

La colectomia subtotale nel trattamento dell'occlusione meccanica da carcinoma del colon



Ann. Ital. Chir., 2005; 76: 569-572

Curzio Lorusso, Domenico Merlicco, Michele Nacchiero

U.O. di Chirurgia Generale "A. De Blasi", D.A.C.T.I., Sezione di Chirurgia Generale e Toracica, Università degli Studi di Bari
(Direttore: Prof. M. Nacchiero)

Subtotal colectomy in the treatment of neoplastic left colon obstruction

INTRODUCTION: *Subtotal colectomy and ileo-sigmoid or ileo-rectal anastomosis is a treatment worth of considering in patients affected by colonic neoplastic obstruction, as it shows low morbidity and mortality, and good results.*

CASE REPORT: *A case of bowel obstruction due to a stenotizing neoplasm of sigmoid colon is reported. The obstruction causes severe dilation before the stricture, particularly accentuated in the cecum, which showed very reduced wall thickness and initial signs of ischaemia.*

Staplers (GLA 75 and EEA 31) were employed to perform a quick and aseptic (removal of a closed specimen) surgical procedure, subtotal colectomy and L-T ileo-rectal anastomosis.

CONCLUSIONS: *According to personal experience, benefits and disadvantages related to its surgical options are considered by the Authors.*

KEY WORDS: Colorectal carcinoma, Subtotal colectomy.

Introduzione

In circa il 7%-23% dei pazienti il carcinoma coloretale dà segno di sé per l'insorgenza di occlusione, specialmente per tumori del trasverso e del colon sinistro; altre possibili complicanze sono la perforazione nella sede della neoplasia oppure una combinazione delle due complicanze in cui la perforazione si verifica in una sede prossimale del colon disteso rispetto alla patologia ostruttiva (3-8%); le complicanze del carcinoma del colon si osservano soprattutto in pazienti con età superiore ai 75 anni (44% dei ricoveri d'urgenza per carcinoma coloretale).

L'anestesia e l'intervento chirurgico nelle persone anziane (>75-80 anni) comportano un maggior rischio per i seguenti motivi:

– ridotta riserva funzionale organica;

- gravi squilibri idroelettrolitici legati all'occlusione (shock ipovolemico);
- sepsi (traslocazione batterica);
- patologie associate cardio-polmonari e diabete sono le più importanti.

I pazienti che presentano un'occlusione intestinale da carcinoma coloretale hanno una più elevata incidenza di mortalità post-operatoria entro 30 giorni dall'intervento ed una prognosi a distanza peggiore rispetto ai pazienti che vengano sottoposti ad intervento chirurgico per la stessa patologia, ma in condizioni non complicate in rapporto ad un grado più avanzato della patologia (no Dukes A e più Dukes C), alle condizioni di urgenza dell'intervento che non permettono una adeguata preparazione del paziente e ad un maggior numero di pazienti che vengano classificati in classe ASA (American Society of Anaesthesiologist) superiore in quanto spesso trattasi di pazienti anziani con patologie associate gravi. Il range di mortalità è del 14.20% e la sopravvivenza complessiva a 5 anni è del 24%.

In questo senso, la strategia chirurgica da sola deve considerarsi un elemento marginale nell'evoluzione diagnostica della patologia: la diagnosi precoce rappresenta l'unico elemento in grado di migliorare decisamente la prognosi evitando presentazioni d'urgenza del carcinoma

Pervenuto in Redazione Gennaio 2005. Accettato per la pubblicazione Maggio 2005.

Per la corrispondenza: Prof. Michele Nacchiero, Azienda Ospedaliera. Ospedale Policlinico Consorziale, U.O. di Chirurgia Generale "A. De Blasi", Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari (e-mail: m.nacchiero@chirurgia.uniba.it)

colorettale che ne penalizza in maniera significativa la sopravvivenza a distanza ¹.

La colectomia subtotala con ileo-sigmoido o ileo-retto-stomia non è una novità nel trattamento del carcinoma colo-rettale in occlusione. Nel 1914 Lane (Br J Surg, 1914-15; 2: 599-608) suggerì l'ipotesi di rimuovere l'intero colon dilatato prossimalmente all'ostruzione del colon sinistro, mentre nel 1974 Fielding e Wells hanno dimostrato che un trattamento in un tempo unico può migliorare la prognosi di questi pazienti ².

Mentre il trattamento delle neoplasie stenose e/o perforate del colon destro si avvale della emicolectomia destra, più o meno allargata, anche in presenza di distensione dell'intestino tenue e di peritonite (mortalità da deiscenza anastomotica del 16-20%), le opzioni terapeutiche sono diverse nei casi in cui l'occlusione interessi il colon sinistro a valle della fessura splenica (discendente-sigma) potendo variare da una semplice stomia decompressiva ad un trattamento in due tempi (procedura di Hartmann) ad una resezione anastomosi immediata (emicolectomia sinistra con o senza lavaggio colico intraoperatorio, colectomia totale-subtotale).

Sebbene la resezione – anastomosi in un solo tempo delle neoplasie complicate del colon sinistro possa comportare rischi operatori severi, il trattamento immediato della patologia neoplastica con ripristino immediato della continuità intestinale determina una minore incidenza di recidiva del tumore a 5 anni di distanza. D'altra parte questa importante considerazione è stata suffragata da studi anche datati, in cui le cellule neoplastiche sono state trovate nel sangue venoso della mesenterica inferiore suggerendo che un eventuale ritardo nella rimozione del tessuto neoplastico può determinare una diffusione maggiore a distanza del tumore.

Queste considerazioni devono poi essere associate al fatto che anche i trattamenti per gradi sono comunque gravati da un'elevata morbilità e mortalità se comparati ai trattamenti in unico tempo.

Caso clinico

M.F. di anni 75, sesso femminile

Anamnesi familiare, fisiologica e patologica remota: nulla di particolare.

Anamnesi patologica prossima: da alcuni mesi (2-3) riferisce la comparsa di algie addominali di tipo colico localizzato ai quadranti addominali inferiori con alvo stitico. Si ricovera il 10.10.2003 in reparto internistico con diagnosi di accettazione di "grave stato di disidratazione ed algie addominali diffuse".

In data 13.10.2003, persistendo la sintomatologia dolorosa addominale, la condizione di disidratazione e la chiusura dell'alvo alle feci ed ai gas, viene richiesta consulenza chirurgica e la paziente viene trasferita presso la nostra Unità Operativa.

L'esame obiettivo metteva in evidenza i seguenti reperti:

- paziente in condizioni di grave sofferenza e lieve stato soporoso;
- mucose aride e cute secca ed anelastica;
- addome globoso, teso-elastico e diffusamente ipertimpanico alla palpazione;
- persistalsi torbida, timbro metallico.

Esami di laboratorio patologici: leucocitosi (13.600); emocostruzione (>Hct ed azotemia); grave ipokalemia (2,7 mEq/Lt); ipoalbuminemia (4,9 gr/dl); ipoproteinemia (4,9 gr/dl); > fibrinogeno (786 mg/dl); pO₂: 54 mmHg.

Provvedimenti terapeutici d'urgenza

- *posizionamento sondino naso-gastrico (abbondante ristagno biliare);*
- *catetere vescicale;*
- *terapia di riequilibrio (soluzioni reidratanti addizionate a KCl ipertonico, albumina, antibiotico terapia);*
- *O₂ terapia ad alto flusso.*

ECG: tachicardia sinusale a 110 batt/min; blocco di branca destra incompleto.

Rx-torace: falda di versamento pleurico a sinistra con associata area di disventilazione; aorta ectasica e calcifica.

Rx-diretta addome: distensione enorme del colon.

TAC addome e pelvi: l'esame documenta la presenza di una voluminosa cisti epatica al V-VI segmento di circa 6 cm di diametro, raccolte fluide sono presenti in sede sottopatica ed a livello del legamento gastrosplenico/angolo colico sinistro; milza, pancreas e rene nella norma; nello scavo pelvico è presente un tratto stenotico a carico del colon sigmoideo; il colon a monte risulta notevolmente dilatato e ricolmo di feci con enhancement parietale del mezzo di contrasto disomogeneo come da iniziale sofferenza vascolare (sospetta occlusione ad ansa chiusa).

Intervento chirurgico d'urgenza

Incisione xifo-pubica. Stenosi neoplastica a carico del sigma che determina una notevole dilatazione del colon a monte con valvola ileo-cecale continente.

Il quadro obiettivo intraoperatorio evidenzia una condizione simil-megacolon tossico con pareti sottili e di aspetto pergamenaceo; concomita una trasudazione sierofibrinosa in addome che determina aderenze iniziali del colon soprattutto con il parenchima splenico a livello dell'angolo colico sinistro.

Colectomia totale con ileo-retto anastomosi meccanica (EEA 31) e chiusura meccanica (TA 55) del moncone L-T ileale.

Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato dai seguenti aspetti:

- ipoproteinemia, ipoalbuminemia, anemia (plasma, emotrasfusioni, albumina e.v., NPT);
- disidratazione;

- diarrea (octreotide);
- insufficienza respiratoria (pO_2 58,3; saturazione 89%);
- Rx-torace: falda di versamento pleurico basale sinistro; presenza di imbibizione dell'interstizio (ARDS);
- Scintigrafia polmonare perfusiva d'urgenza: assenza di difetti perfusionali riferibili ad embolia polmonare. Il quadro è da riferire a patologia flogistica parenchimale basale sinistra;
- TAC torace-addome-pelvi con Gastrofin in 10^a giornata post-operatoria; a livello polmonare sono presenti aree di disventilazione diffuse con addensamento parenchimale basale sinistro; stabili le raccolte addominali; anastomosi regolare per pervietà al mezzo di contrasto senza segni di deiscenza.

Discussione

Il trattamento delle occlusioni neoplastiche del colon sinistro rimane un problema ricco di controversie e non ancora di univoca interpretazione da parte dei vari Autori.

D'altra parte, la relativamente bassa incidenza di occlusione meccanica da cancro del colon non permette un'adeguata analisi casistica da parte di ogni singolo chirurgo.

La scelta di un intervento in più tempi è dettata sicuramente da criteri di sicurezza in quanto è possibile effettuare un'anastomosi immediata solo in presenza di un colon in buono stato, in assenza di distensione e ben vascolarizzato, condizioni tuttavia quasi sempre assenti in situazioni d'emergenza.

Tale procedura presenta innegabili inconvenienti:

- colostomia;
- necessità di ulteriori interventi;
- degenza prolungata;
- morbidità e mortalità secondaria associata alla chiusura della stomia (incidenza di fistola fecale 7%, range 0-23% con mortalità complessiva 0.3%, range 0-42%); in questo senso la chiusura intraperitoneale dello stoma sembra essere la procedura migliore, probabilmente per l'effetto protettivo delle aderenze peritoneali.

L'anastomosi ileo-rettale viene utilizzata per varie patologie a carico del colon (tipo poliposi multipla familiare, malattie infiammatorie, sanguinamenti massivi, carcinomi sincrini). Sebbene l'esperienza maturata nell'ambito di queste patologie abbia rivelato soltanto la comparsa di un alvo diarroico nel post-operatorio, i risultati complessivi in termini di morbidità e mortalità sono soddisfacenti.

Cio è riportato da Fazio et al. nel 1975, la colectomia totale con anastomosi ileo-rettale è una procedura sicura in chirurgia di elezione.

Sulla scorta di queste considerazioni, negli ultimi anni alcuni Autori hanno proposto ed utilizzato con risultati incoraggianti l'intervento di colectomia totale-subtotale con anastomosi immediata ileosigmoidea o ileorettale T-T o L-T per evitare il pericolo di effettuare un'anasto-

mosi in presenza di un colon spesso dilatato e seriamente contaminato con risultati soddisfacenti (deiscenza anastomotica < 5%). Si tratta di un atteggiamento "estremo" che dovrebbe superare gli inconvenienti della colostomia e della resezione-anastomosi immediata a prezzo di un rischio contenuto ed accettabile (*single-stage operation*).

I vantaggi della metodica sono i seguenti:

- possibilità di eseguire l'intervento in un unico tempo, con riduzione dei tempi complessivi della degenza ospedaliera;
- rimozione di tutto il colon che, a causa dell'occlusione e quindi della ovvia impossibilità di un'adeguata preparazione, si presenta quasi sempre notevolmente disteso con contenuto fecale abbondante ed altamente settico;
- i rischi di una contaminazione fecale intraoperatoria sono ridotti con l'utilizzo, come nel caso riportato, di suturatici meccaniche che consentono la rimozione in blocco di tutto il preparato chirurgico chiuso;
- l'anastomosi si esegue su un ileo sano e su di un sigma-retto non dilatati;
- si evita la difficoltà che si incontra di solito nella chiusura della parete addominale con anse coliche ancora dilatate, con suture poste sotto tensione e rischio di laparoceli post-chirurgici;
- possibile vantaggio di asportare neoplasie sincrone nel 2,1-6,5% dei casi (adenomi e carcinomi) nei segmenti colici a monte della stenosi e prevenire l'insorgenza di carcinomi metacroni.

Gli svantaggi della metodica sono i seguenti:

- è un intervento che non va esteso a tutti i pazienti, soprattutto a quelli che versano in condizioni generali gravissime, affetti da gravi patologie cardiorespiratorie;
- è un intervento che deve essere eseguito da chirurghi esperti (Goligher 1975);
- la diarrea è il più importante ed a volte grave inconveniente post-operatorio, specie nei pazienti anziani, anche se per la maggior parte dei casi può essere controllata farmacologicamente e tende successivamente a ridursi ⁵⁻⁹.

Al momento attuale la resezione del colon (emicolectomia sinistra) seguita dal wash-out intraoperatorio del colon rappresenta l'opzione terapeutica di prima scelta, tranne nei casi di perforazione diastatica del cieco dove è indicata la colectomia totale ^{10,11}.

Considerazioni conclusive

- *Diagnosi* in alcuni casi tardiva che condiziona, specie nelle occlusioni ad ansa chiusa, una condizione di sofferenza vascolare del colon.
- *Colectomia subtotala e totale*: consente di asportare un serbatoio settico (colon) e di effettuare l'anastomosi tra segmenti intestinali indenni.

- La *ciecostomia* può essere rischiosa per la precaria tenuta dei punti su di una parete così fragile ed ischemica.
- I *problemi post-operatori* sono così sintetizzati:
- coesistono due tipi di shock (ipovolemico e settico).
- diarrea post-operatoria (ruolo importante della terapia con octeotride).
- Nel *decorso post-operatorio* gli aspetti della sepsi legata alla occlusione (traslocazione batterica) sono difficilmente differenziabili da eventuali complicanze settiche postoperatorie (deiscenza dell'anastomosi, raccolte purulente, sepsi polmonare), per cui è raccomandabile uno stretto monitoraggio dei pazienti con valutazione TAC con mezzo di contrasto idrosolubile.

Riassunto

SCOPO DEL LAVORO: La colectomia subtotala con ileo-sigmoido o ileo-rettoanastomosi rappresenta un tipo di trattamento da considerare attentamente in pazienti con ostruzione da carcinoma del colon sinistro essendo associato ad una bassa morbilità e mortalità, con buoni risultati funzionali.

CASO CLINICO: Viene riportato un caso di occlusione intestinale da neoplasia stenotomica del colon sigmoideo con grave dilatazione a monte della stenosi ($\varnothing \approx 10$ cm) ed in particolare a livello del cieco che si presentava con pareti molto sottili e con segni di iniziale ischemia. L'utilizzo delle suturatici meccaniche (GIA 75 ed EEA 31) ha permesso di svolgere la procedura chirurgica (colectomia totale ed ileo retto-anastomosi L-T) in tempi brevi ed in maniera asettica (asportazione del pezzo operatorio chiuso).

CONCLUSIONI: Vengono discussi i vantaggi e gli eventuali svantaggi di questa opzione chirurgica alla luce anche della personale esperienza

Bibliografia

- 1) Ohman U: *Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma*. Br J Surg, 1982; 14:143-47.
- 2) Fielding LP, Wella BW: *Survival after primary and staged resection for large bowel obstruction caused by cancer*. Br J Surg, 1974; 61:16-18.
- 3) Perejira CA: *Obstruction caused by colorectal cancer. Surgical development*. Chirurgie, 1992; 118:334-38.
- 4) Torralba JA, Robles R, Parrilla P: *Subtotal colectomy vs intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma*. Dis Colon Rectum, 1998; 41:19-22.
- 5) Trillo C, Paris MP, Brennan JT: *Primary anastomosis in the treatment of acute disease of the unprepared left colon*. Am Surg, 1998; 64:821-24.
- 6) Adloff M, Arnaud JP, Ollier JC, Chazelet C, Patsopoulos J: *La colectomie sub-totale en occlusion. Attitude audacieuse ou raisonnée?*. Chirurgie, 1984; 110:187-71.
- 7) Csiky M, Kruppa Z, Nosko K, Gal S, Bakos S: *Primary resection with antegrade colonic irrigation and peritoneal lavage vs subtotal colectomy in the management of obstructed left colon cancer*. Acta Chir Hung, 1991; 36:59-60.
- 8) Kimura T, Iwagaki H, Fuchimoto S, Hizuta A, Orita K: *Synchronous colorectal carcinomas*. Hepatogastroenterology, 1994; 41:409-12.
- 9) Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT: *Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon*. Am J Surg, 1981; 141:571-78.
- 10) SCOTIA Study Group: *Single stage treatment to malignant left side colonic obstruction: A prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation*. Br J Surg, 1995; 82:1622-627.
- 11) Verbo A, D'Alba P, Pedretti G, Coco C, Picciocchi A: *Trattamento chirurgico del carcinoma del colon sinistro e del retto in emergenza: un nuovo modello per la valutazione del rischio operatorio*. Ann Ital Chir, 2003; 75(2):169-75.