

CANCERUL DE COLON COMPLICAT CU OCLUZIE ȘI PERFORAȚIE

Cătălina Pricop¹, S. Pădureanu¹, R. Dănilă², C. Burcoveanu¹, C. Diaconu², C. Pleșa³

1 Clinica a IV-a Chirurgie,

2 Clinica a III-a Chirurgie

3 Clinica a I-a Chirurgie

Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași

OBSTRUCTION AND PERFORATION IN COLON CANCER (Abstract): The poor prognostic of the patients with colon cancer becomes more gloomy when it is complicated by obstruction and perforation. The aim of this retrospective study was to evaluate the surgical methods and the perioperative outcome at patients with obstructive perforated colon cancer. *Methods:* The medical records of 25 patients with obstructive perforated colon cancer treated in our clinic over an 8-year period were retrospectively analyzed. Data on age, sex, environment of origin, pathological type, tumor and perforation location, surgical morbidity and mortality were simultaneously taken into account. Patients were grouped as follows: group 1-complete colonic obstruction with proximal perforation (n=5), group 2-complete obstruction with perforation at the site of the cancer and peritonitis (n=3), group 3-complete obstruction with perforation at the site of the cancer and peritumoral abscess (n=17). *Results:* When compared with group 3, groups 1 and 2 were of an older age, had an increased incidence in the country side, a greater perioperative morbidity and mortality. *Conclusions:* Diastatic perforation occurring proximal to an obstructing colon tumor is associated with higher perioperative morbidity and mortality. The patients with diastatic perforation have a worse prognosis than the patients with tumor perforations. The radical surgical resection such as the total or subtotal colectomy is recommended in diastatic colon perforation associated with obstructive colon cancer, despite the age.

KEY WORDS: COLON CANCER, OBSTRUCTION, PERFORATION, COLECTOMY.

Correspondență: Dr. Cătălina Pricop, Clinica a IV-a Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, str. Independenței, nr. 1, 700111*.

INTRODUCERE

Cancerul de colon reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate în lume, cu implicații deosebite în domeniul medical și socio-economic. Afectează 1/20 persoane în țările dezvoltate, în Europa constituind a 2-a cauză de deces prin cancer [1].

În ciuda progreselor obținute în domeniul mijloacelor de diagnostic, în cunoașterea carcinogenezei și istoriei naturale a cancerului colonic, în efortul depistării precoce a acestor neoplazii, pacienții care se adresează la medic în stadii avansate ale bolii, prezentând ocluzie sau perforație, încă reprezintă un procent de 8-29% și respectiv 3-8% din totalul cancerelor de colon [2,3].

Prognosticul pacienților cu cancer colonic este în general rezervat, mai ales în cazul prezentării și tratării în urgență a acestei patologii, datorită pe de o parte, specificului organului, conținut septic, vascularizație, structură, iar pe de altă parte, categoriei de bolnavi cu această suferință: vârstnici, țarați, imunodeprimați [4].

* received date: 11.11.2009

accepted date: 19.12.2009

Obstrucția și perforația sunt complicații care pot surveni în evoluția unui cancer de colon, fie separat, fie în asociere, situație în care prognosticul pacientului devine rezervat [5,6].

Scopul acestui studiu retrospectiv este de a analiza tipul intervenției chirurgicale practicate, morbiditatea și mortalitatea peroperatorie la pacienții cu cancer de colon obstructiv și perforat.

MATERIAL ȘI METODĂ

Am analizat retrospectiv pacienții cu cancer de colon complicat cu ocluzie și perforație, internați în Clinica III Chirurgie în perioada ianuarie 2001 – decembrie 2008.

Cazuistica a reunit 25 de pacienți reprezentând 18,5 % din totalul celor 135 bolnavi diagnosticați cu cancer de colon ocluziv, în aceeași perioadă. Am luat în studiu parametri precum vârsta, sexul, mediul de proveniență, aspectele anatomo-patologice, sediul tumorii și al perforației, tratamentul chirurgical practicat, morbiditatea și mortalitatea peroperatorie.

Pacienții au fost împărțiți în 3 loturi: lotul 1 – cei cu neoplasm colic ocluziv și perforație diastatică; lotul 2 – cei cu cancer de colon ocluziv și perforat, cu peritonită generalizată; lotul 3 – cei cu cancer de colon complicat cu ocluzie și perforație, cu abces perineoplazic.

REZULTATE

Am realizat un studiu atât individual cât și comparativ, pe cele 3 loturi de bolnavi. Lotul 1 a reunit 5 pacienți (20%), 2 femei și 3 bărbați, cu vârsta medie de 74,6 ani (69-84 de ani), 4 dintre ei provenind din mediul rural și unul din mediul urban. Tumorile obstructive au fost localizate pe colonul stâng (sigmoid – 4 pacienți, descendent – 1 pacient) și au fost încadrate în stadiul IV (2 cazuri), stadiul III (2 cazuri), stadiul II (1 caz). Formele anatomopatologice au fost: adenocarcinom bine diferențiat (1 caz), adenocarcinom moderat diferențiat (1 caz). Sediul perforației a fost situat la nivelul cecului la 3 dintre bolnavi și al sigmoidului la ceilalți 2. În managementul chirurgical al acestor bolnavi s-a luat în calcul atât sediul tumorii cât și pe cel al perforației. Astfel cei 2 pacienți cu neoplasm sigmoidian ocluziv și perforații juxtatumorale la nivelul sigmoidului, au beneficiat de operația Hartmann, iar la cei 3 pacienți cu tumori ocluzive ale colonului stâng și perforații diastatice de cec, am practicat: colectomie cvasitotală cu ileostomie terminală în primul caz, ileo-sigmoido-anastomoză și cecorafie în al doilea caz și colostomie în continuitate pe sigmoid, cecostomie pe sondă Pezzer și laparostomie în cel de al treilea caz. Menționăm că ultimile două tipuri de intervenții chirurgicale s-au realizat pentru tumori local avansate. La pacienții cu perforații diastatice și peritonită generalizată, s-a practicat și lavajul abundent al cavității peritoneale, cu drenaj peritoneal multiplu.

Am înregistrat evoluție post-operatorie simplă doar în cazul pacientului la care am practicat colectomie cvasitotală. În celelalte 4 cazuri (80%), morbiditatea peroperatorie a fost dominată de sepsis, cu evoluție nefavorabilă și deces între prima și a 8-a zi postoperator.

Lotul 2 a inclus 3 pacienți (12%), 2 femei și 1 bărbat cu vârsta medie de 75,6 ani (69-82 de ani), 2 bolnavi fiind din mediul rural și unul din mediul urban. Tumora ocluzivă și perforată, asociată cu peritonită generalizată, a fost localizată în toate cele 3 cazuri, pe colonul sigmoid și a fost încadrată în stadiul III. Tratamentul chirurgical practicat la toți pacienții a constat în operația Hartmann asociată cu lavaj și drenaj

peritoneal multiplu. Morbiditatea peroperatorie (66,7%) a constat în infecția plăgii postoperatorii (1caz) și șoc toxico-septic (1 caz). Acești pacienți au decedat postoperator, în a 5-a zi postoperator în cazul pacientului cu șoc toxico-septic și respectiv la 3 săptămâni după intervenția chirurgicală prin infarct miocardic, în celălalt caz, al unui pacient de 82 ani, cu spitalizare prelungită pentru supurația plăgii postoperatorii.

Lotul 3 a numărat 17 pacienți (68%), 7 femei și 10 bărbați cu vârsta medie de 62,64 ani (50-78 de ani), 4 din mediul rural și 13 din mediul urban. Tumorile de colon ocluzive și perforate cu abces perineoplazic au fost localizate pe sigmoid (9 cazuri), descendent (2 cazuri), unghiul splenic (3 cazuri), transvers (2 cazuri), ascendent (1 caz), fiind adenocarcinoame bine diferențiate (6 pacienți) și moderat diferențiate (7 pacienți). Stadializarea acestor tumori a evidențiat 9 dintre ele în stadiile III și câte 4 în stadiile II și IV.

Colecția purulentă peritumorală s-a situat intraperitoneal (la 16 pacienți), la un singur bolnav fiind localizată retroperitoneal, datorită perforației neoplazice posterioare.

La pacienții cu tumori sigmoidiene am practicat operația Hartmann (5 cazuri), colectomie stângă joasă cu anastomoză (1 caz) și colostomă în continuitate (3 cazuri), urmată doar la 2 pacienți, ca și timp secund, de colectomie stângă cu anastomoză.

În tumorile de colon descendent am efectuat hemicolectomie stângă cu anastomoză (1 caz) și o operație seriată (1 caz), presupunând colostomă în continuitate pe transvers urmată la 3 săptămâni de hemicolectomie stângă cu colostomie terminală.

La pacienții cu tumoră de unghi splenic am practicat hemicolectomie stângă cu colostomă terminală (1 caz), colostomă în continuitate pe transvers (1 caz), hemicolectomie stângă cu anastomoză (1 caz), completată ulterior de o ileostomă în continuitate, datorită unei fistule anastomotice.

Pentru tumorile de colon transvers s-a efectuat ileo-sigmoido-anastomoză (1 caz), colectomie segmentară pe transvers cu anastomoză și ileostomie de protecție, urmată după 10 zile de închiderea ileostomei.

În cazul pacientului cu neoplasm de colon ascendent, cu metastaze hepatice și anemie severă, nu s-a putut practica decât o ileostomie în continuitate.

Morbiditatea peroperatorie s-a înregistrat la 6 pacienți (24%) și a presupus infecția plăgii postoperatorii (3 cazuri) asociată la 2 pacienți cu eviscerație blocată, sepsis (1 caz), fistulă anastomotică (2 cazuri). Mortalitatea peroperatorie a interesat un singur pacient (5,85%) care a decedat la 3 săptămâni post-operator, secundar instalării treptate a sepsisului.

DISCUȚII

Din analiza criteriului de repartiție a pacienților luați în studiu, pe cele 3 loturi de lucru, respectiv a diagnosticului, se poate constata că primele 2 loturi includ o patologie de o gravitate mai mare decât în lotul 3. Explicația rezidă în asocierea în proporție mare a peritonitei stercorale generalizate (60% și respectiv 100%, față de 0%), cu suferința parietală a colonului din amonte de tumoră. Se realizează o combinație a invaziei peritoneale de către flora mixtă de tip "fecal" a colonului, a cărei proliferare excesivă și patogenitate crescută sunt secundare stazei conținutului intestinal, cu suferința ischemică a mucoasei colice, urmată de invazia parietală histolitică masivă a germenilor anaerobi [7]. Este inițiat în acest fel, răsunetul sistemic al dezechilibrului microbial, de tip șoc toxico-septic. Prin compararea celor 3 loturi de pacienți, se mai observa o medie de vârstă mai mare în primele 2 categorii (74,6 ani, 75,6 ani), față de

ultima (62,64 ani), lucru care ar putea explica incidența crescută a complicațiilor mai severe la acești bolnavi.

De asemenea, mediul de proveniență predominant în loturile 1 și 2 este cel rural, sugerând nivelul scăzut al educației sanitare a bolnavilor și unele neajunsuri medicale. Tumora de colon ocluzivă a fost localizată în marea majoritate a cazurilor pe colonul stâng (Fig. 1).

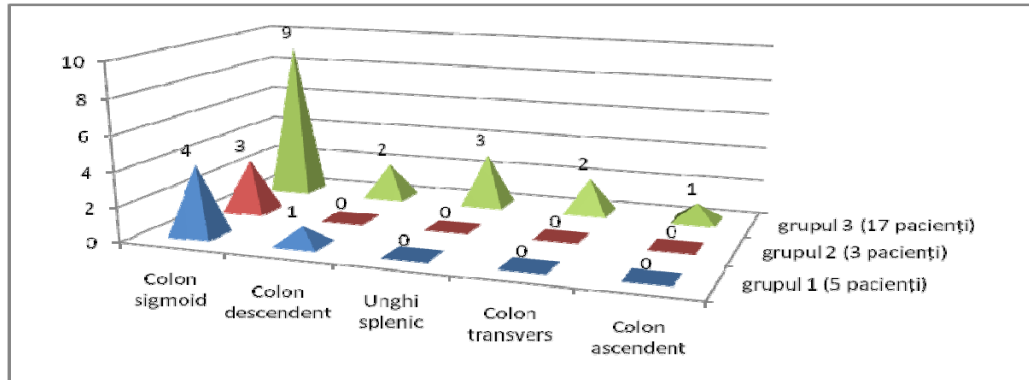


Fig. 1 Studiu topografic al tumorii

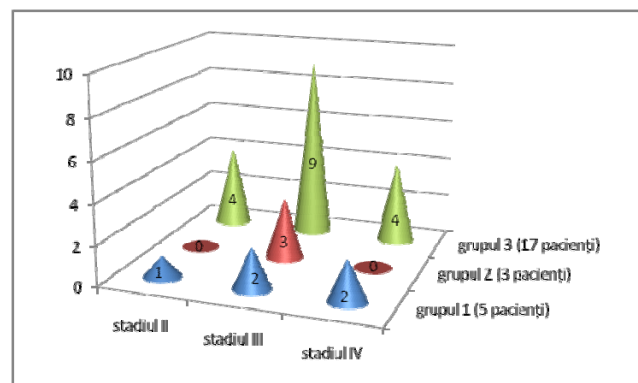


Fig. 2 Analiza stadializării tumorale

Nu am găsit diferențe semnificative între cele 3 loturi de lucru, sub aspectul stadializării tumorale (Fig. 2) și a repartiției pe sexe.

În privința tratamentului chirurgical practicat, în lotul 1 nu a existat decât o intervenție cu caracter de radicalitate, colectomia cvasitotală cu ileostomie terminală care, în ciuda vârstei pacientului (84 ani) și a diseminărilor tumorale secundare hepatice, s-a soldat cu un rezultat postoperator favorabil. În această manieră, tratamentul chirurgical s-a adresat atât cauzei (tumora colică) cât și efectului ei (peritonita hipertoxică, hiperseptică), anastomoza în astfel de condiții fiind proscrisă de majoritatea autorilor [8-13]. Tratamentul conservator în astfel de cazuri este greu de realizat, sutura perforației ineficientă datorită friabilității peretelui colic și peritonitei existente, așa cum s-a observat la ceilalți 2 pacienți cu perforație de cec, la care s-au practicat cecorafie și respectiv cecostomie. Cu respectarea aceluiași principii de management chirurgical, pacienților din lotul 2 li s-a practicat operația Hartmann, prin care s-a realizat ablația segmentului colic tumoral purtător al perforației, în asociere cu un lavaj minuțios al cavității peritoneale și un drenaj peritoneal multiplu. Rezultatele postoperatorii au arătat o morbiditate și o mortalitate mai scăzute față de lotul 1. Opțiunea terapeutică intervențională la pacienții din lotul 3 a depins în primul rând de localizarea tumorii dar

și de vârstă și tare asociate, iar abcesul perineoplazic a fost abordat indiferent de localizarea intra sau retroperitoneală, prin evacuare, lavaj, drenaj. Urmată de rezultate favorabile este rezecția într-un singur timp operator al colonului tumoral concomitent cu evacuarea abcesului, în absența determinărilor metastatice la distanță. La pacienții țarați, cu abcese peritumorale mari, s-au aplicat cu rezultate favorabile, intervenții chirurgicale în 2 timpi (evacuarea abcesului și apoi exereza). Gesturile paleative au presupus drenarea abcesului și realizarea unei derivații interne sau externe. Tratamentul chirurgical adresat unor astfel de tumori a făcut parte integrantă dintr-o terapie complexă care a inclus reechilibrare pre și post-operatorie a pacientului și în care antibioterapia a avut un rol bine definit.

Morbiditatea perioperatorie a fost semnificativ mai crescută în loturile 1 și 2 (80%, respectiv 66,7%) față de lotul 3, cu 24%. Mortalitatea perioperatorie a înregistrat valori asemănătoare morbidității (lot 1-80%, lot 2-66,7%, lot 3-5,88%), demonstrând încă o dată efectul nefast al unei perforații care determină un revărsat masiv de germeni hipertoxici într-o seroasă cu mare putere de absorbție, la un pacient neoplazic, prăbușit imunitar, vârstnic.

CONCLUZII

Perforația diastatică survenită proximal unui cancer de colon ocluziv se asociază cu o morbiditate și mortalitate perioperatorie crescută. Pacienții cu perforație colică diastatică au un prognostic mai prost decât cei cu perforație la nivelul tumorii. Rezecția chirurgicală radicală de tipul colectomiei subtotale sau totale este de recomandat în neoplazmele colice ocluzive cu leziuni perforative ale colonului suprajacent destins.

BIBLIOGRAFIE

1. Târcoveanu E. Cancerul de colon – o problemă de sănătate publică. *Jurnalul de Chirurgie*. 2007; 3(4): 313-315.
2. Kang BD, Shin YC, Lee KJ, Park CW. Multivariate Analysis of the Risk Factors Associated with Complications and Mortality after and Emergency Operation for Obstructive, Perforated Colorectal Cancer. *The Korean Society of Coloproctology*. 2009; 25(3): 165-171.
3. Okita A, Kubo Y, Tanada M, Kurita A, Takashima S. Unusual Abscesses Associated with Colon Cancer: Report of Three Cases. *Acta Med. Okayama*. 2007; 61(2): 107-113.
4. Beuran M., Chiotoroiu Al.L., Avram M., Iordache Fl., Tudor Cristina, Roșu Oana, Veliscu Andreea, Dogaru Iulia, Diaconescu B. I., Managementul rezecțiilor colorectale în urgență - atitudine, rezultate. *Chirurgia*, 2008, 103 (Supliment 1): S85.
5. Carraro PG, Segala M, Orlotti C, Tiberio G. Outcome of large-bowel perforation in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41(11): 1421-1426.
6. Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. *Surgery*. 2000; 127(4): 370-376.
7. Mihalache Ștefan: *Cancerul colonului*, Ed. Cronica, Iași, 1994: p. 133-135.
8. Popescu I, Vasilescu C. *Peritonitele*. Ed Celsiuis. București. 1998: p. 170-172.
9. Mogoș D, Vasile I. *Cancerul de colon*, Ed. Aius, Craiova, 2000: p. 118-123.
10. Angelescu N, Popa E, Angelescu M. Atitudine terapeutică în cancerul recto-sigmoidiene și genitale local avansate și complicate. *Chirurgia*. 2004; 99 (1): 11-17.
11. Jinescu G, Murgu C, Voicu C, Andrei S, Rădoi M, Chidiosan C, Lica I, Beuran M. Tumori colonice perforate – atitudine în urgență. *Chirurgia*. 2009; 104 (Supliment 1): S 134-135.
12. Defriend D, Hill J. A review of emergency colonic surgery. *British Journal of Hospital Medicine*. 1996; 56 (7): 326-329.
13. Iancu C, Osian G, Mocan L, Mocan T, Zaharie F, Todea-Iancu D, Bodea R, Al-Hajjar N, Pop F, Puia IC, Graur F, Munteanu D, Vlad L. Managementul rezecțiilor colorectale în tratamentul ocluziilor intestinale neoplazice. Experiența Clinicii Chirurgie III Cluj Napoca. *Chirurgia*. 2008; 103 (1): 45-51.