rispettivamente nei gruppi A e B. Data la numerosità più che doppia del gruppo B rispetto al gruppo A, è facile intuire che a parità di numeri nei due gruppi si sarebbe potuta osservare una sovrapposibilità delle resezioni R0 nei due gruppi stessi.*

*Pur nella non omogeneità numerica dei due gruppi A e B, si è potuto osservare come l'età non sia un fattore determinante la strategia terapeutica chirurgica nel CCR, così come lo stato fisico dei pazienti.*

**SUMMARY:** Colorectal cancer in the elderly: which surgical approach?

A. PETRINA, M. BADOLATO, P. COVARELLI, C. BOSELLI, G. NOYA

*Single-operator case studies of 135 patients undergoing surgery for colon rectal carcinoma (CRC) between June 2004 and April 2008 in our Institute.*

*Patients were divided into two groups (A: <70 years old, n = 44, ♂ = 27 ♀ = 17, B: ≥ 70 years old, n = 91, ♂ = 49 ♀ = 42) and were compared clinical, pathological and surgical data. In particular, were analyzed age range and average age, ASA score, post-operative complications (major and minor), mortality at 30 days.*

*Surgical procedure with radical intent (R0) was achieved in 41 (93%) and 76 (83%) patients respectively in group A and B; Given the more than double the number in group B than in group A is easy to imagine that for equal numbers in both groups might have observed an almost equal R0 resections in both groups;*

*Despite the uneven number of groups A and B, it was noted that age is not a factor in determining the surgical therapeutic strategy in the CRC, as well as the clinical conditions of patients.*

**KEY WORDS:** Carcinoma colo-rettale - Anziano - ASA score - Radicalità oncologica.  
Colorectal cancer - Elderly - ASA score - Oncologic radicality.

### Premessa

L'incidenza del cancro del colon-retto si correla strettamente con il livello socio-economico della popolazione (anche per la notevole influenza sullo sviluppo della neoplasia da parte di fattori ambientali esterni): si va dal

60 per 100.000 abitanti degli Stati Uniti al 2.3 dell'India, allo 0.7 dello Zambia. Nei paesi industrializzati si avvicina per incidenza a quella del carcinoma gastrico e del carcinoma polmonare (nel sesso maschile) e del carcinoma mammario (nel sesso femminile), rappresentando attualmente il 15% di tutti i tumori ed essendo un'importante causa di mortalità per entrambi i sessi. In Europa e nei paesi occidentali in genere è la seconda causa di morte per tumore sia nell'uomo, dopo le neoplasie del polmone, sia nelle donne, dopo le neoplasie della mammella (7).

Nel periodo 1998-2002 il tumore del colon-retto, come sede aggregata, è risultato al 4° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnostiche negli uomini rappresentando l'11,3% del totale dei tumori, e al 3°

posto nelle donne rappresentando l'11,5% del totale. Fra le cause di morte tumorale, il colon-retto è stata la seconda in ordine di frequenza sia fra gli uomini (10,4% di tutti i decessi tumorali) sia fra le donne (12,4%).

Nell'area monitorata dal Centro Registri dei Tumori (AIRT) sono stati diagnosticati in media ogni anno 88,8 casi di tumore del colon-retto ogni 100.000 uomini e 70,3 ogni 100.000 donne.

Le stime per l'Italia indicano un totale di 20.457 nuovi casi diagnosticati fra i maschi ogni anno e 17.276 fra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 10.526 decessi per tumore del colon-retto fra i maschi e 9.529 decessi fra le femmine. Il rischio di avere una diagnosi di tumore del colon-retto nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 50,9‰ fra i maschi (1 caso ogni 20 uomini) e di 31,3‰ fra le femmine (1 caso ogni 32 donne), mentre il rischio di morire è di 17,3‰ fra i maschi e 10,0‰ fra le femmine.

In Umbria il carcinoma colo-rettale (CCR) ha un'incidenza di circa 290 casi/anno (160 ♂, 130 ♀) su un popolazione totale di circa 800.000 abitanti; la localizzazione topografica è: colon 65%; retto 25%; sigma-retto 55%.

La sopravvivenza globale a 5 anni è del 60% (minore nei maschi) mentre, stratificando la sopravvivenza a 5 anni per età, essa è del 60% sotto i 70 anni, del 50% sopra tale cut-off. Se consideriamo una stratificazione per stadio di malattia, la sopravvivenza a 5 anni passa da un 54% dello stadio III al 12% dello stadio IV (fonte: Registro Tumori Umbro di Popolazione 2005) (1-10).

## Pazienti e metodi

Al fine di determinare se l'età e lo stato fisico del paziente siano fattori discriminanti per una strategia terapeutica chirurgica radicale nel cancro colo-rettale, presentiamo una casistica mono-operatore di 135 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per CCR tra il giugno 2004 e l'aprile 2008 nel nostro Istituto.

I pazienti sono stati divisi in due gruppi (A: <70 anni, n=44, ♂=27 e ♀=17; B: ≥70 anni, n=91, ♂=49 e ♀=42) e sono stati comparati dati clinici, patologici e chirurgici. In particolar modo sono stati analizzati range di età ed età media, ASA score, range, complicanze post-operatorie (maggiori e minori), mortalità a 30 giorni.

TABELLA 1 - TIPOLOGIA INTERVENTI.

	Gruppo A	Gruppo B
Emicolectomia destra	11	39
Resezione trasverso	2	—
Emicolectomia sinistra	2	7
Resezione sigma	8	9
Resezione anteriore del retto	16	16
	(2 ileostomie)	(4 ileostomie)
Colostomia	—	4
Hartmann	1	8
Colectomia	4	5
Laparotomia esplorativa	—	3
Epatectomia destra sincrona	2	—
Resezioni epatiche sincrone	4	2

## Risultati

L'età media del gruppo A è di 59,6 anni (range 41-69); per il gruppo B è di 78,6 anni (range 70-96). Un intervento senza residuo macroscopico di malattia (R0) è stato ottenuto in 41 (93%) e 76 (83%) pazienti rispettivamente nel gruppo A e B; la tipologia degli interventi è riassunta nella Tabella 1, senza distinzione tra regime elettivo e di urgenza.

Data la numerosità più che doppia del gruppo B rispetto al gruppo A, è facile intuire che a pari numerosità dei due gruppi si sarebbe potuta osservare una sopravvivenza delle resezioni R0; l'ASA score è distribuito in tal modo:

- gruppo A: I=2, II=30, III=2 e IV=1;
- gruppo B: I=1, II=23, III=54 e IV=13.

Il tempo medio di ospedalizzazione è stato nel gruppo A pari a 11,7 giorni (range 4-24 giorni) e nel gruppo B 10,16 giorni (range 1-29 giorni).

Le complicanze post-operatorie sono state divise in maggiori (4 nel gruppo A, 9,1%; 10 nel gruppo B, 10,9%) e minori (2 nel gruppo A, 4,5%; 7 nel gruppo B, 7,6%) e sono riassunte nella Tabella 2.

La mortalità nei primi 30 giorni è stata di 1 paziente (2,3%) nel gruppo A e di 4 pazienti (4,3%) nel gruppo B (Tab. 3). Nel periodo di osservazione la mortalità è stata di 6 pazienti (13%) nel gruppo A e di 26 pazienti (28%) nel gruppo B (follow-up attualmente in corso).

TABELLA 2 - COMPLICANZE POST-OPERATORIE.

	Complicanze maggiori	Complicanze minori
Gruppo A	Infarto miocardico acuto (ASA IV) Occlusione intestinale (ASA II) Emoperitoneo (ASA I)	Febbre urosettica (ASA I e ASA II)
Gruppo B	Fistola anastomotica (ASA III) Infarto miocardico acuto (ASA III e ASA IV) Occlusione intestinale (ASA II) Emoperitoneo (ASA II e ASA IV)	Infezioni ferita (3 ASA III, 2 ASA IV) Addensamenti polmonari (ASA III e ASA IV) documentati radiologicamente e clinicamente

TABELLA 3 - MORTALITÀ A 30 GIORNI DALLA PROCEDURA CHIRURGICA.

	ASA score	Dukes	Intervento eseguito	Causa decesso
Gruppo A	III	D	Emicolectomia destra	Cachessia
Gruppo B	III	D	Hartmann	Infarto miocardico acuto
	IV	C2	Colostomia	Cachessia
	IV	D	Ciecostomia	Cachessia
	IV	D	Resezione sigma	Infarto miocardico acuto

## Conclusioni

Pur nella non omogeneità numerica dei due gruppi, si è potuto osservare come l'età non sia un fattore de-

terminante la strategia terapeutica chirurgica nel CCR, così come lo stato fisico dei pazienti. A parità di approccio chirurgico con intento radicale, il tasso di sopravvivenza è influenzato maggiormente dallo stadio della malattia

## Bibliografia

1. Cancer Institute. SEER cancer incidence public-use database, 1973-1998 review. Bethesda, MD, US department of health and human services, public health service, 2000.
2. Harrison, Neoplasie maligne dell'apparato gastroenterico in Principi di Medicina interna, 16° edizione, (in Italiano) New York - Milano, McGraw - Hill.
3. Cancer Institute. SEER cancer incidence public-use database, 1973-1998 review. Bethesda, MD, US department of health and human services, public health service, 2000.
4. Harrison, Neoplasie maligne dell'apparato gastroenterico in Principi di Medicina interna, 16° edizione, (in Italiano) New York - Milano, McGraw - Hill.
5. Associazione Italiana Epidemiologia: [www.epidemiologia.it](http://www.epidemiologia.it)
6. Associazione Italiana Registri Tumori: [www.registritumori.it](http://www.registritumori.it)
7. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) <http://seer.cancer.gov/>
8. Banche dati ISTAT [http://www.istat.it/dati/db\\_siti/](http://www.istat.it/dati/db_siti/)
9. Banche dati Ministero della Salute <http://www.ministerosalute.it/resources/static/servizi.jsp>
10. European Network of Cancer Registries <http://www.enrc.com.fr/>

L. Tabár, T. Tot, P.B. Dean (eds.)

# LA MAMMOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO DELLA MAMMELLA

Le calcificazioni a stampo: il segno di un istotipo  
con caratteristiche ingannevoli

Edizione italiana  
a cura di A. Frigerio

Volume cartonato  
di 328 pagine  
con 975 illustrazioni  
f.to cm 21x29  
€ 90,00



**CIC** Edizioni Internazionali

