

Esperienza preliminare nell'applicazione degli stent metallici autoespandibili per il trattamento delle stenosi maligne colo-rettali



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 127-130



Francesco Cantarella, Walter Bugiantella, Elvira Mingrone, Luigina Graziosi, Patrizia Ricci, Paolo Rossi, Annibale Donini

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Radiologiche e Odontostomatologiche, Sezione di Chirurgia Generale e d'Urgenza, Università degli Studi di Perugia.

Preliminary experience on the application of metallic stents for treatment of colorectal malignant stenosis

OBJECTIVE: Application of SEMS in treating colorectal obstruction caused by both intrinsic and extrinsic tumours.

METHODS: From December 2007 to February 2008 two patient underwent colorectal stenting. The first patient was affected by sigma neoplasia with multiple lung and liver metastases; the second one had a distal colonic obstruction caused by pelvic relapse of endometrial adenocarcinoma.

RESULTS: In both patients successful decompression, defined as complete relief of bowel obstruction as judged by clinical symptoms and radiographic observation, was achieved. The first patient died 1 month later for disease progression after the I cycle with Capecitabine. The second patient is undergoing the II cycle with Adriamicina and Cisplatino.

DISCUSSION: In our experience no precocious or posthumous complications were observed and we evaluated that SEMSs are useful in both intrinsic and extrinsic colorectal malignancies.

CONCLUSIONS: SEMSs allow a rapid decompression, reduce the number of emergency surgical procedures- and also the need for stomas- in poor general condition patients, achieving a better quality of life for patient with a short estimated life and a one-stage elective surgery for patient with resectable disease.

KEY WORDS: Colo-rectal neoplasia, Self-expanding metallic stent, SEMS, Bowel occlusion.

Introduzione

Le principali cause responsabili delle ostruzioni neoplastiche colo-rettali sono da ascrivere sia alle ostruzioni intrinseche causate da lesioni primitive sia alle neoplasie ad origine pelvica con un meccanismo di tipo invasivo o compressivo "ab estrinseco". Nella maggior parte dei pazienti con ostruzione acuta o cronica dell'intestino crasso si riscontrano condizioni generali compromesse, dovute alla grave disidratazione e al secondario squilibrio idroelettrolitico. Tale situazione comporta un elevato rischio operatorio ¹.

Gli stent permettono una rapida risoluzione dell'ostruzione colo-rettale riducendo del 23% gli interventi chi-

rurgici in regime di urgenza, gravati da un'elevata mortalità e morbidità, e riducendo altresì il numero di colostomie (dal 43% al 7%) ².

Gli stent si sono rivelati utili sia come terapia palliativa nei pazienti con neoplasie inoperabili o con elevato rischio chirurgico ^{3,4}, sia come "bridge to surgery" in quei pazienti con neoplasie operabili permettendo il completamento dello staging pre-operatorio, la correzione degli squilibri idroelettrolitici e l'eventuale programmazione di una radio/chemioterapia neoadiuvante allo scopo di ottenere una chirurgia R0 ^{5,6,7}.

Metodi

Due pazienti sono stati sottoposti a posizionamento di stent colico tra Dicembre 2007 e Febbraio 2008 presso la nostra struttura. Il primo era un uomo di 80 anni, affetto da occlusione intestinale distale da neoplasia stenotomica del sigma, con multiple metastasi epatiche e polmonari, cardiopatia ischemica cronica e broncopneumo-

Pervenuto in Redazione Maggio 2008. Accettato per la pubblicazione Ottobre 2008.

Per corrispondenza: Dr. Francesco Cantarella, Ospedale Silvestrini, S. Andrea delle Fratte, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, 06156 Perugia (e-mail: francesco.cantarella@alice.it)



Fig. 1: Paziente di 72 aa affetta da recidiva pelvica di adenocarcinoma endometriale determinante stenosi del sigma. A: Rx diretta addome dopo mdc., B: TC con mdc.

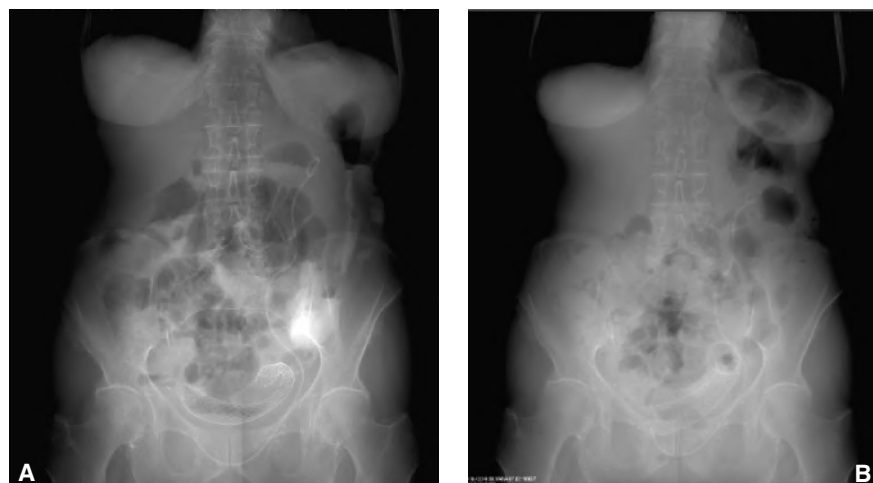


Fig. 2: Paziente di 72 aa affetta da recidiva pelvica di adenocarcinoma endometriale determinante stenosi del sigma. A: Controllo radiologico a 24 h. B: Controllo radiologico a 2 mesi.

patia ostruttiva cronica. La seconda paziente era una donna di 72 anni, con diagnosi radiologica ed istopatologica (biopsia TC-guidata) di recidiva pelvica di adenocarcinoma endometriale infiltrante l'uretere sinistro e il sigma, con secondarie idroureteronefrosi (trattata con stent ureterale) e occlusione (Fig. 1), in esiti di isteroannessectomia bilaterale e brachiterapia per adenocarcinoma endometriale G1 (FIGO 1B). In entrambi i pazienti è stato posizionato lo stent colico WallFlex™ (lunghezza dello stent 12 cm, diametro 25 mm). La procedura è stata preceduta dalla somministrazione di profilassi antibiotica (Metronidazolo 500 mg EV e Ceftriaxone 2 g EV). Il posizionamento dello stent è avvenuto con tecnica combinata endoscopica/fluoroscopica, con il paziente in sedazione ⁷. Durante la procedura l'utilizzo di un mezzo di contrasto idrosolubile ha permesso di escludere la presenza di perforazioni del viscere. In nessuno dei due casi si è effettuata una dilatazione della stenosi prima di procedere allo stenting. In seguito alla conferma, sia clinica che radiologica, dell'avvenuta decompressione

del viscere i pazienti sono stati rialimentati con dieta priva di scorie e si è proceduto alla somministrazione di lattulosio. Una radiografia diretta addome è stata eseguita a 24-48 h dalla procedura per confermare la completa espansione dello stent e la decompressione del colon. Dopo le prime 48 h i pazienti si sono alimentati con dieta libera.

Risultati

In entrambi i casi è stata raggiunta una completa decompressione, definita come risoluzione sia clinica che radiologica dell'ostruzione colica. Non sono state osservate complicanze precoci o tardive. Il primo paziente è deceduto ad un mese dalla procedura per progressione di malattia. La seconda paziente ha completato il secondo ciclo di chemioterapia; l'esame radiologico dell'addome ha confermato lo stent in sede a due mesi dal posizionamento.

Discussione

La nostra limitata casistica ha messo in evidenza che l'utilizzo degli stent colici auto-espandibili appare sicura, minimamente invasiva, permettendo di raggiungere una rapida decompressione delle ostruzioni coliche provocate sia da neoplasie intrinseche che estrinseche. Ciò è ampiamente dimostrato dal trial prospettico randomizzato "Stent-in 2 study"⁸, che ha indirizzato il paziente eleggibile o verso l'intervento chirurgico in regime d'urgenza o verso il posizionamento di stent come "bridge" in vista dell'intervento chirurgico d'elezione. I risultati ottenuti dal citato studio hanno evidenziato nel gruppo di pazienti sottoposti a "stenting" un miglioramento della qualità di vita, una minore morbidità e mortalità e una riduzione dei costi. D'altra parte lo studio prospettico randomizzato "Dutch Stent-in I"⁹ che comparava la chirurgia allo "stenting" per occlusioni da ostruzione maligna del colon non resecabile, è stato interrotto per l'elevato numero di perforazioni successive al posizionamento dello stent.

S.J.Shin e coll.¹⁰ hanno dimostrato un minor numero di complicanze (sanguinamento e perforazione) nelle procedure di stenting per stenosi estrinseche. Ciò si spiega alla luce delle minori alterazioni morfo-strutturali della parete del colon, causate dalle neoplasie estrinseche, che non risulta ulcerata, né friabile come nelle lesioni intrinseche, determinanti invece un aumento della fragilità parietale del viscere.

La maggior parte dei pazienti con ostruzione del colon causate da neoplasie non-colorettali estrinseche presentano un'alta morbidità e mortalità se indirizzati alla chirurgia, a causa sia della malattia spesso diagnosticata in stadi avanzati sia delle scadenti condizioni generali in cui versano questi pazienti. Quindi considerando la breve aspettativa e il drastico peggioramento della qualità di vita in caso di confezionamento di una stomia definitiva, lo stent sembra essere una valida e sicura alternativa alla chirurgia tradizionale, permettendo inoltre la somministrazione precoce di un'eventuale chemioterapia di salvataggio.

Lo studio retrospettivo di Faragher I.G. e coll.¹¹ ha paragonato, i risultati a 5 anni in termini di sopravvivenza dei pazienti sottoposti a "stenting" colico rispetto a quelli sottoposti a chirurgia palliativa per stenosi maligna non resecabile del colon sinistro, evidenziando in entrambi i gruppi pari sopravvivenza. Difatti la sopravvivenza media dopo stenting risultò di 14 mesi e dopo chirurgia di 11 mesi. Risultati simili sono stati evidenziati anche da un precedente trial randomizzato su un totale di 30 pazienti affetti da neoplasia ovarica o colorettale inoperabile con secondaria ostruzione colica; la sopravvivenza media in entrambi i gruppi risultò di 21 mesi.

Sebbene i dati risultino ancora limitati visto lo scarso numero di trial randomizzati, lo "stenting" colico risulta un valido trattamento delle ostruzioni coliche mali-

gne non suscettibili di terapia chirurgica radicale, apportando una migliore qualità di vita con costi limitati, minori complicanze e una riduzione dei tempi di degenza, senza però modificare la sopravvivenza media.

Conclusioni

La revisione della letteratura, abbinata alla nostra circoscritta esperienza, suggerisce la validità dell'impiego degli stents colici sia nelle neoplasie primitive colorettali sia nelle forme extra-viscerali¹². In tal modo si raggiunge una rapida risoluzione del quadro occlusivo con conseguente riduzione del numero di procedure chirurgiche d'urgenza (gravate da un'elevata morbidità, mortalità e necessità di derivazioni intestinali spesso permanenti) con conseguente miglioramento della qualità di vita nei pazienti terminali e una ottimale preparazione all'intervento nei pazienti operabili o candidati ad una terapia neoadiuvante con lo scopo, in entrambi, di procedere ad una chirurgia radicale.

Riassunto

L'obiettivo del lavoro è stato incentrato sulla applicabilità degli stent metallici auto espandibili alle ostruzioni colo rettili causate sia da processi neoplastici a sviluppo endoluminale sia da lesioni estrinseche. Tra Dicembre 2007 e Febbraio 2008 due pazienti sono stati sottoposti a "stenting" colico presso la nostra Unità; il meccanismo patogenetico dell'ostruzione, neoplastica in entrambi, era di tipo intrinseco nel primo caso ed estrinseco nel secondo. In entrambi i casi si è ottenuta la completa risoluzione del quadro occlusivo in assenza di complicanze precoci o tardive.

L'utilizzo di questi presidi permette da una parte il miglioramento della qualità di vita del paziente candidato a terapia palliativa e dall'altra rappresenta un ponte verso una chirurgia elettiva radicale.

Bibliografia

- 1) Fregonese D, Naspetti R, Ferrer S, Petruzzello L et al.: *Ultraflex precision colonic stent placement as a bridge to surgery in patients with malignant colon obstruction*. Gastrointest Endosc, 2008; 67:68-73.
- 2) E van Hooft J., Bemelman W.A., Breumelhof R., Fockens P. et al.: *Colonic stent as bridge to surgery vs emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: A multicenter randomized trial (Stent-in 2 study)*. BMC Surgery, 2007; 7:12.
- 3) Law WL, Choi HK, Lee YM, Chu KW: *Palliation for advanced malignant colorectal obstruction by self-expanding metallic stents: Prospective evaluation of outcomes*. Dis Colon Rectum, 2004; 47:39-43.
- 4) Rapici A, De Caro G, Luigiano C, Cennamo V, et al.: *Wallflex colonic stent placement for management of malignant colonic obstruction*.

- tion: a prospective study at two centers. *Gastrointest Endosc*, 2008; 67:1.
- 5) Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, Torreggiani W, Buckley M: *Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction*. *Am J Gastroenterol*, 2004; 99:2051-7.
- 6) Khot UP, Wenk Lang A, Murali K, Parker MC: *Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents*. *Br J Surg*, 2002; 89:9.
- 7) Keymling M: *Colorectal stenting*. *Endoscopy*, 2003; 35:234-38.
- 8) van Hooft JE, Bemelman WA, Breumelhof R, Fockens P., et al: *Colonic stenting as bridge to surgery versus emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomized trial (Stent-in 2 study)*. *BMC Surgery*, 2007; 7:12.
- 9) van Hooft JE, Fockens P, Marinelli AW, Bossuyt PM, Bemelman WA: *Premature closure of the Dutch Stent-in I study*. *Lancet*, 2006; 368: 1573-574.
- 10) Shin SJ, Kim TI, Kim WH et al.: *Clinical application of self-expandable metallic stent for treatment of colorectal obstruction caused by extrinsic invasive tumors*. *Dis Col Rectum*, 2008; 51: 1-6.
- 11) Faragher IG, Chaitowitz IM, Stupart DA: *Long term results of palliative stenting or surgery for incurable obstructing colon cancer*. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. *Colorectal Disease*, 2008.
- 12) Alcantara M, Serra X, Bombardò J, Navarro S et al.: *Colorectal stenting as an effective therapy for preoperative and palliative treatment of large bowel obstruction: 9 years' experience*. *Tech Coloproctol*, 2007; 11:316-22.