

Cancro del colon in occlusione

A. Venara, J. Barbieux, E. Lermite

I cancri colici rappresentano il 60-70% delle occlusioni del colon. L'occlusione su cancro del colon è gravata da una mortalità del 15-20% e da una morbidità del 40-50%. La chirurgia d'urgenza ha, a sua volta, una morbidità propria e probabilmente superiore a quella della chirurgia programmata. La gestione di questi pazienti richiede di eliminare l'occlusione e di trattare la patologia oncologica. I cancri del colon destro e trasverso sono trattati con resezione/anastomosi, mentre la gestione del cancro del colon sinistro non è consensuale. La gestione è guidata dallo stato del paziente e dal bilancio oncologico della malattia. La resezione/anastomosi in un tempo è possibile, ma resta una chirurgia difficile da riservare ai pazienti in miglior stato generale. La colostomia primaria è più semplice e più rapida. La diffusione degli stent colici permetterebbe di ridurre il ricorso alla stomia, ma gli ultimi studi hanno messo in dubbio la sua sicurezza a medio e a lungo termine.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Cancro; Colon; Occlusione; Chirurgia; Stent

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Trattamento medico, condizionamento e bilancio preoperatorio	1
Cancro del colon destro o trasverso	2
Cancro del colon sinistro	3
■ Conclusioni	6

■ Introduzione

Il cancro del colon rappresenta il 60-70% delle occlusioni del colon. Viceversa, l'8-29% dei cancri del colon si rivela con un'occlusione [1,2] e, in questo caso, sono presenti metastasi sincrone nel 29% dei casi [3]. La chirurgia primaria in caso di occlusione colica maligna è gravata da un tasso di mortalità del 15-20% [4] e di morbidità del 40-50% [5]. Inoltre, l'occlusione colica è un fattore indipendente di prognosi infausta a lungo termine poiché la sopravvivenza a cinque anni dei pazienti operati per cancro del colon è segnalata al 74,6% per la chirurgia elettiva, al 51,6% in caso di occlusione e al 46,5% in caso di perforazione [6]. La gestione del cancro in occlusione è guidata dalla duplice necessità di fornire una rapida soluzione dell'occlusione, fonte di squilibrio idroelettrolitico e di denutrizione, ma anche di trattare il cancro (Fig. 1) seguendo le regole oncologiche.

Sono affrontate in successione:

- la gestione medica e il bilancio preoperatorio;
- la gestione chirurgica in funzione della localizzazione del tumore, a destra o a sinistra della flessura splenica.

■ Trattamento medico, condizionamento e bilancio preoperatorio

La diagnosi di occlusione è clinica e posta davanti a un paziente che presenta un arresto delle feci e dei gas che precede il vomito.

All'esame clinico, l'addome è morbido e trattabile, ma meteorico, senza segni di irritazione peritoneale in assenza di complicanze. Il meteorismo è tanto più importante quanto più distale è il tumore e tardiva è la diagnosi. Una complicanza tipo sofferenza cecale provoca un dolore o una difesa in fossa iliaca destra, mentre una peritonite dà, piuttosto, una difesa o una contrattura generalizzata. Deve anche essere realizzato un esame rettale per escludere un eventuale tumore del retto, causa dell'occlusione o sede di una seconda localizzazione tumorale.

Di fronte a questo quadro e prima della realizzazione di un bilancio di diagnostica per immagini, deve essere iniziato il trattamento medico. Questo include:

- l'aspirazione gastrica mediante un sondino nasogastico a doppio flusso;
- il posizionamento di una via venosa e la correzione dei disturbi idroelettrolitici (adattata al bilancio laboratoristico);
- l'introduzione di un trattamento antalgico in caso di dolore;
- la terapia antibiotica non è iniziata nel preoperatorio in assenza di segni di infezione.

Il bilancio del terreno del paziente mira a valutare il suo stato generale in funzione dei suoi precedenti. Si realizza un elettrocardiogramma (ECG).

Il tempo medico è l'occasione per realizzare un bilancio lesionale.

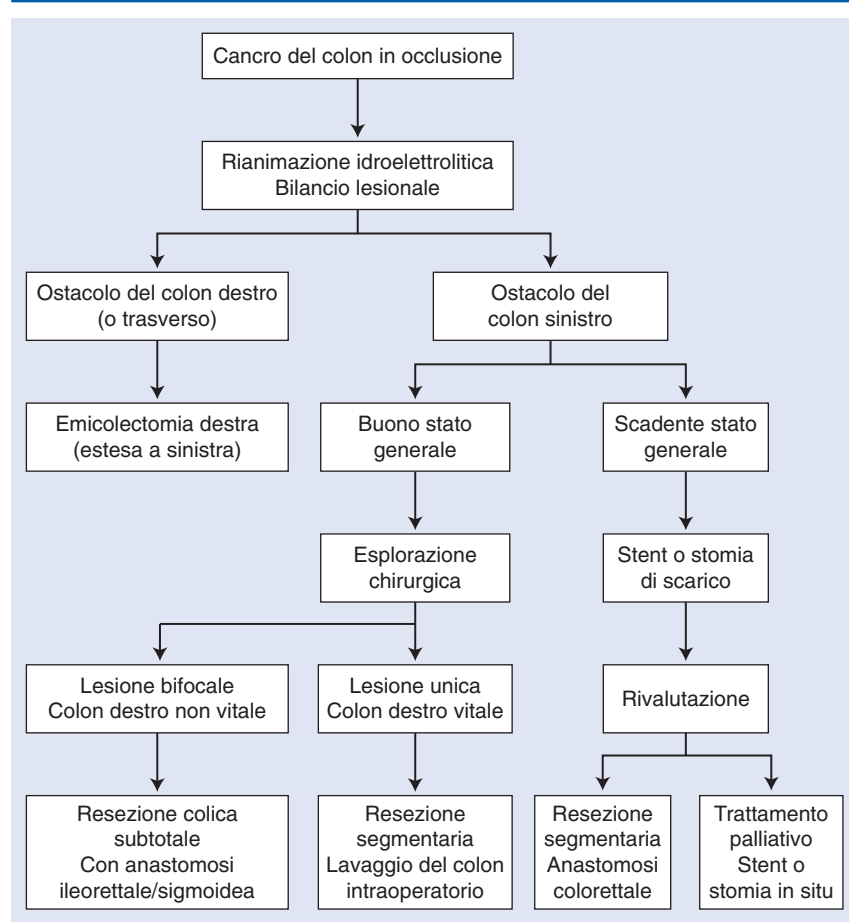


Figura 1. Algoritmo decisionale. Cancro del colon in occlusione.

Questo comprende, idealmente, una tomografia computerizzata (TC) toraco-addomino-pelvica senza e con mezzo di contrasto iodato [7]. Esso consente:

- la diagnosi della lesione tumorale e della sua localizzazione;
- il bilancio di estensione: metastasi epatiche, polmonari e carcinomi peritoneali;
- la ricerca di complicanze (ascesso, perforazione, peritonite, ischemia digestiva a monte, dilatazione del tenue), che guideranno il grado di urgenza della gestione.

In assenza di segni di gravità che suggeriscono una sofferenza digestiva e/o una perforazione, può essere consentito proporre una nutrizione parenterale per rialimentazione. In effetti, uno studio recente riferisce che più di un terzo dei pazienti con cancro del colon presenterebbe una malnutrizione [8] e, a causa di questa malnutrizione, un aumento del rischio di complicanze a breve termine [9]. Il carattere urgente della chirurgia, così come il digiuno del paziente, accentuano questa malnutrizione e, di conseguenza, il rischio di morbilità a breve termine.

La gestione chirurgica deve permettere di trattare l'occlusione, che rappresenta l'urgenza chirurgica e di proporre, quando è possibile, un trattamento del cancro. La scelta del tipo di chirurgia deve avvenire in funzione del terreno, dell'estensione del cancro, del contesto locale e della localizzazione del tumore. Sono visti successivamente i cancri del colon destro e trasverso, che pongono solo pochi problemi di gestione, quindi i cancri del colon sinistro.

Cancro del colon destro o trasverso

Esiste un consenso sulla gestione dei cancri del colon situati a monte della flessura splenica: la procedura chirurgica consiste in una resezione del colon destro più o meno estesa al trasverso con anastomosi ileocolica immediata. Si noti che un recente studio ha proposto il posizionamento di una protesi prima del trattamento chirurgico (*bridge to surgery*) senza benefici in termini di postumi a

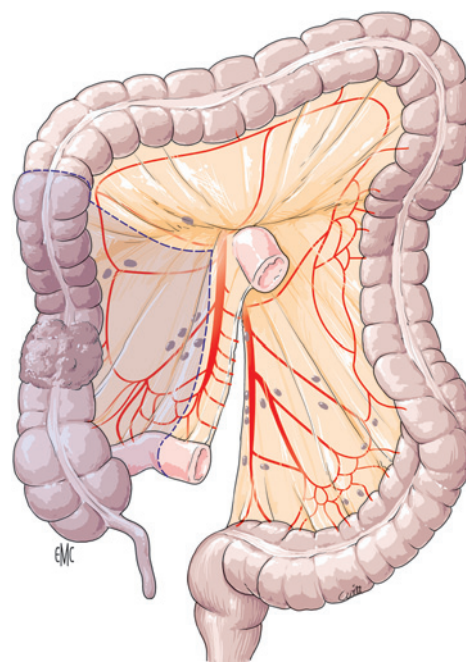


Figura 2. Emicolectomia destra.

breve termine e di sopravvivenza globale e senza recidiva a lungo termine. Peraltro, il tasso di insuccessi tecnici era più elevato che in caso di trattamento di tumori localizzati a sinistra [10, 11].

I principi chirurgici della colectomia destra più o meno estesa al trasverso sono descritti nel capitolo dell'EMC sulle colectomie destre [12]. Le Figure 2 e 3 richiamano i principi di resezione oncologica. In breve, i principi operatori sono:

- mediana sopra- e sotto-ombelicale;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725532>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725532>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)