

Le occlusioni acute neoplastiche del colon: terapia e risoluzione di complicanze postoperatorie. Nostra esperienza

M. SANÒ, A.G. RIZZO, E. CINGARI, A. ILACQUA, G. LEMMA, M. BARBUSCIA, F. LEMMA

RIASSUNTO: Le occlusioni acute neoplastiche del colon: terapia e risoluzione di complicanze postoperatorie. Nostra esperienza.

M. SANÒ, A.G. RIZZO, E. CINGARI, A. ILACQUA, G. LEMMA, M. BARBUSCIA, F. LEMMA

Gli Autori riferiscono la loro esperienza riguardo al trattamento delle occlusioni del grosso intestino da stenosi neoplastica ed in particolare citano due casi di deiscenza anastomotica risolti dopo trattamento con lavaggio trans-stomia.

Constatano come la problematica più importante in questo tipo di chirurgia sia rappresentata dalle deiscenze anastomotiche che, nella loro esperienza, sono sempre state di piccole dimensioni e sono giunte a risoluzione incruenta. Sostengono, in accordo con buona parte della letteratura, che le deiscenze anastomotiche sono per lo più dovute all'impossibilità di una corretta preparazione del colon all'intervento in regime di urgenza.

Concludono affermando che, quando di modesta entità, la deiscenza può comunque andare incontro a rapida guarigione mediante l'impiego di lavaggi trans-stomia, che consentono efficace toilette e sterilizzazione del colon.

SUMMARY: Acute neoplastic colic obstructions: therapy and postoperative complications. Our experience.

M. SANÒ, A.G. RIZZO, E. CINGARI, A. ILACQUA, G. LEMMA, M. BARBUSCIA, F. LEMMA

Authors report their experience about neoplastic large bowel obstructions and present two cases of anastomotic leakage resolution by means of transstomy wash-out.

They observe that the most important problem in this surgery is anastomotic leakage which, if small, can be solved in a non operative way. According with literature, they also point out anastomotic leakage is commonly due to the impossibility of a correct preparation of colon to operation in emergency.

They conclude it is possible, in case of little leakages, to perform transstomy wash out which permits a good toilette and sterilization of the colon.

KEY WORDS: Deiscenza - Stenosi colon - Carcinoma del colon-retto.
Leakage - Colon stenosis - Colo-rectal cancer.

Introduzione

Le stenosi neoplastiche del grosso intestino rappresentano un'evenienza di non raro riscontro, specie in chirurgia geriatrica. È certo comunque che, grazie alle sempre più innovative tecnologie sia in campo diagnostico che terapeutico, la mortalità per occlusione intestinale da carcinoma del colon-retto ha subito un decremento notevole (dal 35% al 6-8%).

La difficoltà nella scelta del corretto approccio chirurgico è soprattutto legata all'alta incidenza di complicanze post chirurgiche specie in emergenza (30-50%): deiscenze anastomotiche, peritoniti, occlusioni postoperatorie, sepsi, lesioni del tratto genito-urinario. La morbilità maggiore è comunque ascrivibile alle deiscenze anastomotiche.

Per tali motivi abbiamo ritenuto utile soffermarci sul monitoraggio post-operatorio dei pazienti sottoposti a "one time procedure" e sull'approccio conservativo in caso di piccole deiscenze. Tutto ciò nell'intento di dimostrare che un'accurata osservazione post-chirurgica è in grado di garantire ottimi risultati in tutti i casi di chirurgia in un solo tempo, consentendo una più rapida guarigione del paziente senza significativo incremento dei tassi di mortalità e di morbilità.

Università degli Studi di Messina
U.O.C. di Chirurgia Oncologica
(Direttore: Prof. F. Lemma)
Cattedra di Chirurgia dell'Apparato Digerente
(Titolare: Prof. M. Barbuscia)
© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Pazienti e metodi

Nel periodo compreso tra il 2002 ed il 2007 abbiamo avuto modo di osservare e operare in regime di urgenza 60 pazienti, di età compresa tra i 60 e gli 80 anni (M/F 50/10), tutti affetti da occlusione neoplastica del grosso intestino. Tali pazienti possono essere distinti in due gruppi:

- **1° gruppo:** 32 pazienti (53,9%) sottoposti a "one time procedure" con anastomosi eseguita con suturatrice meccanica e confezionamento di stomia di protezione;

- **2° gruppo:** 28 pazienti (46,1%) sottoposti a "two times procedure", intervento di Hartmann o a disostruzione temporanea tramite introduzione endoscopica di stent e successivo intervento resettivo.

La distribuzione dei pazienti secondo la sede di occlusione ed il tipo di intervento eseguito è riportata nella Tabella 1.

La mortalità postoperatoria è stata del 3,1% nel 1° gruppo e del 14,2% nel secondo, in gran parte secondaria a complicanze cardiovascolari e respiratorie; solo in 2 casi è intervenuto il decesso rispettivamente per infezione e squilibrio metabolico.

Il tasso di morbidità è stato invece del 15,6% nel 1° gruppo (di cui il 9,5% ascrivibile a deiscenze anastomotiche) e del 25% nel secondo, attribuibile a diffusione metastatica e infezioni. In particolare nel 1° gruppo abbiamo osservato 2 casi di piccole deiscenze anastomotiche con la fuoriuscita dal drenaggio intraperitoneale di materiale fecale: di questi, un caso si è verificato in VI giornata ed in X il secondo.

Introdotta un catetere attraverso la stomia di protezione, in entrambi i pazienti sono stati eseguiti dei lavaggi con soluzione fisiologica medicata con antibiotici; interrotta l'alimentazione, sono stati sottoposti a nutrizione parenterale totale.

Dopo solo 7 giorni di tale trattamento conservativo nel primo caso e dopo 10 giorni nel secondo, e comunque solo dopo che per oltre 48 ore era stata osservata la totale assenza di fuoriuscita di materiale fecale o anche di secrezione dal drenaggio, l'esame endoscopico, condotto con grande cautela e limitando al massimo l'insufflazione di aria, ha evidenziato la completa chiusura della deiscenza.

Discussione

L'occlusione neoplastica acuta rappresenta a volte l'evento iniziale dei tumori del colon ed altre volte la conclusione di una storia di evacuazioni irregolari (1, 2).

Per quanto riguarda le occlusioni del colon destro (Figg. 1 e 2), in letteratura è dimostrata unanimità di consensi circa l'atteggiamento da seguire: esecuzione di una laparotomia esplorativa seguita da resezione e anastomosi "one time" (3, 4). Per quel che riguarda invece il colon sinistro, sede in cui la complicanza è più frequente (75% dei casi), il parere degli Autori non è altrettanto unanime (5, 6).

Infatti, in caso di ostruzioni del colon sinistro o anche di neoplasie sincrone, mentre alcuni Autori prediligono eseguire una qualsivoglia tecnica che consenta un'iniziale decompressione e differire, sia pur di 10-15 giorni, la resezione, altri ricorrono, invece, alla resezione immediata con o senza anastomosi. Inoltre, per quanto riguarda le modalità di esecuzione dell'anastomosi, è utile ricordare come una meta-analisi (7) su 30 studi di

confronto tra sutura manuale *vs.* stapler non abbia dimostrato significative differenze nei risultati, ove si eccettui un modesto aumento del rischio di complicanze intraoperatorie e di stenosi a distanza con l'uso delle cucitrici meccaniche.

Questi dati hanno trovato ulteriore conferma in una recente revisione dei diversi tipi di anastomosi manuali, tra le quali la migliore sembrerebbe l'extramucosa a punti staccati *vs.* quelle meccaniche. Anche questo studio non ha dimostrato differenze significative.

Va precisato che il diverso atteggiamento è attribuibile al fatto che ciascun chirurgo, sulla base dell'esperienza maturata, tende a prediligere un comportamento finalizzato alla riduzione della complicanza più frequente dell'intervento in un tempo: la deiscenza (8).

L'incidenza di questa evenienza è infatti maggiore nelle *sphincter saving procedures* rispetto alle resezioni del colon e la sua percentuale è varia nelle diverse casistiche (Fielding 1980; McArdle 1991): le deiscenze anastomotiche sono comunque osservate in media nel 3-5% dei pazienti (6-7% nelle resezione anteriori basse, 2-4% nelle resezioni coliche), con una mortalità associata del 20-23% (9-11).

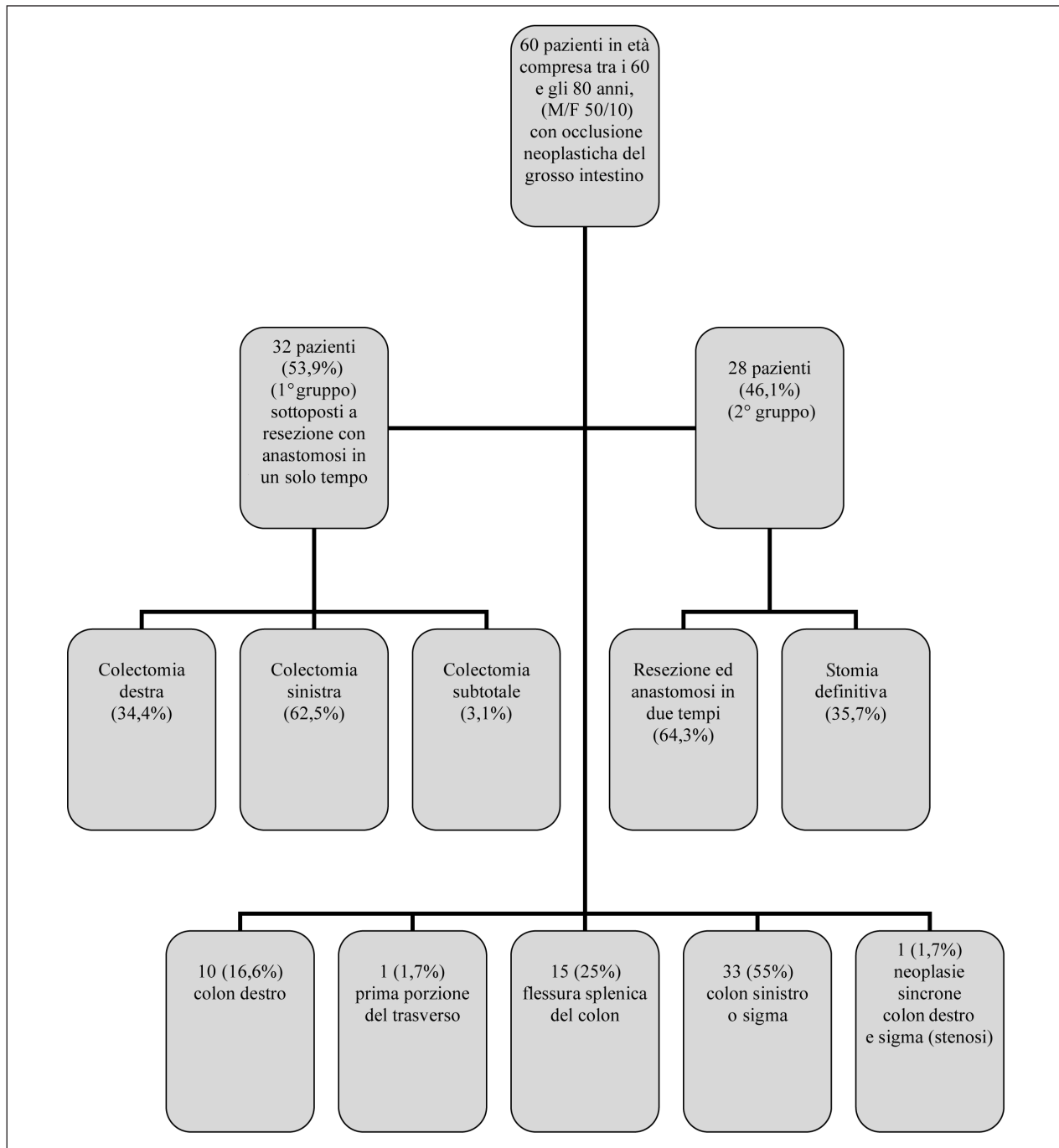
Frequenti sono inoltre le deiscenze importanti, o quanto meno sintomatiche. Queste sono generalmente responsabili di gravi fatti settici e di circa il 35% dei decessi dopo questo tipo di chirurgia. Nel determinismo di questa grave complicanza un ruolo molto importante deve essere attribuito a quelli che, ormai unanimemente, vengono ritenuti fattori favorenti e che vanno sostanzialmente suddivisi in:

- fattori di ordine generale: malattie associate (broncopatia cronica ostruttiva, insufficienza respiratoria, diabete mellito con microangiopatia periferica); impiego di corticosteroidi (squilibrio idroelettrolitico, negativizzazione bilancio azotato, aumento fenomeni settici locali); ricorso ad emotrasfusioni (depressione funzione immunitaria del ricevente); alterazioni bioumorali (ipoalbuminemia che agisce impedendo il susseguirsi delle fasi della coagulazione) (12);

- fattori di ordine locale: sepsi (stimolazione attività collagenolitica); malattie e/o condizioni di urgenza (in caso di perforazione si ha un'inibizione dei processi flogistici); inadeguata preparazione preoperatoria sia meccanica che antibiotica del colon; durata dell'intervento; manipolazione impropria del viscere (difettosa irrorazione dei monconi o trazione dell'anastomosi); tipo di sutura impiegata (intolleranza o impiego poco accorto delle suturatrici meccaniche); mancata confezione di una stomia di protezione; differente calibro dei monconi anastomotici; tipi di anastomosi (13-15).

Soprattutto in condizioni di urgenza, come nei casi da noi descritti, proprio per le condizioni anatomopatologiche delle rime anastomotiche (sepsi, microsup-

TABELLA 1 - CASISTICA PERSONALE 2002-2007.



purazioni, imbibizione flogistica, sproporzione dei monconi), la mancanza di una stomia di protezione può rappresentare una causa di insuccesso (16). A nostro avviso la presenza, nel caso di piccole discese, di una stomia di protezione grazie all'impiego di un catetere attraverso il quale possono essere effettuati lavaggi con soluzione fisiologica ed antibiotico e al mantenimento del

drenaggio intraperitoneale, è possibile proteggere l'anastomosi da ulteriori fenomeni settici.

Solo così piccole asole, e quindi modeste raccolte ascessuali perianastomotiche, possono essere facilmente risolte: una fistola stercoracea esterna di modesta portata, ben gestita, può infatti giungere in tempi più o meno rapidi a guarigione spontanea.



Fig. 1 - Occlusione da carcinoma del colon destro: preparato operatorio.

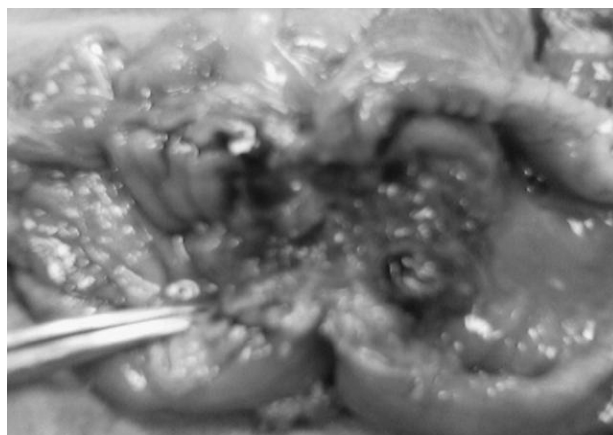


Fig. 2 - Stesso caso con particolare delle neoplasia che appare stenotica e perforata.

Conclusioni

Nei Paesi Occidentali la causa più comune di occlusione intestinale è sicuramente il carcinoma coloretale. La più alta percentuale di mortalità e di morbidità postoperatorie in caso di ostruzione, rispetto agli interventi in elezione, è giustificata dalle modificazioni fisiopatologiche delle anse interessate dal fenomeno occlusivo.

In questi casi, a nostro avviso, è preferibile eseguire la resezione con anastomosi in "one stage", che ha il vantaggio di ridurre i tempi di degenza, i costi e talvolta di evitare anche la stomia. Tuttavia riteniamo opportuno che la scelta dell'intervento sia valutata nel singolo caso, tenendo conto soprattutto delle condizioni generali del paziente.

Sulla scorta dei dati della letteratura e della nostra esperienza, possiamo concludere affermando che il mancato riconoscimento e, quindi, l'inadeguata correzione di fattori di rischio, possano determinare l'insorgenza di una deiscenza più o meno importante.

Solo la scrupolosa valutazione delle condizioni generali e dello stato nutrizionale, il riequilibrio della flora batterica e, soprattutto, la corretta esecuzione dell'intervento in condizioni di urgenza sono i presupposti indispensabili per un'efficace prevenzione di deiscenze importanti.

Nel decorso post-operatorio altrettanto importante è il controllo costante del materiale contenuto nel drenaggio allo scopo di rinvenire i segni di una incipiente deiscenza e di mettere quindi in opera tutti gli accorgimenti che possano garantirne la guarigione.

Bibliografia

1. Baik SH, Kim NK, Cho HW, Lee KY, Sohn SK, Cho CH, Kim TI, Kim WH. Clinical outcomes of metallic stent insertion for obstructive colorectal cancer. *Hepatogastroenterology* 2006; 53 (68):183-7.
2. Bannura GC, Cumsille MA, Barrera AE, Contreras JP, Melo CL, Soto DC. Predictive factors of stenosis after stapled colorectal anastomosis: prospective analysis of 179 consecutive patients. *World J Surg* 2004; 8(9): 921-5.
3. Bretagnol F, Troubat H, Laurent C, Zerbib F, Saric J, Rullier E. Long-term functional results after sphincter-saving resection for rectal cancer *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28 (2): 155-9.
4. Burcos T, Popa E, Jitea N, Mihai D, Pociovalisteanu E, Angelescu N. The complications of colostomies *Chirurgia (Bucur)* 2004; 99 (3): 151-7.
5. Cheng X, Chen VW, Steele BE, Ruiz B, Fulton J, Liu L, Carrozza SE, Greenlee R. Subsite-specific incidence rate and stage of disease in colorectal cancer by race, gender and age group in the United states, 1992-1997. *Cancer*, 2001; 15: 2547-2554
6. Delgado Plasencia L, Arteaga Gonzalez I, Lopez-Tomassetti Fernandez EM, Martin Malagon A, Diaz Luis H, Carrillo Pallares A. Restorative proctocolectomy with an ileoanal pouch: the role of laparoscopy. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98 (6): 420-8.
7. Froschl U, Sengstbratl M, Huber J, Fugger R. Unplanned reoperations for infection complications: a survey for quality control. *Surg Infect (Larchmt)* 2006; 7 (3): 263-8.
8. Hirano Y, Omura K, Tatsuzawa Y, Shimizu J, Kawaura Y, Watanabe G. Tissue oxygen saturation during colorectal surgery measured by near-infrared spectroscopy: pilot study to predict anastomotic complications. *World J Surg* 2006; 30 (3): 457-61.
9. Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N, Kajiyama M, Fujii H, Yokoyama T, Hayashi K. Acute colorectal obstruction treated by means of transanal drainage tube: effectiveness before surgery and stenting. *Am J Gastroenterol* 2005; 100 (12): 2765-70.
10. Di Pietro N, Rizzo AG, Fedele A, Di Pietro R, Sanò M, De Luca M, Barbuscia M. Profilassi antibiotica e immunostimolante in chirurgia colo-rettale. *Gior Chir* 2001; 22 (5): 181-4.

11. Barbuscia M, Gorgone S, Rizzo AG, Punturieri L, Sanò M, De Luca M, Di Pietro R, Di Pietro N: La deiscenza delle anastomosi in chirurgia colo-rettale. *Gior Chir* 2002; 23 (8/9): 310-4.
 12. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients *Colorectal Dis* 2005; 7 (6): 582-7.
 13. Meade B, Moran B. Reducing the incidence and managing the consequences of anastomotic leakage after rectal resection. *Acta Chir Lugosl* 2004; 51 (3): 19-23.
 14. Petitti T, Lippolis G, Ferrozzi L. A serious complication in colorectal surgery: anastomotic leakage. Our experience *Gior Chir*. 2005; 26 (10): 371-4.
 15. Rosato L, Mondini G, Serbelloni M, Cossavella D, Gulino G. Stapled versus hand sewn anastomosis in elective and emergency colorectal surgery *Gior Chir* 2006; 27 (5): 199-204.
 16. Rudinskaite G, Tamelis A, Saladzinskas Z, Pavalkis D. Risk factors for clinical anastomotic leakage following the resection of sigmoid and rectal cancer. *Medicina (Kaunas)*. 2005; 41 (9): 741-6.
-