

CANCERUL COLORECTAL OBSTRUCTIV LA VÂRSTNICI

M. Variu ✉

Secția chirurgie I, Spitalul Județean de Urgențe Ploiești
doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași

OBSTRUCTIVE COLON CANCER IN ELDERLY PATIENTS (Abstract): Obstruction is the complication most frequently associated with colorectal cancer and it is also the main reason why these patients are admitted to hospital in an emergency. Taking into account the various comorbidities of elderly patients, an occlusive intestinal syndrome, caused by an obstructive colorectal tumor, presents a vital risk, which is why the main objective of the physician to decompress the obstruction. The aim of this study is to evaluate the obstructive colorectal cancer on elderly patients. **MATERIAL AND METHOD:** All the patients operated for obstructive colorectal cancer during one year (January 1st 2008 until December 31st 2008), were retrospectively analyzed. Demographic, clinical, operative and postoperative data were analyzed. **RESULTS:** From 136 patients operated for obstructive colorectal cancer, 52 (38.12%) were over 60 years old and were included in the study. The mean age was 68.6 ± 7.21 years old and men to women ratio was 1.2. Comorbidities were noted in 89.7%. Most of the tumors were located on the left colon (53.8%, $n=28$); in 7 cases (13.46%) the tumor was located on the right colon, and in 17 cases (32.7%) on the rectum and rectosigmoidian junction. Different surgical procedures were performed according to tumor site and stage and patient's general condition. So, in 39 patients a single step procedure was performed [sigmoidectomy (17.94%, $n=7$); right colectomy (12.82%, $n=5$); left colectomy (2.56%, $n=1$); rectosigmoidian resection (17.94%, $n=7$); internal derivation (10.25%, $n=4$), definitive colostomy (41.02%, $n=16$)] and in the other 13 patients, serial procedure were performed [ileostomy followed by right colectomy (7.69%, $n=1$); colostomy followed by left colectomy (23.07%, $n=3$), Hartmann operation (69.29%, $n=9$)). The postoperative morbidity was 19.23% with 3 cases of anastomotic leaks (5.79%). The 30 days mortality rate was nul. **CONCLUSIONS:** The intestinal obstruction is the most frequent presentation of colorectal cancer in elderly patients. The surgical procedure has to be tailored according to tumor site and stage and patient's general condition.

KEY WORDS: COLORECTAL CANCER; OBSTRUCTION; ELDERLY PATIENTS

SHORT TITLE: Cancerul colorectal obstructiv
Obstructive colorectal cancer

HOW TO CITE: Variu M. [Obstructive colorectal cancer in elderly patients] *Jurnalul de chirurgie (Iași)*. 2013; 9(3): 243-248. DOI: 10.7438/1584-9341-9-3-6.

INTRODUCERE

Ocluzia intestinală a vârstnicului, cauzată în peste 60% din cazuri de cancerul colorectal aduce în discuție problema gerontochirurgiei cu toate dificultățile atrenate de terenul precar, fragilizat de vârstă și afecțiunile concomitente [1].

În România, datorită absenței unor programe de screening adecvate, majoritatea

pacienților cu cancer colorectal se prezintă la spital în urgență, motivul cel mai frecvent pentru aceasta fiind obstrucția intestinală. Studiile au arătat că rata de supraviețuire la 5 ani este destul de redusă la pacienții cu cancere colorectale obstructive, spre deosebire de cei fără obstrucție [2]. Acest prognostic slab se datorează atât mortalității perioperatorii crescute cât și favorizării

Received date: 10.01.2013

Accepted date: 27.06.2013

Adresa de corespondență: Dr. Mircea Variu
Secția chirurgie I, Spitalul Județean de Urgență Ploiești
Str. Găgeni, nr. 100, 100097, Ploiești, Jud. Prahova, Romania
Tel: 0040 (0) 40 244 537 711
E-mail: mirceavariu@yahoo.com

diseminării neoplazice și a imposibilității, în unele cazuri, de a realiza o intervenție oncologică radicală [3,4].

MATERIAL ȘI METODĂ

S-au evaluat retrospectiv rezultatele postoperatorii la bolnavii cu cancer colorectal ocluziv, operați în secția Chirurgie I, Spitalul Județean de Urgență Ploiești, în perioada 1 ianuarie 2008 – 31 decembrie 2008.

Din totalul de 4373 de bolnavi internați, 358 (8,18%) au prezentat neoplazii cu diverse localizări, iar 136 (3,1% din totalul bolnavilor, respectiv 37,98% din bolnavii cu neoplazii) au avut cancer colorectal obstructiv. Din cei 136 bolnavi cu neoplazii colorectale, 52 (38,12%) au avut vârste de peste 60 ani și au fost operați pentru cancer colorectal obstructiv; ei au reprezentat obiectul prezentului studiu.

Preoperator, algoritmul de evaluare a inclus: examenul clinic, explorări paraclinice (determinări serice, radiografie toracică și abdominală pe gol, ecografie abdominală, tomo-densitometrie). Procedeu chirurgical utilizat a fost adaptat cazului și opțiunii medicului curant: intervenție chirurgicală într-un singur timp operator sau intervenții chirurgicale seriate (în 2 sau în 3 timpi). Stadializarea inițială (de la data operației) a fost actualizată după sistemul TNM AJCC a 7-a ediție (2010). În perioada postoperatorie s-au monitorizat următorii parametri: reluarea tranzitului intestinal, morbiditatea, mortalitatea postoperatorie (definită ca decesul apărut în interval de 30 de zile de la operație sau pe parcursul perioadei de internare), durata spitalizării, reintervențiile.

După elaborarea unei baze de date specifice studiului, variabilele au fost analizate în scopul evaluării performanțelor globale și a diferențelor dintre cele două opțiuni de tratament curativ (într-un timp sau seriat) al obstrucțiilor colorectale de cauză neoplazică.

REZULTATE

Vârsta medie a fost de $68,6 \pm 7,21$ ani; raportul bărbați / femei fiind de 1,2, pacienții

provenind în proporție de 45,36% din cazuri din mediul urban.

Comorbiditățile au fost notate la 89,7% din bolnavi: respiratorii (4,12%), cardiovasculare (73,19%), urologice (20,61%), boli de nutriție și metabolism (22,68%), neurologice (5,15%), digestive (30,92%), hematologice (15,46%), oftalmologice (2,06%), ORL (1,03%), ginecologice (3,09%), endocrine (1,03%).

Bolnavii cu ocluzie au prezentat dureri abdominale (65,38%), inapetență (36,5%), grețuri și vărsături (34,6%), meteorism abdominal important (36,5%). Tulburările de tranzit cu alternanța diaree - constipație au precedat episodul ocluziv la 19,2% dintre pacienți.

Explorările biologice au evidențiat o tendință la anemie, valoarea medie a hemoglobinei fiind de $11,59 \pm 8,5$ g/dL.

Radiografia abdominală simplă a fost efectuată la toți pacienții și a decelat nivele hidro-aerice la 57,7% ($n=30$). La restul de 22 de bolnavi (42,3%) s-a efectuat colonoscopie; tumora a fost vizualizată în doar 19 cazuri (86,36% din cazurile la care s-a practicat explorarea colonoscopică). Din motive tehnice, explorarea computer tomografică nu a putut fi realizată decât în 4 cazuri (7,69%). Metastazele hepatice au fost decelate în 15,3% ($n=8$) iar cele pulmonare în 3,8% ($n=2$).

În ceea ce privește localizarea, tumora a fost situată pe colonul drept în 7 cazuri (13,46%; 2 – cec; 2 – colon ascendent; 2 – unghi colic drept; 1 – colon transvers drept), pe colonul stâng în 28 de cazuri (53,84%; 1 – colon transvers stâng; 8 – unghi colic stâng; 5 – colon descendent; 14 – colon sigmoid), 9 cazuri la nivelul joncțiunii recto-sigmoidiene (17,3%) și respectiv, 8 cazuri pe rect (15,38%).

Distribuția cazurilor în funcție de clasificarea TNM a fost: stadiul I – 2 cazuri, stadiul IIA – 8 cazuri, stadiul IIC – 3 cazuri, stadiul IIIA – 4 cazuri, stadiul IIIB – 10 cazuri, stadiul IIIC – 9 cazuri, stadiul IVA – 8 cazuri, stadiul IVB – 8 cazuri.

S-au efectuat 39 de intervenții chirurgicale într-un singur timp:

sigmoidectomie Reybard (17,94%, $n=7$); hemicolectomie dreaptă (12,82%, $n=5$); hemicolectomie stângă (2,56%, $n=1$); rezecții rectosigmoidiene (17,94%, $n=7$); derivație internă (ileotransversostomie, transversosigmoidostomie) (10,25%, $n=4$), coloproctie derivativă (41,02%, $n=16$).

S-au practicat derivații interne și respectiv coloproctia în cazurile nerezecabile cu scopul de a scoate bolnavul din ocluzie.

S-au realizat 13 intervenții chirurgicale seriate (ileostomie urmată de hemicolectomie dreaptă (7,69%, $n=1$); colostomie urmată de hemicolectomie stângă (23,07%, $n=3$), operație Hartmann (69,29%, $n=9$)).

S-a recurs la intervenții seriate în cancerle ocluzive ale colonului stâng la vârstnici cu tare asociate și stare generală precară. A predominat operația Hartmann, care în condițiile unui spital județean a realizat rezecția precoce a tumorii, eliminarea obstrucției fără riscurile asociate anastomozei primare, durată mai scurtă a spitalizării și recuperare rapidă cu posibilitatea începerii chimioterapiei adjuvante.

Morbiditatea postoperatorie a fost de 19,23% ($n=10$): 3 fistule anastomotice (5,79%), 5 abcese peritoneale (9,62%), 3 ocluzii intestinale postoperatorii precoce (5,79%), o pancreatită acută necrotico-hemoragică cu abces pancreatic (1,92%).

Durata medie de spitalizare a fost de $12,56 \pm 9,29$ zile (3-51 zile), neînregistrându-se nici un deces intraspitalicesc.

DISCUȚII

Obstrucția acută a colonului produce dilatarea intestinului gros cu o acumulare masivă de materii fecale proximal de blocaj cu creșterea progresivă a presiunii endoluminale. Aceasta la rândul ei produce edemul mucoasei și scăderea circulației arteriale și venoase la acest nivel. Edemul și ischemia intestinală cresc permeabilitatea mucoasei intestinale, ceea ce poate duce către translocare bacteriană, toxicitate sistemică, deshidratare și dezechilibre electrolitice.

Ischemia intestinală poate evolua către necroză, perforație și peritonită [5].

Creșterea bacteriană semnificativă asociată cu o posibilă reducere a circulației la nivelul intestinului proximal sunt factorii care, în mod clasic, au dictat atitudinea chirurgicală de rezecție și derivație proximală.

Lee și colab. [6] au comparat rezecții atât pe partea stângă cât și pe partea dreaptă asociate cu anastomoze primare și au găsit rate de fistulă la nivelul anastomozei (stânga 6,9%; dreapta 5,2%) și rate de mortalitate (stânga 8,9%; dreapta 7,3%) comparabile. O metodă alternativă de abordare a colonului obstruat este și lavajul colonic intraoperator și stentare colonoscopică ca gest preoperator. Mai multe studii de cohortă au demonstrat siguranța și eficacitatea acestei abordări pentru a evita colostomia, fără a crește riscul de fistulă la nivelul anastomozei și de sepsis [7,8].

După Burgess, obstrucția este de până la 6 ori mai frecventă la nivelul colonului stâng (87%) față de cel drept (13%) [9]. În ceea ce privește conduita terapeutică pentru leziunile situate la nivelul colonului drept, în majoritatea cazurilor, se poate practica rezecția primară fără a fi necesară o colostomie preliminară, pentru decompresie [10]. În cazul colonului transvers, atitudinea chirurgicală este similară, cu excepția flexurii splenice, unde este recomandată o colostomie preliminară de decompresie, înaintea intervenției de rezecție a tumorii. Pentru leziunile situate distal de flexura splenică, la nivelul colonului stâng, sigmoidului și rectului, de elecție se practică o colostomie urmată de o a doua intervenție chirurgicală pentru rezecția oncologică a tumorii obstructive [11,12].

În majoritatea studiilor mari citate în literatură, incidența obstrucției este de 3,8-23% dintre pacienții cu cancer colorectal [11,12].

Managementul medical al acestor pacienți implică cunoașterea consecințelor metabolice ale obstrucției cât și aprecierea necesității de rezecție a tumorii. Scoaterea pacientului din ocluzie trebuie să fie

prioritară în planificarea tratamentului chirurgical [7].

Tratamentul chirurgical al ocluziei maligne a intestinului gros prezintă riscuri crescute, în special în prezența vârstei înaintate și asocierea unor tare importante; pentru ocluzia colonică malignă s-au stabilit 4 factori de risc ca fiind predictivi independenți ai mortalității operatorii: vârsta, gradul ASA, urgența intervenției chirurgicale, stadiul bolii neoplazice [12].

Cunoscând riscurile tratamentului chirurgical de urgență al ocluziei maligne, Tan Ht și colab. [13] propune o abordare rezonabilă a acestei patologii:

- pacienții cu ocluzie malignă proximal de flexura splenică trebuie tratați chirurgical de la început, deoarece eficacitatea stenturilor metalice auto-expandabile implantate colonoscopic este discutabilă și asociată cu rate crescute de morbiditate;
- bolnavii cu ocluzie malignă distal de flexura splenică ar trebui stentați transtumoral în primele 24 de ore de la internare. Pentru pacienții ce prezintă diseminări metastatice această stentare, dacă este reușită, trebuie considerată ca o terapie paliativă definitivă. Pacienții cu stentare reușită și fără diseminări metastatice vor fi programați pentru o colectomie selectivă în interval de 7 zile de la stentare (în anumite cazuri pacienții pot beneficia chiar de colectomie laparoscopică).
- Stentarea nereușită sau complicată necesită intervenție chirurgicală de urgență (colostomie proximală, operație Hartmann sau colectomie cu lavaj intraoperator și anastomoză primară, cu sau fără colostomie proximală de protecție).

Atât colostomia, cât și ileostomia, practicate în amonte de anastomoza colonică sau colorectală se dorește a reprezenta o modalitate de protecție anastomotică, prin derivarea fluxului fecal și punerea în repaus funcțional a segmentului intestinal purtător de anastomoză [14].

La pacienții cu carcinom obstructiv de colon drept și colon transvers proximal, cea mai de succes metodă de tratament pare a fi hemicolectomia dreaptă cu restabilirea continuității intestinale prin anastomoză ileotransversă. Contraindicațiile anastomozei primare sunt: pacient instabil hemodinamic, sepsis intraperitoneal, incertitudine în privința viabilității marginilor de rezecție [15].

În cazul în care tumora de la nivelul colonului drept nu poate fi rezecată se poate realiza o derivație internă (ileotransverso-stomie latero-laterală) sau externă (ileostomia în continuitate). Aceste procedee trebuie rezervate tumorilor voluminoase, fixate la structurile adiacente, cu invazie locală sau pentru pacienții cu risc anestezic mare. Cu toate că este recunoscut faptul că intervențiile chirurgicale cu intenție de radicalitate sunt mai sigure în cazul cancerelor ocluzive de colon drept, deși morbiditatea și mortalitatea în urgență sunt crescute comparativ cu intervențiile efectuate elective [10,16].

Pe de altă parte, pacienții cu cancere obstructive situate în segmentele distale ale intestinului gros necesită o intervenție chirurgicală preliminară de decompresie, înainte ca segmentul de colon interesat de tumoră să poată fi rezecat. Decompresia se poate realiza prin colostomie pe colonul transvers. Cecostomia nu este întotdeauna o metodă viabilă de decompresie și este de obicei asociată cu risc crescut de complicații, în special infectarea plăgii și a peritoneului. Rezecția primară a leziunii de la nivelul colonului distal fără o colostomie preliminară este susținută de asemenea, de alte ca metodă de tratament de elecție, pentru a evita expunerea pacientului la riscurile unei alte intervenții [9].

În cazul pacienților cu neoplasme sincrone ale colonului drept și stâng sau în cazul unor leziuni ischemice ale peretelui intestinal este indicată colectomia subtotală cu ileo-sigmoido-anastomoză sau ileo-recto-anastomoză [16].

Rezecția fără anastomoză primară (procedeul clasic în 2 timpi) – tip Hartmann

– are avantajul de a realiza rezecția precoce a neoplasmului, eliminarea obstrucției fără riscurile asociate anastomozelor, durata mai scurtă a spitalizării și recuperare rapidă [17]. Printre dezavantajele acestei metode se numără morbiditatea asociată celei de-a doua intervenții, necesitatea unei alte spitalizări și durata prelungită a recuperării [17]. În ciuda acestui fapt, această intervenție este frecvent practică în cazul neoplasmelor ocluzive ale colonului stâng și pare a avea cele mai bune rezultate în cazul pacienților malnutriți sau cu tare asociate [17]. În grupul de pacienți studiat s-au realizat 9 intervenții tip Hartmann, toate pentru carcinoame ocluzive situate la nivelul sigmoidului și rectului.

Conform studiilor elaborate în decursul ultimilor ani, s-a ajuns la concluzia că unghiul colic stâng și colonul descendent sunt segmentele cu riscul cel mai mare în ceea ce privește un cancer obstructiv, iar rata de supraviețuire în aceste cazuri este la jumătate față de orice altă localizare [9]. În cadrul studiului pe care l-am realizat, cele mai multe cazuri de cancer colorectal ocluziv au avut ca localizare predilectă colonul stâng și rectul.

În grupul de pacienți studiați nu au existat diferențe majore între procedurile de rezecție primară cu anastomoză și cele seriate în ceea ce privește leziunile de partea dreaptă, față de cele de pe partea stângă, rezultatele fiind concordante cu alte studii internaționale.

O decompresie adecvată asociată cu tratamentul decompensărilor biologice ale pacientului reprezintă principalele obiective în tratamentul cancerului de colon ocluziv. Metodele temporare de decompresie colonică pot transforma o urgență chirurgicală într-o intervenție electivă. O serie de studii au avut ca rezultat o rată scăzută a mortalității și morbidității perioperatorii [7] și un procent semnificativ al succesului clinic, prin evitarea intervențiilor chirurgicale în urgență la 94% dintre pacienți.

Cu toate că media de vârstă a fost de 68,6 ani, iar aproximativ 90% dintre cei 52

de bolnavi incluși în studiu au prezentat importante și uneori multiple comorbidități, pacienții au suportat bine intervențiile chirurgicale seriate. Rata mortalității imediat postoperator și pe perioada de spitalizare a fost nulă, arătând că abordarea chirurgicală personalizată a acestor pacienți în vârstă poate înregistra rezultate imediate bune, în ciuda comorbidităților prezente.

CONCLUZII

Cu toate progresele înregistrate în materie de diagnostic, în teritoriul, 70% din cancerul colorectal se prezintă în serviciile de chirurgie generală cu accidente ocluzive.

Ocluzia colică tumorală este apanajul vârstnicului, vârsta medie a bolnavilor depășind 60 de ani, 90% dintre ei prezentând boli concomitente.

Localizările tumorale colice stângi și rectale sunt asociate cel mai frecvent obstrucția intestinală

Scoaterea pacientului din ocluzie trebuie să fie prioritară în planificarea tratamentului chirurgical, mai ales în localizările pe colonul stâng și rect, în aceste cazuri preferându-se intervențiile seriate.

CONFLICT DE INTERESE

Autorul nu declară nici un conflict de interese.

REFERENCES

1. Lică I, Morteau S, Beuran M. Aspecte actuale în chirurgia colo-rectală. In: Beuran M, Grigorescu M., Pascu O, editors, *Actualități în patologia colonului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu"; 2007. p. 119-130.
2. Barillari P, Aurello P, De Angelis R, et al. Management and survival of patients affected with obstructive colorectal cancer. *Int Surg*. 1992; 77(4): 251-255.
3. Pedrazzani C, Cerullo G, De Marco G, et al. Impact of age-related comorbidity on results of colorectal cancer surgery. *World J Gastroenterol*. 2009; 15(45): 5706-5711.
4. Kirchgatterer A, Steiner P, Hubner D, et al. Colorectal cancer in geriatric patients: Endoscopic diagnosis and surgical treatment. *World J Gastroenterol*. 2005; 11(3): 315-318.

5. Moldovanu R, Vlad N, Curcă G, et al. Total necrotizing colitis proximal to obstructive left colon cancer: case report and literature review. *Chirurgia*. 2013; 108(3): 396-400.
6. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg*. 2001; 192(6): 719-725.
7. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *J Visc Surg*. 2012; 149(1): e3-e10.
8. Parker MC, Wilson MS, Menzies D, et al. Surgical and Clinical Adhesions Research (SCAR) Group. The SCAR-3 study: 5-year adhesion-related readmission risk following lower abdominal surgical procedures. *Colorectal Dis*. 2005; 7(6): 551-558.
9. Burgess P. Hartmann's procedure for carcinoma of rectum and distal sigmoid colon. *J R Coll Surg Edinb*. 1991; 36(1): 61-62.
10. Moldovanu R, Dimofte G, Stefan I, et al. [Right colon cancer - clinicopathological findings]. *Chirurgia*. 2012; 107(3): 314-234.
11. Sjö Dahl R, Franzén T, Nyström PO. Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma. *Br J Surg*. 1992; 79(7): 685-688.
12. Tilney HS, Lovegrove RE, Purkayastha S, et al. Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction. *Surg Endosc*. 2007; 21(2): 225-233.
13. Tan HT, Connolly AB, Morton D, Keighley MR. Results of restorative proctocolectomy in the elderly. *Int J Colorectal Dis*. 1997; 12(6): 319-322.
14. Nemes R, Vasile I, Curca T, et al. Acute bowel obstruction - the main complication of colorectal cancer. Therapeutical options. *Rom J Gastroenterol*. 2004; 13(2): 109-112.
15. Iordache FM. Cancerul colorectal și sepsisul. In, Beuran M, Grigorescu M., Pascu O, editors, *Actualități în patologia colonului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca; 2007. p. 180-192.
16. Iancu C. Cancerele colorectale ocluzive. In, Beuran M, Grigorescu M., Pascu O, editors, *Actualități în patologia colonului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca; 2007. p. 68-73.
17. Vasilescu A, Tarcoveanu E. [Hartmann's procedure - a rescue operation]. *Jurnalul de chirurgie (Iași)*. 2010; 6(2): 201-210.