

I trattamenti palliativi dell'ittero ostruttivo da neoplasie periampollari



Ann. Ital. Chir., LXXI, 4, 2000

S. MINIELLO, D. D'ABBICCO, G. URGESI,
N. TOMASICCHIO, M. AMORUSO,
G.M. BONOMO

Università degli Studi di Bari
Dipartimento per le Applicazioni in Chirurgia delle
Tecnologie Innovative
Sezione di Chirurgia Generale I
Direttore: prof. G.M. Bonomo
Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso
Titolare: Prof. S. Miniello

Introduzione

Le neoplasie periampollari mostrano attualmente un incremento sensibile e reale della propria incidenza, non legato, cioè, soltanto alla possibilità di fruire di più affinati presidi diagnostici [1] [2] [3].

Il carcinoma della testa del pancreas è il più frequente, incidendo fino all'80-85% della totalità delle neoplasie periampollari, oltre ad esprimere una prognosi più sfavorevole.

Le rimanenti localizzazioni (coledoco intrapancreatico, ampolla di Vater, il duodeno), oltre che più rare, manifestano prognosi relativamente più favorevole [4], anche per la precocità dell'ittero e la maggiore tempestività diagnostica [5].

Le neoplasie periampollari si manifestano quasi sempre con l'insorgenza di ittero ostruttivo. La colestasi grave e protratta comporta l'instaurarsi di un quadro tossico-settico che sinergizza sfavorevolmente con lo scadimento delle condizioni generali conseguente alla malattia neoplastica e alla eventuale età geriatrica, rendendo così il paziente particolarmente critico e ad alto rischio operatorio.

La Tabella I elenca i fattori di rischio operatorio nei portatori di ittero meccanico [6] [7], annoverando tra gli altri anche l'età maggiore di sessanta anni e un calo ponderale superiore a 10 Kg, frequentemente riscontrabile in tali pazienti nei sei mesi precedenti la diagnosi [8] [9]. Le neoplasie periampollari contemplano, quando eseguibile, un intervento chirurgico radicale comune a tutte: la duodenocefalopancreasectomia. Purtroppo, però, la percentuale di tali neoplasie suscettibile di trattamento chirurgico con intento di radicalità è decisamente contenuta, non oltrepassando il 15-25% per i tumori della

Riassunto

Gli Autori segnalano l'aumentata incidenza delle neoplasie periampollari, riconoscendo nel carcinoma della testa del pancreas il tumore più frequente (80-85%) e a prognosi più sfavorevole. La condizione tossico-settica da ittero colestatico sinergizza sfavorevolmente con il frequente riscontro di scadute condizioni generali del paziente dovute alla malattia neoplastica e alla eventuale età geriatrica.

La duodenocefalopancreasectomia, intervento chirurgico radicale comune a tutte le neoplasie periampollari, risulta eseguibile in un numero esiguo di pazienti (15-25% dei tumori della testa del pancreas; 50% delle rimanenti localizzazioni) giustificando il ruolo preminente ancor oggi svolto dalle procedure palliative, chirurgiche e non, nell'ambito di tali tumori, ancor più in età geriatrica.

Gli Autori riportano la propria esperienza nel trattamento delle neoplasie periampollari e i risultati conseguiti in termini di morbilità, mortalità, regressione dell'ittero e sopravvivenza media.

Nell'ambito della chirurgia palliativa derivativa biliodigestiva, gli Autori riconoscono identica efficacia alla colecistodigiunostomia e alla coledoco-digiunostomia nel risolvere la colestasi, accordando la propria preferenza alla colecistodigiunostomia nei pazienti in condizioni generali compromesse e in età geriatrica, per la più semplice e rapida esecuzione. Sottolineano, inoltre di aver sempre associato la gastrodigiunostomia alla derivazione biliodigestiva per ostruzione duodenale in atto o presumibilmente imminente.

Concludono affermando che le pratiche non chirurgiche debbano essere riservate ai pazienti che non possono avvalersi del trattamento chirurgico per le compromesse condizioni generali, l'elevato rischio operatorio e le modeste aspettative di vita residua. Se è vero, infatti, che le procedure non chirurgiche risultano efficaci nel risolvere la colestasi neoplastica inoperabile, è pur vero che non possono essere considerate equivalenti nei risultati al trattamento chirurgico, garante di più lunga sopravvivenza, migliore qualità di vita, morbilità e mortalità ragionevolmente contenute e, pertanto, da preferire anche nei pazienti in età geriatrica.

Parole chiave: Neoplasie periampollari, ittero ostruttivo, palliazione.

Summary

THE PALLIATIVE TREATMENTS OF OBSTRUCTIVE JOUNDICE IN PERIVATERIAN TUMOURS.

Objective. The evaluation of the palliative procedures, surgical and endoscopic or radiological, in the treatment of

Ann. Ital. Chir., LXXI, 4, 2000 441

patients affected by obstructive jaundice resulting from periampullary tumors.

Subjects Patients with jaundice by periampullary tumors undergoing to surgery or to endoscopic or radiological procedures from January 1987 to April 1998.

Results Jaundice has come down in all patients after surgery. Mortality after surgery was 5.2% (5.9% in geriatric patients); morbidity 15.8% (17.6% in geriatric patients) survival 10.4 months after surgery (8.8 months in geriatric patients) versus 3.1 months after non surgical procedures.

Discussion In all patients periampullary tumors are more frequent than hepatic hilum and common bile duct tumors. We have performed surgical and not surgical palliative procedures more frequently than curative resection (DCP), especially in geriatric patients (94.5% versus 79%). In geriatric patients we have chosen, between bile-digestive by-passes, the cholecysto-jejunal anastomosis because it is easier and faster to carry out than choledoch-jejunal anastomosis with the same results as well as from literature data. We have always performed a gastro-entero anastomosis in association with palliative surgical procedures to prevent or to solve a duodenal obstruction. This additional treatment didn't show an increasing of mortality and morbidity as well as from literature data.

Conclusions. We have reserved the palliative non surgical procedures only to high surgical risk patients. In the other cases we have chosen palliative surgery for better long-term results and quality of life in the general series patients as well as in geriatric patients.

Key words: Periampullary tumors, obstructive jaundice, palliation.

testa del pancreas [10] [11] [12] [13] e il 50% per le rimanenti localizzazioni. Accade così che le procedure palliative svolgano ancor oggi un ruolo fondamentale nel trattamento dei tumori periampollari [14].

Tab. I – FATTORI DI RISCHIO OPERATORIO IN PAZIENTI CON ITTERO OSTRUTTIVO

– bilirubinemia	> 10mg/100ml
– età	> 60 anni
– calo ponderale	> 10 kg
– febbre	> 38°C e
– leucociti	> 10.000/UI
– ALKP	elevata
– albuminemia	< 3g/100ml
– azotemia e creatininemia	elevate

Ancor più in età geriatrica le procedure palliative, chirurgiche e non, svolgono un ruolo rilevante nel trattamento dei tumori periampollari [14], per la bassa percentuale di essi suscettibile di trattamento chirurgico con presunzione di radicalità.

I trattamenti palliativi non chirurgici possono essere eseguiti con metodica radiologica oppure endoscopica. La procedura radiologica prevede una colangiografia percuteanea transepatica, drenaggio biliare percutaneo transepatico (PTBD), cui può far seguito la messa a dimora di una protesi nel punto stenotico.

La metodica endoscopica contempla la colangiopancreatografia retrograda, l'incannulamento della papilla di Vater e successivo posizionamento dello stent, previa sfinterotomia o meno.

Il trattamento palliativo, tuttavia, perché possa essere considerato ideale, deve possedere requisiti quali essere poco traumatico, comportare morbilità e mortalità contenute, richiedere tempi brevi di degenza ospedaliera.

Materiale e metodo

Presso l'Istituto di Chirurgia d'urgenza dell'Università di Bari (attualmente Istituto di Chirurgia Generale II, diretto dal Prof. G.M. Bonomo), nel periodo compreso tra gennaio 1987 e aprile 1998 sono stati osservati e trattati 119 pazienti con ittero ostruttivo, 40 dei quali con ostruzione di natura neoplastica. Di questi ultimi, ben 18 sono risultati in età geriatrica (17 maschi e 1 femmina, in età compresa fra 65 e 85 anni).

Le neoplasie periampollari sono state 24 nella casistica generale, ben 18 delle quali in età geriatrica.

Al momento del ricovero i sintomi prevalenti sono stati: ittero nella totalità dei casi; dolore gravativo nel 75% dei pazienti; calo ponderale nel 67%; nausea e vomito nel 37%.

Gli esami strumentali eseguiti: ecografia (67%); TAC (58%); ERCP (29%); colangiografia transparietoeptica (17%).

La Tabella II sintetizza la sede della neoplasia e il trattamento ricevuto dai 24 pazienti. Soltanto in 5 casi (21%) è stato possibile eseguire la duodenocefalopancreasectomia, un intervento chirurgico cioè con intento di radicalità.

Nei rimanenti 19 pazienti (79%) è stato attuato un trattamento palliativo chirurgico in 13 casi e non chirurgico in 6.

In 10 pazienti, pari al 53% di quelli sottoposti a procedure palliative chirurgiche e non, è stata confezionata una derivazione bilio-digestiva (5 colecistodigiunostomie e 5 coledocodigiunostomie), oltre la quale è stata sistematicamente eseguita una gastrodigiunostomia per la stenosi duodenale in atto o incipiente.

In 2 casi (10%) è stata attuata la papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung; in un solo paziente (5%) è stata confezionata una colecistostomia su Petzer. I rimanenti 6 pazienti (31%) si sono giovati di pratiche non chirurgiche: 4 PTBD (drenaggio biliare percutaneo transepatico); 2 protesi posizionate per via endoscopica. La Tabella III riassume la sede e il trattamento riservato alle neoplasie periampollari in età geriatrica.

Soltanto 1 paziente (5,5%) dei 18 trattati si è giovato di un provvedimento chirurgico radicale (duodenocefalopancreasectomia); i rimanenti 17 (94,5%) sono stati sottoposti a procedure palliative, chirurgiche in 11 casi (61%), non chirurgiche nei rimanenti 6 (33,3%).

Tab. II – NEOPLASIE PERIAMPOLLARI

<i>Sede della neoplasia</i>	<i>N. casi</i>	<i>Trattamento</i>	
Testa del pancreas	12	Duodenocefalopancreasectomia	2
		Colecistodigiunostomia	5
		Coledocistodigiunostomia	1
		Colecistostomia	1
		PTBD	2
		Protesi per via endoscopica	1
Coledoco terminale	7	Duodenocefalopancreasectomia	1
		Coledocistodigiunostomia	4
		PTBD	2
Papilla di Vater	4	Duodenocefalopancreasectomia	1
		Papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung	2
		Protesi per via endoscopica	1
II Duodeno	1	Duodenocefalopancreasectomia	1

Tab. III – NEOPLASIE PERIAMPOLLARI IN ETÀ GERIATRICA

<i>Sede della neoplasia</i>	<i>N. casi</i>	<i>Trattamento</i>	
Testa del pancreas	10	Duodenocefalopancreasectomia	1
		Colecistodigiunostomia	4
		Coledodigiunostomia	1
		Colecistostomia	1
		PTBD	2
		Protesi per via endoscopica	1
Coledoco terminale	5	Coledocodigiunostomia	3
		PTBD	2
		Protesi per via endoscopica	1
Papilla di Vater	3	Papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung	2
		Protesi per via endoscopica	1
II Duodeno	0		

Risultati

La mortalità postoperatoria complessiva è risultata del 5,2%, avendo interessato un solo paziente – in età geriatrica – dei 19 sottoposti a trattamento palliativo (colecistodigiunostomia e gastrodigiunostomia).

La morbilità è stata del 15,8% (3 pazienti in età geriatrica): due casi di infezione della ferita; uno di polmonite.

L'ittero è regredito in tutti i pazienti sottoposti a trattamento chirurgico, non richiedendo, pertanto, alcun trattamento ulteriore. La sopravvivenza media è risultata variabile secondo il tipo di trattamento:

- trattamento radicale: 38 mesi
- trattamento chirurgico palliativo: 10,4 mesi
- trattamento non chirurgico: 3,1 mesi.

Nei 17 pazienti in età geriatrica sottoposti a trattamenti palliativi, la mortalità è risultata del 5,9% (versus 5,2% della casistica generale), avendo interessato, come già visto, un solo paziente.

La morbilità è stata del 17,6% (versus il 15,8% di tutte le forme periampollari), per aver registrato, come precedentemente riportato, due casi di infezione della ferita chirurgica e uno di polmonite. La sopravvivenza media è risultata variabile secondo il tipo di procedura:

- trattamento radicale : 27 mesi (38 mesi nella casistica generale);
- trattamento chirurgico palliativo: 8,8 mesi (versus 10,4 mesi di tutti i casi osservati);
- trattamento non chirurgico: 3,1 mesi (come nella casistica generale, essendo tutti i pazienti trattati in età geriatrica).

Discussione e conclusioni

Nella nostra esperienza la casistica generale, includente anche l'età geriatrica, evidenzia che le neoplasie periampollari prevalgono numericamente sulle localizzazioni all'epatocoledoco e all'ilo epatico: in riferimento al mede-

simo periodo, 24 le forme periampollari, 9 i tumori dell'epatocodoco, 7 quelli del confluyente epatico (40 casi di ittero neoplastico complessivamente osservati).

Valutando i pazienti in età geriatrica in maniera avulsa, si conferma il prevalere delle neoplasie periampollari su quelle dell'epatocodoco e del confluyente epatico: in riferimento al medesimo periodo, 18 le forme periampollari, 8 quelle dell'epatocodoco, 5 del confluyente epatico, per complessivi 31 casi di ittero neoplastico osservati in età geriatrica, pari al 77,5% dei 40 della casistica generale.

Nell'ambito delle localizzazioni periampollari, come già visto, soltanto in 5 pazienti (21%) è stato possibile un trattamento chirurgico con intento di radicalità (duodenocefalopancreasectomia), essendosi reso necessario nei 4/5 dei casi un provvedimento palliativo, chirurgico e non.

In età geriatrica, invece, soltanto 1 paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico radicale (5,5% versus 21% della casistica generale); dei rimanenti 17, tutti trattati con procedure palliative, 11 (61% versus 54% di tutte le osservazioni) si sono avvalsi di provvedimenti chirurgici; i rimanenti 6 (33,3% versus il 25% di tutti i casi trattati) sono stati sottoposti a pratiche non chirurgiche: 4 PTBD e 2 protesi introdotte per via endoscopica. Dalla valutazione comparativa dei dati fin qui riportati si rileva che in età geriatrica, come pure nella casistica generale, prevalgono le procedure palliative, chirurgiche e non, su quelle con finalità curativa, ma con percentuali in età avanzata che esprimono la quasi totalità dei casi (94,5% versus 79% della casistica generale). Con finalità palliative sono stati confezionati 10 anastomosi bilio-digestive (5 colecistodigiunostomie e 5 coledocodigiunostomie). La colecistodigiunostomia è di più semplice e rapida esecuzione, risultando pertanto maggiormente indicata in pazienti in condizioni generali più compromesse e in età geriatrica.

La coledocodigiunostomia si impone in pazienti colecistectomizzati o con colecistite cronica, litiasica e non, e funzione colecistica ridotta, oppure ancora quando il cistico risulti lungo e si inosculi sul coledoco in un punto molto distale, rischiando così d'essere precocemente inglobato dall'accrescimento del tumore.

Studi recenti [15] [16] [17] hanno peraltro evidenziato l'identica efficacia della colecistodigiunostomia e della coledocodigiunostomia nel risolvere la colestasi.

In tutti i pazienti della casistica generale alla derivazione bilio-digestiva è stata associata la gastrodigiunostomia per ostruzione duodenale in atto o presumibilmente imminente, essendo ormai dimostrato che la derivazione gastro-digiunale non comporta incremento della morbilità e mortalità postoperatoria [18] [19] [20].

Altri autori [21] [22], invece, ritengono che la gastrodigiunostomia vada riservata soltanto ai pazienti con ostruzione duodenale in atto per il rischio di ulcere anastomotiche e di stasi gastrica [23] [24], pur essendo stato necessario nelle esperienze di alcuni [18] rioperare, per

insorgenza tardiva di ostruzione duodenale, fino al 25% dei pazienti già operati per ittero ostruttivo.

In 2 pazienti (8,3%) è stata eseguita la papillectomia con reimpianto del coledoco e del Wirsung. Tale provvedimento chirurgico costituisce il tipico intervento di ripiego in pazienti con indicazione teorica alla duodenocefalopancreasectomia, resa in realtà non eseguibile dalle scadenti condizioni generali del paziente.

Per quanto concerne le procedure palliative non chirurgiche, queste prevedono una metodica radiologica e una endoscopica.

La metodica radiologica consiste nella colangiografia percutanea transepatica, drenaggio biliare percutaneo transepatico (PTBD) cui può seguire il posizionamento di una protesi in corrispondenza della stenosi. La metodica endoscopica consiste nella colangiopancreatografia retrograda, incannulamento della papilla di Vater e posizionamento della protesi, previa sfinterotomia o meno. Nella nostra esperienza abbiamo riservato le procedure palliative non chirurgiche, radiologiche ed endoscopiche, a 6 pazienti, tutti in età geriatrica, pari al 35,3% dei complessivi 17 casi sottoposti a trattamento palliativo: 4 PTBD e 2 protesi introdotte per via endoscopica.

Riteniamo, infatti, che le pratiche non chirurgiche debbano essere riservate a quei pazienti che, per la grave compromissione delle condizioni generali, per l'elevato rischio operatorio e per le modeste aspettative di vita residua, non possano fruire del trattamento chirurgico. Questo perché, se è vero che le pratiche non chirurgiche risultano efficaci nel trattamento palliativo della colestasi neoplastica inoperabile, è pur vero che non possono essere considerate equivalenti nei risultati al trattamento chirurgico, garante di più lunga sopravvivenza, migliore qualità di vita, morbilità e mortalità ragionevolmente contenute, come peraltro riscontrato anche nella nostra esperienza.

Anche in età geriatrica, infine, riteniamo che nell'ambito dei provvedimenti palliativi, le pratiche non chirurgiche vadano riservate soltanto a quei pazienti che non possono avvalersi del trattamento chirurgico per le compromesse condizioni generali.

Bibliografia

- 1) Haddock G., Carter D.C.: *Aetiology of pancreatic cancer*. Br J Surg, 77:1159-66, 1990.
- 2) Del Castillo C.F., Warshaw A.L.: *Diagnosis and preoperative evaluation of pancreatic cancer, with implications for management*. Gastroenterol Clin (North Am), 19:915-33, 1990.
- 3) Tersigni R., Modini C., Moraldi A.: *Surgical treatment of periampullary neoplasm*. Ital J Surg, 11:175-8, 1982.
- 4) Lillemoe K.D., Sauter P.K., Pitt H.A., Yeo C.J., Cameron J.L.: *Current status of surgical palliation of peri-ampullary carcinoma*. Surg, 176:1-10, 1993.
- 5) De Leo S., Severini D., Boni M. et al.: *Terapia chirurgica dei*

- carcinomi della testa del pancreas e dell'ampolla di Vater.* Chir Gastroenterol, 23:159-71, 1989.
- 6) Blamey S.L., Fearon K.C.H., Gilmour W.H., Osborne D.H., Carter D.C.: *Prediction of risk in biliary surgery.* Br J Surg, 70:535-538, 1991.
- 7) Pitt H.A., Cameron J.L., Postier R.G., Gadacz T.R.: *Factors affecting mortality in biliary tract surgery.* Am J Surg, 141:66-71, 1981.
- 8) De Toma G., Gabriele R., Sgarzini G., Campli M., Plocco M.: *I trattamenti palliativi nei tumori del pancreas inoperabili.* Minerva Chir, 49:1233-8, 1994.
- 9) Lasitone G., Pezzolla, Lorusso D.: *La chirurgia delle neoplasie periampollari.* Minerva Chir, 49:1227-31, 1994.
- 10) Trede M.: *Treatment of pancreatic carcinoma. The surgeon's dilemma.* Br J Surg, 74:79-80, 1987.
- 11) Caracò A.: *Terapia palliativa del carcinoma del pancreas. Epatocodigiunostomia.* Arch Atti Soc Ital Chir, IV:31-4, 1989.
- 12) Sarr G.M., Cameron I.: *Surgical palliation of unresectable carcinoma of pancreas.* World Surg, 8:906, 1984.
- 13) Revetria P., Bonardi L., Gambetta G., Ferro A., Bertino C.: *By-pass biliodigestivo palliativo con tubo di Kehr per ittero colestatico chirurgico neoplastico.* Minerva Chir, 48:259-64, 1993.
- 14) Watanapa P.; Williamson R.C.N.: *Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades.* Br J Surg, 79:8-20, 1992.
- 15) Mosdell D.M., Kessler C., Morris D.M.: *Unresectable pancreatic cancer: wath is the optimal procedure?* South Med J, 84:571-3, 1991.
- 16) Rappaport M.D., Villaba M.A.: *A comparison of cholecysto and choledochointerostomy for obstructing pancreatic cancer.* Am J Surg, 7 433-5, 1990.
- 17) Redmond H.P., Stuart R., Hofmann K.P., Collins P.G., Gorey T.F.: *Carcinoma of the head of pancreas.* Surg, 172:186-90, 1991.
- 18) Singh S., Longmire W.P., Reber H.A.: *Surgical palliation for pancreatic cancer: the UCLA experience.* Ann Surg, 212:132-9, 1990.
- 19) Weaver D.W., Weineck R.G., Bowman D.L. et al.: *Gastrojejunostomy: is it helpfull for patients with pancreatic cancer?* Surg, 102:608-14, 1987.
- 20) La Ferla G., Murray W.R.: *Carcinoma of the head of the pancreas: by-pass surgery in unresectable disease.* Br J Surg, 74:212-3, 1987.
- 21) Coutsoftides T., Mac Donald J., Shibata H.R.: *Carcinoma of the pancreas and periampullary region.* Ann Surg, 121:595, 1977.
- 22) Warren K.W., Braasch W., Thum C.W.: *Diagnosis and surgical treatment of carcinoma of the pancreas.* Cun Probl Surg, 6, 1986.
- 23) Elmslie R.G., Slavotinek A.H.: *Surgical obiective in unresectable cancer of the head of the pancreas.* Br J Surg, 59:598, 1972.
- 24) Sako Y.: *Carcinoma of the pancreas and the ampulla of Vater.* Minerva Med, 50:169, 1977.

Autore corrispondente:

Prof. Stefano MINIELLO
Università degli Studi di Bari
Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso
Dir: Prof. G.M. Bonomo
Policlinico, Piazza Giulio Cesare
70124 BARI
Tel 080/5478773
Fax 080/5478759

