

Valutazione del rischio operatorio nel trattamento d'urgenza dell'occlusione meccanica da carcinoma del colon sinistro. Esperienza personale



Ann. Ital. Chir., 2005; 76: 353-355

Curzio Lorusso, Paola Palazzo, Domenico Merlicco

Unità Operativa 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).

Evaluation of operative risk in emergency treatment of neoplastic left colon obstruction: Personal experience

AIM OF THE STUDY: *To analyse the risk factors in the treatment of intestinal obstruction due to colorectal carcinoma. The treatment of neoplastic obstruction of the right colon until the splenic flexure is well defined: right hemicolectomy, enlarged right hemicolectomy. Otherwise the treatment of the obstruction due to left colon carcinoma beyond left flexure is not standardized.*

MATERIAL AND METHODS: *The Authors report on a consecutive series of 15 patients, classified according to Colorectal Tumours Emergencies Score (CTES), based on the analysis of 4 risks factors: colic, perforation, serum albumin, concurrent cardiovascular disease, chronic renal insufficiency.*

Each patient has been ranked in three classes of risk: low (CTES < 4), moderate (CTES 4-12), and high (CTES > 12).

CONCLUSIONS: *Referring to this classification the Authors consider the choice of surgical treatment. When general conditions of the patient permit, it seems preferable to perform primary anastomosis.*

KEY WORDS: Colorectal tumors emergencies score, Obstruction.

Introduzione

In una percentuale di casi (18-20%), la presentazione clinica delle neoplasie coloretali è in urgenza in seguito allo sviluppo di una complicanza (occlusione, perforazione, emorragia) ¹.

Rispetto ai pazienti ricoverati ed operati in elezione, i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico d'urgenza presentano un peggioramento della mortalità post-operatoria e della sopravvivenza a 5 anni ².

La tattica chirurgica da adottare in questi casi è tuttora oggetto di controversie tra interventi in più tempi ed un intervento di resezione-anastomosi in un tempo unico.

Il trattamento in più tempi è spesso indicato nei pazien-

ti in condizioni cliniche compromesse mentre gli interventi di resezione-anastomosi, in pazienti ben selezionati, presentano riduzione dei tempi di degenza e dei costi ospedalieri.

Il punto di partenza, pertanto, è rappresentato da una corretta selezione dei pazienti da candidare ad un intervento in un tempo unico mantenendo entro limiti accettabili la morbidità e la mortalità.

In questo senso risulta importante classificare la gravità della condizione di occlusione allo scopo di confrontare i risultati delle differenti casistiche e di scegliere la migliore opzione terapeutica per il paziente attraverso la valutazione di parametri standard.

Recentemente è stato proposto un Colorectal Tumors Emergency Score (CTES) che appare di applicazione semplice in quanto si basa sulla valutazione di quattro fattori di rischio ³:

- insufficienza renale cronica
- anamnesi positiva per patologia cardiaca
- ipoalbuminemia < 3 gr/dl
- perforazione del colon

Lo score (CTES) si basa sui seguenti punteggi:

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@chirur.uniba.it).

- insufficienza renale cronica: 7 punti
 - no insufficienza renale cronica: 0 punti
 - bassi livelli di ipoalbuminemia: 6 punti
 - albuminemia normale: 0 punti
 - disturbi cardiaci: 4 punti
 - no disturbi cardiaci: 0 punti
 - perforazione intestinale: 4 punti
 - no perforazione intestinale: 0 punti.
- In base ai punteggi precedenti i pazienti vengono classificati in 3 classi:
- Classe I (rischio basso) CTES < 4 punti
 - Classe II (medio rischio) CTES 4-12 punti
 - Classe III (rischio elevato) CTES > 12 punti

Materiale e metodi

Questo studio analizza in modo retrospettivo la nostra recente esperienza nel trattamento delle complicanze dei carcinomi del colon sinistro (neoplasia situata a valle della flessura splenica).

Sono compresi attualmente 16 pazienti, 9 maschi e 7 femmine, operati d'urgenza per occlusione da carcinoma stenotico del colon sinistro.

In base al CTES i pazienti sono stati classificati nel modo seguente:

- basso rischio (CTES <4) 7 pazienti
- medio rischio (CTES 4-12) 9 pazienti
- alto rischio (CTES >12) 0 pazienti

Tutti i pazienti con CTES <4 sono stati sottoposti a resezione ed anastomosi immediata in quanto il rischio complessivo risultava basso.

I pazienti a rischio intermedio (CTES 4-12) sono stati trattati in questo modo:

- procedura di Hartmann: 2 pazienti con neoplasia colica perforata
- resezione/anastomosi in un tempo (emicolectomia sinistra): 6 pazienti con evidenza in 2 casi di deiscenza anastomotica risoltasi in maniera conservativa ma con prolungamento della degenza
- colectomia subtotale: 1 paziente.

Discussione

Per quanto i casi clinici attualmente siano limitati, l'esperienza iniziale conferma la validità del CTES in termini di parametro affidabile al fine di scegliere la migliore opzione terapeutica nell'occlusione colica da carcinoma stenotico del colon.

Un elemento che ci sembra innegabile è rappresentato dalla semplicità dell'impostazione dello score (solo 4 parametri).

Nei *pazienti con basso rischio* (CTES < 4) la resezione-anastomosi immediata, con o senza wash-out intraoperatorio, è l'intervento di scelta.

Nei *pazienti a rischio moderato* (CTES 4-12) le scelte

sono più articolate in quanto, oltre ai parametri dello score, è necessaria una valutazione del quadro intraoperatorio:

- la procedura di Hartmann è da considerare la scelta chirurgica più valida in presenza di peritonite;
- l'intervento di resezione-anastomosi (emicolectomia sinistra) deve essere effettuato selezionando i casi in riferimento alle condizioni del colon ed in particolare all'eventuale compromissione ischemica della porzione sovrastenotica da valutare e quantificare secondo la nostra esperienza dall'entità della dilatazione del colon (Rx diretta addome, TAC, reperto intraoperatorio). Si tratta di una procedura che espone ai pericoli di una possibile deiscenza anastomotica nel post-operatorio (2 casi su 6 nella nostra esperienza) ed il confezionamento di una stomia di protezione non mette al riparo dalla complicanza;
- se le condizioni di vascolarizzazione del colon sono anche minimamente compromesse si può optare per una terza opzione chirurgica, rappresentata dalla colectomia subtotale con ileorettoanastomosi.

Nei *pazienti ad alto rischio* (CTES > 12) le procedure di decompressione (*stomie*) rappresentano il trattamento di scelta.

Conclusioni

Il trattamento chirurgico del carcinoma del colon sinistro in emergenza è controverso. Il sistema di valutazione del rischio operatorio (CTES) sembra essere adeguato nella valutazione del rischio chirurgico relativo al paziente nel periodo perioperatorio, consentendo un'ottima scelta di tattica chirurgica.

Pertanto, la conferma o il cambiamento della scelta, nei pazienti a rischio intermedio, deve confrontarsi con il reperto intraoperatorio ed in particolare con la presenza o meno di sofferenza vascolare del colon sovrastenotico, che rappresenta il fattore più importante che condiziona un intervento di resezione-anastomosi in un tempo. Pertanto lo score è utile nello standardizzare le scelte nel preoperatorio anche se la conferma definitiva deve avvenire in corso di laparotomia alla luce della situazione patologica.

Riassunto

SCOPO DEL LAVORO: Analizzare i fattori di rischio nel trattamento dell'occlusione intestinale da carcinoma coloretale.

Sebbene il trattamento dell'occlusione da carcinoma del colon destro, sino alla fessura splenica, sia ben definito (emicolectomia destra, emicolectomia destra allargata), il trattamento dell'occlusione da carcinoma del colon sinistro, a valle della fessura splenica, non è standardizzato. **MATERIALE E METODO:** Gli AA presentano una serie consecutiva di 16 pazienti classificati secondo il Colorectal

Tumours Emergencies Score (CTES) che si basa sull'analisi di 4 fattori di rischio: perforazione colica, albuminemia, patologia cardiovascolare associata, insufficienza renale cronica.

Ciascun paziente è stato classificato in 3 classi di rischio: basso rischio (CTES < 4), rischio moderato (CTES 4-12), alto rischio (CTES > 12).

CONCLUSIONI: Alla luce di questa classificazione vengono analizzate le varie modalità di trattamento chirurgico in cui prevalgono le procedure in un unico tempo, tenendo sempre conto delle condizioni generali del paziente.

Bibliografia

- 1) Wedell J, Bauzhaf G, Chaoni R, Fischer R, Reichmann J: *Surgical management of complicated colon cancer*. Br J Surg, 1997; 84:330-83.
- 2) Irvin GL, Horsley JS, Caruana JA jr: *The morbidity and mortality of emergent operations for colorectal disease*. Ann Surg, 1984; 199:598-603.
- 3) 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 metodo di valutazione del rischio operatorio*. Ann Ital Chir, 2003; 74(2):169-75.

