

Trattamento in urgenza delle occlusioni intestinali da cancro del colon-retto: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXV, 1, 2004

D. Giglio, A. Di Muria, A. Marano,
G. Cione, G. Arciero, R. Rossi, M. Aveta,
V. Formisano

UOSC Chirurgia d'Urgenza Ospedale San Giovanni Bosco
ASL Napoli 1

Introduzione

Il cancro del colon-retto è responsabile del 65-90% dei casi di occlusioni del grosso intestino (1-2), con una mortalità operatoria del 15-25%, condizionata dall'età, dalle condizioni generali del paziente e dal tipo di intervento realizzato (2-3-4).

Più frequente tra i 70 e gli 80 anni, l'occlusione neoplastica è localizzata in circa l'80% dei casi al colon sinistro, nel 3% dei casi al retto e nei casi restanti al colon destro.

Il tasso di radicalità oncologica conseguibile nel trattamento di queste lesioni è di circa il 60%, con una sopravvivenza a cinque anni inferiore al 25% (5).

Mentre la terapia chirurgica delle occlusioni da cancro del colon destro è ormai codificata, il trattamento di quelle del colon sinistro è tuttora controverso, includendo diverse opzioni terapeutiche.

Scopo di questo studio retrospettivo è presentare l'esperienza del nostro gruppo e confrontare i differenti approcci chirurgici in termini di mortalità, morbilità e qualità di vita dei pazienti.

Materiali e metodi

Nel periodo aprile 1993 - aprile 2003, presso l'Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, abbiamo osservato com-

Abstract

URGENT MANAGEMENT OF OBSTRUCTING COLO-RECTAL CANCER: OUR EXPERIENCE

Purpose: The aim of this retrospective study is to compare the different surgical approaches in obstructing colo-rectal cancer in terms of mortality, morbidity and quality of life.

Materials and methods: We observed 379 patients with colorectal cancer, 354 of which underwent surgical treatment, 189 M (53.4%) and 165 F (46.6%), with a median age of 72.6 years. Complicated tumors were 150 (42.4%), with 126 obstructions (84%). For 95 obstructing left-sided colorectal cancers we performed: 9 defunctioning colostomies; 62 two-stages operations: 55 Hartmann's procedures, 5 primary anastomosis with colostomy; 2 primary anastomosis with on table wash-out and ileostomy; 24 single-stage operations: 17 primary anastomosis with on table wash-out and 7 colectomy.

Results: The overall operative mortality rate was 8.7 % (11/126). The overall leak rate was 8% (5/62), 12.9% (4/31) in left colon and 3.2% (1/31) in right colon, all treated conservatively. The wound infection rate was 23.8% (30/126).

Discussion and conclusions: Obstructing colo-rectal cancer is associated with a high operative mortality and a worse prognosis. Defunctioning colostomy can be regarded as a valid option only in extreme circumstances. Hartmann's operation has indicated in case of metastatic disease, unsure anastomosis, simultaneous colonic perforation. The gold-standard is primary anastomosis, as colonic resection with on table wash-out or subtotal/total colectomy, in case of largely distended colon or synchronous lesions

Key words: Intestinal obstruction, colo-rectal cancer, colectomy.

pletivamente 379 pazienti affetti da cancro del colon-retto.

Di questi, 354 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico; 189 pazienti (53.4%) erano di sesso maschile e 165 (46.6%) di sesso femminile, di età media di 72.6 anni (range 30- 93), con 123 pazienti (35%) di età inferiore a 65 anni e 231 (65%) di età superiore a 65 anni. Le forme complicate sono state 150 (42.4%), di cui: 126 occlusioni (84%), 20 (13.3%) perforazioni, 4 (2.7%) emorragie.

Relativamente alle neoplasie determinanti occlusione del

lume intestinale, 95 (75.4 %) riguardavano il colon sinistro e 31 (24.6%) il colon destro (rispettivamente distali e prossimali alla flessura splenica); in 70 casi (55%) si trattava di maschi ed in 56 casi (45%) di femmine, con età media di 67 anni.

Tutti i pazienti affetti da occlusione da cancro del colon destro sono stati trattati in un tempo con emicolectomia destra.

Nei 95 pazienti affetti da cancro occluso del colon sinistro sono state eseguite:

- 9 colostomie decompressive;
- 62 interventi in due tempi, così suddivisi:
 - 55 resezioni secondo Hartmann (di cui 22 successivamente riconvertite),
 - 5 resezioni-anastomosi con colostomia di protezione,
 - 2 resezioni-anastomosi con wash-out intraoperatorio ed ileostomia di protezione,
 - 24 interventi in un tempo, così suddivisi:
 - 17 resezioni-anastomosi primarie con wash-out intraoperatorio;
 - 7 colectomie (di cui 5 subtotali con ileo-sigmoidostomia e 2 totali con ileo-rettostomia)

Risultati

Lo stadio anatomopatologico delle neoplasie asportate è risultato il seguente: 18% stadio B di Dukes', 62% stadio C, 20% stadio D (metastasi epatiche, carcinomatosi peritoneale).

Il tasso di resezioni curative è stato del 49 % (62/126). Dei 9 pazienti sottoposti a colostomia decompressiva per l'elevato rischio operatorio e/o lo stadio avanzato della malattia neoplastica, nessuno è stato successivamente sottoposto a reintervento chirurgico.

La mortalità perioperatoria globale è stata dell' 8.7% (11/126), ascrivibile in 7 casi a complicanze cardiorespiratorie ed in 4 casi a quadri di shock settico. In dettaglio, si sono verificati 2 decessi su 24 interventi in un tempo (8.3%) e 5 decessi su 62 interventi in due tempi (11.3%) per cancro occluso del colon sinistro; 2 exitus si sono avuti dopo colostomia decompressiva e 2 exitus si sono infine verificate tra i 31 pazienti operati per occlusione neoplastica del colon destro (6.4%).

La percentuale di fistole anastomotiche è stata complessivamente dell'8% (5/62); rispettivamente 12.9 % (4/31) per il colon sinistro e 3.2 % (1/31) per il colon destro; Delle 4 fistole del colon sinistro, 2 si sono verificate dopo resezione-anastomosi in un tempo con wash-out, 1 dopo colectomia subtotali ed 1 dopo resezione/anastomosi con stomia di protezione; sono state trattate tutte con terapia conservativa, come pure l'unica fistola osservata a carico del colon destro.

L'infezione della ferita chirurgica si è verificata globalmente nel 23.8 % dei casi (30/126), senza differenze statisticamente significative in rapporto al tipo di intervento effettuato (Tab. I e Tab. II). La degenza media dei pazienti è stata di 18 giorni.

Discussione e conclusioni

Il cancro del colon retto si presenta frequentemente in fase occlusiva e si associa allora ad elevata mortalità operatoria.

Nel Trent/Wales audit gli interventi in urgenza hanno rappresentato il 20% di quelli eseguiti per cancro del colon retto, con una mortalità del 19.9%, contro il 5.1% degli interventi in elezione (6)

Nel Wessex audit viene riportata una percentuale di inter-

Tab. I

Type of operation	Cases	Mortality	Leakage	Infection
One-stage operation	55 (43.6%)	4 (7.3%)	4 (7.3%)	16 (29.1%)
Two-stage operation	62 (49.2%)	5 (8.1%)	1 (1.6%)	12 (19.3%)
Colostomy	9 (7.2%)	2 (22.2%)	0	2 (22.2%)
Total	126	11	5	30

Tab. II

Type of operation	Cases	Mortality	Leakage	Infection
Right emicolectomy	31	2 (6.5%)	1 (3.2%)	4 (13%)
Colostomy	9	2 (22.2%)	0	2 (22.2%)
Primary anastomosis - colostomy	5	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)
Prim.anast - wash out - ileostomy	2	0	0	1 (50 %)
Hartmann	55	4 (7.3%)	0	10 (18.2%)
Primary anastomosis - washout	17	1 (5.9%)	2 (11.7%)	10 (58.8%)
Colectomy	7	1 (14.2%)	1 (14.3%)	2 (28.5%)
Total	126	11 (8.7%)	5 (8%)	30 (23.8%)

venti in urgenza del 14%, con una mortalità del 20.7%, contro il 6.4% in elezione (6).

L'occlusione neoplastica rappresenta un fattore prognostico negativo e difatti la sopravvivenza globale a 5 anni dei pazienti con cancro coloretale occludente si attesta su una percentuale di circa il 25%, nettamente inferiore a quella dei pazienti operati in elezione per neoplasia non complicata; tuttavia questo dato, secondo molti studi, rifletterebbe uno stadio anatomopatologico complessivamente più avanzato dei tumori in fase occlusiva e l'età media più elevata dei pazienti (7-8-9).

La più frequente modalità di presentazione del cancro coloretale in urgenza è rappresentata dall'occlusione intestinale (16% nel Trent/Wales e 11.5% nel Wessex audit) (6). La Rx in bianco dell'addome, il clisma opaco con MDC idrosolubile e/o la sigmoidoscopia confermano la diagnosi clinica di occlusione intestinale, escludono una condizione di pseudoostruzione e definiscono la sede della stenosi (10).

L'intervento chirurgico assume carattere di emergenza in caso di valvola ileo-cecale competente con massiva dilatazione e rischio di perforazione diastatica del cieco ed in caso di squilibrio metabolico non responsivo alla terapia medica (Fig. 1) (6-7).

La tecnica chirurgica deve rispettare i principi di radicalità oncologica.

Per le lesioni localizzate al colon destro, la resezione-anastomosi primaria è generalmente praticabile (6).

Per i cancri occlusi del colon sinistro, invece, il trattamento è tuttora controverso (6).

La semplice colostomia decompressiva conserva la sua validità in circostanze estreme, quando le condizioni generali del paziente controindichino l'esecuzione di procedure più estese; superata la fase acuta il paziente può essere sottoposto, in genere 7-10 giorni più tardi, a resezione-anastomosi in elezione (11). Alcuni studi sembrano mostrare una differenza sostanziale nella sopravviven-



Fig. 1: Reperto tc di stenosi neoplastica del colon sinistro con marcata dilatazione del viscere a monte.



Fig. 2: Colectomia subtotale.

za a 5 anni, che sarebbe più alta nelle resezioni immediate rispetto agli interventi differiti, ma questo dato non è stato confermato da studi prospettici randomizzati (12). L'intervento di Hartmann, che prevede la resezione immediata della lesione senza confezionamento dell'anastomosi, con possibilità di successiva riconversione, trova le principali indicazioni in caso di malattia metastatica, di dubbi sulla sufficiente vascolarizzazione dei monconi e di peritonite da perforazione colica concomitante. La procedura di Hartmann presenta lo svantaggio di una morbidità aggiuntiva non trascurabile legata al successivo intervento di riconversione, che, peraltro, viene eseguito solo nei 2/3 dei pazienti.

Il gold standard è rappresentato dalla resezione-anastomosi primaria: quest'ultima può essere attuata come resezione con wash-out intraoperatorio o come colectomia subtotale/totale con anastomosi ileo-sigmoidea/ileo-retta- (Fig. 2) in caso di diastasi del cieco o presenza di lesioni sincrone (13-14-15-16-17-18-19-20). Un trial randomizzato condotto nel 1994 ha indicato la sostanziale equivalenza di queste due ultime procedure in termini di mortalità e morbidità, sebbene si registri una lieve prevalenza di complicanze infettive nelle resezioni con wash-out e di scariche diarroiche nelle colectomie subtotali/totale (14-21).

Recentemente è stata proposta una tecnica innovativa di trattamento dell'occlusione colica mediante introduzione per via endoscopica di uno stent metallico nel tratto stenotico. Questa tecnica è quindi propedeutica alla chirurgia di elezione, oppure rappresenta una procedura palliativa nelle forme avanzate o nei pazienti ad altissimo rischio chirurgico (22-23); la nostra esperienza con questa procedura è limitata a 2 casi, in cui lo stent ha reso possibile la risoluzione dell'occlusione intestinale e la successiva resezione colica (Fig. 3).



Fig. 3: Stent colico.

Riassunto

Obiettivo. Scopo di questo studio retrospettivo è confrontare i differenti approcci chirurgici nelle occlusioni neoplastiche del colon in termini di mortalità, morbilità e qualità di vita dei pazienti.

Materiali e metodi: Abbiamo osservato 379 pazienti affetti da cancro del colon-retto, di cui 354 trattati chirurgicamente, 189 (53.4%) M e 165 (46.6%) F, di età media di 72.6 anni. Le forme complicate sono state 150 (42.4%), di cui 126 occlusioni (84%). Nei 95 pazienti affetti da cancro occluso del colon sx abbiamo eseguito: 9 colostomie decompressive; 62 interventi in due tempi: 55 Hartmann, 5 resezioni anastomosi con colostomia di protezione, 2 resezioni anastomosi con wash-out ed ileostomia; 24 interventi in un tempo: 17 resezioni anastomosi primarie con wash-out e 7 colectomie.

Risultati: La mortalità è stata dell' 8.7% (11/126). La percentuale di fistole anastomotiche è stata dell'8% (5/62), 12.9 % (4/31) per il colon sinistro e 3.2 % (1/31) per il destro, trattate tutte con terapia conservativa. L'infezione della ferita chirurgica si è verificata nel 23.8% dei casi (30/126).

Discussione e conclusioni: Il cancro del colon retto in occlusione si associa ad elevata mortalità operatoria e peggioramento della prognosi. La colostomia decompressiva conserva validità in circostanze estreme. L'Hartmann è indicato nella malattia metastatica, nella precaria vascolarizzazione dei monconi e nella peritonite da perforazione colica concomitante. Il gold standard è rappresentato dalla resezione-anastomosi primaria, come resezione con wash-out intraoperatorio o come colecto-

mia subtotale/totale con anastomosi ileo-sigmoidea/ileo-rettale.

Parole chiave: Occlusione intestinale, cancro del colon-retto, colectomia.

Bibliografia

- 1) Pisanu A., Piu S., Altana M.L., Uccheddu A.: *One-stage treatment of obstructing colorectal cancer*. Chir Ital, 54(3):267-274, 2002.
- 2) Champault G., Adloff M., Arnaud J.P.: *Les occlusions coliques. Etude retrospective cooperative de 497 cas*. J Chir (Paris), 120:47-56, 1983.
- 3) Schein C.J., Gemming R.H.: *The prognostic implication of obstructing left colonic cancers*. Dis Colon Rectum, 24:454-455, 1981.
- 4) Adloff M., Arnaud J.P., Ollier J.C., Chazelet C., Patsopoulos J.: *La colectomie subtotale en urgence dans le traitement des cancers coliques en occlusion. Attitude audacieuse ou raisonnee?* Chirurgie, 110:167-171, 1984.
- 5) Setti-Carraro P.: *Definitive one stage treatment of large bowel obstruction due to cancer: Short-term results of a ten years experience*. J Em Surg, 14:272-276, 1991.
- 6) *Guidelines for the management of colorectal cancer*. The Royal College of Surgeons of England-Associations of Coloproctology of Great Britain and Ireland, June 1996.
- 7) Smothers L., Hynan L., Fleming J., Turnage R., Simmang C., Anthony T.: *Emergency surgery for colon carcinoma*. Dis Colon Rectum, 46:24-30, 2003.
- 8) Runkel N.S., Schlag P., Schwarz V., Herfarth C.: *Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine*. BR J Surg, 78(2):183-181, 1991.
- 9) Koruth N.M., Hunter D.G., Krukowski Z.H., Matheson N.A.: *Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 years audit*. Br J Surg, 72:703-7, 1985.
- 10) Koruth N.M., Koruth A., Matheson N.A.: *The place of contrast enema in the management of large bowel obstruction*. J Roy Coll Surg Edim, 30:258-60, 1985.
- 11) Uccheddu A., Cois A., Cagetti M.: *Surgery of the obstructive complication of the carcinoma of the left colon. The clinical problems and the authors' personal experience with 56 surgical cases*. G Chir, 154:43-9, 1994.
- 12) Sjobahl R., Franzen T., Nystrom P.O.: *Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma*. Br J Surg, 79:685-688, 1992.
- 13) Mochizuki H., Nakamura E., Hase K., Tamakuma S.: *The advantage of primary resection and anastomosis with intraoperative bowel irrigation for obstructing left-sided colorectal carcinoma*. Surg Today, 23:771-776, 1993.
- 14) Torralba J.A., Robles R., Parrilla P., Lujan J.A., Liron R., Pinero A., Fernandez J.A.: *Subtotal colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma*. Dis Colon Rectum, 41:18-22, 1998.
- 15) Maher M., Caldwell M.P., Waldron R., Murchan P., Beesley W., Feeley T.M., Tanner W.A., Keane F.B.: *Staged resection or primary anastomosis for obstructing lesions to the left colon*. Ir Med J, 89:138-139, 1996.
- 16) Omejc M., Stor Z., Jelenc F., Repse S.: *Outcome after emer-*

- gency subtotal/total colectomy compared to elective resection in patients with left-sided colorectal carcinoma. *Int Surg*, 83:241-244, 1998.
- 17) Lehur P.A., Petiot J.M., Leborgne J.: *Intraoperative colonic irrigation in emergency colorectal surgery*. *Ann Chir*, 44:348-351, 1990.
- 18) Larghero G.C., Cariati A., Giordano G.F., Berti S., Zoli S.: *Treatment of large bowel obstruction. Experience with intra-operative wash-out of the colon*. *Min Chir*, 50:959-962, 1995.
- 19) Mealy K., Salman A., Arthur G.: *Definitive one-stage emergency large bowel surgery*. *Br J Surg*, 75:1216-1219, 1988.
- 20) Feng Y.S., Hsu H., Chen S.S.: *One-stage operation for obstructing carcinomas of the left colon and rectum*. *Dis Colon Rectum*, 30:29-32, 1987.
- 21) Scotia Study Group *Sub-total or segmental resections for malignant left-sided colonic obstructions: a randomised clinical trial*. *GUT*, 35:S16, 1994.
- 22) Wong K.S., Cheong D.M., Wong D.: *Treatment of acute malignant colorectal Obstruction with self-expandable metallic stents*. *ANZ J Surg*, 72:385-388, 2002.
- 23) Martinez-Santos C., Lobato R.F., Fradejas J.M., Pinto I., Ortega-Deballon P., Moreno-Azcoita M.: *Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates*. *Dis Colon Rectum*, 45:401-406 2002.

Commento

Commentary

Prof. Nicola PICARDI
Ordinario di Chirurgia Generale
Università "G. d'Annunzio" Chieti

La prognosi dei pazienti con occlusione neoplastica del colon è doppiamente negativa, perché in questi casi si sommano in genere le deficitarie condizioni nutrizionali generali con i rischi connessi con gli interventi in urgenza. Più dettagliatamente i rischi connessi con ogni anastomosi del colon sono particolarmente aumentati in caso di tumori stenosi del colon sinistro, in quanto la dilatazione del colon prossimale all'ostruzione porta ad un deterioramento della vascolarizzazione del viscere che diviene precaria. Inoltre sussiste il rischio settico, aumentato dall'assenza di una preliminare ed adeguata preparazione meccanica del colon all'intervento.

L'impiego di suture meccaniche con gli staplers non è sufficiente a bilanciare questi rischi, specialmente con l'uso delle suturatrici circolari il cui lume interno spesso non risulta sufficientemente ampio per le esigenze del transito fecale precoce di un colon non completamente svuotato per mancanza di una preparazione preoperatoria.

La tecnica intraoperatoria di svuotamento del colon col wash out secondo la tecnica proposta da Dudley, peraltro non sempre facile a realizzarsi, mirante a rendere comunque possibile la resezione-anastomosi in un tempo, rappresenta un tentativo di operare con una migliorata vascolarizzazione del colon prossimale e dunque con riduzione del pericolo di deiscenza anastomotica al precoce transito fecale. L'intervento di resezione anastomosi in un tempo è comunque auspicabile perché evita un secondo intervento ricostruttivo per restaurare la continuità colica dopo un intervento di Hartmann o per chiudere una colostomia temporanea.

Prognostic of patients with obstructive colon tumour is really doubly negative, because in these case the generally poor nutritional conditions there is also the additional risky burden of the emergency operation. In more detail the generic risk linked with a colon anastomosis is particularly increased in stenosing tumours of the left colon, because the dilatation of the colon proximal to the occlusive tumour deteriorates the wall vascularization, that becomes precarious. Besides there is also a septic risk, enhanced by the absence of a preliminary and sufficient mechanical preparation of the gut.

The use of the mechanical sutures with staplers is not sufficient to balance these risks, especially with the circular staplers whose internal lumen often isn't wide enough to meet the subsequent transit needs of a not completely empty colon, lacking the preoperative preparation.

The preoperative wash-out technique of cleaning of the colon, according to the Dudley's proposal aimed to make possible and advisable a one time resection and anastomosis, yet not even easy to do, represents an attempt to operate on a improved vascularization of the proximal colon and then to reduce the danger of anastomotic disruption with the precocious faecal transit. The one time resection anastomosis is anyways to be hoped because it avoids a second reconstructive operation to restore the gut continuity after an Hartmann's procedure or to close a temporary colostomy.

Autore corrispondente:

Prof. Domenico GIGLIO
via Gramsci, 2
80026 Casoria - NAPOLI
Tel.: 081/7572612

