

Chirurgia laparoscopica del colon-retto per malattia neoplastica

M. LOSPALLUTI, O.C. PANNARALE, A. PANEBIANCO, M. ROSITO, A. TROMBA,
M. DE LUCA, S. GIUNGATO, C. LOZITO, N. PALASCIANO

D.E.T.O., Dipartimento dell'Emergenza e Trapianti d'Organo – sez. Chirurgia d'Urgenza
Università degli Studi Di Bari, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari

SUMMARY: **Laparoscopic colo-rectal surgery in neoplastic diseases.**

The oncologic safety of laparoscopic surgery in colo-rectal cancer is not yet controversial. Laparoscopic approaches for colorectal surgery have been improved recently; In this article we summarize the importance of lymph node resection and assessment in contemporary colon cancer care.

Objectives: To compare the beneficial and harmful effects of laparoscopic versus open for patients with colo-rectal cancer.

Patients and methods: From January 2003 and July 2007, 84 patients with colo-rectal cancer underwent surgery operation, either by open (n = 41) or laparoscopic (n = 43) approach.

Results: Median of lymphadenectomy was similar in open or laparoscopic surgery (16 vs 15); distal clearance was similar and effective for radical resection; infective postoperative complications were 2 anastomotic leakages in open surgery; none in laparoscopic group.

Conclusion: This technique is a simple and effective procedure for successfully performing laparoscopic resection. Laparoscopic colectomy (LC) and OC (open colectomy) outcomes are generally comparable in the population. However, postoperative outcome was better after LC than after OC in radical colorectal surgery.

KEY WORDS: colon, rectum, carcinoma, laparoscopy.

Introduzione

La chirurgia oncologica del colon videolaparoscopica e/o videoassistita si sta diffondendo grazie alla ormai consolidata esperienza dei chirurghi e alla indubbia migliore compliance per gli interventi di chirurgia maggiore. In ambito oncologico in particolare, il problema immediatamente postosi è stato quello della radicalità intesa nel senso di potenzialità curativa della chirurgia laparoscopica.

Scopo del presente lavoro è quello di paragonare quanto ottenuto in tema di linfadenectomia e di complicazioni immediate in una serie consecutiva di 84 pa-

zienti (43 operati per via laparoscopia e 41 operati con tecnica tradizionale) giunti alla nostra osservazione.

Pazienti e metodi

Nel periodo compreso fra il 1° gennaio 2003 ed il 31 dicembre 2008, sono stati reclutati 84 pazienti. L'età mediana è di 67,9 anni (42-89); di questi 42 erano maschi e 42 femmine. Non sono stati presi in considerazione i pazienti occlusi e/o operati in urgenza.

Tutti i pazienti sono stati così studiati:

- Esame clinico.
- Colonscopia con duplice intento: prelievo biotico per la tipizzazione istologica, esclusione di altre lesioni sincrone sia benigne che maligne.
- Tac torace addome e pelvi.
- Valutazione del rischio operatorio: sono stati utilizzati, di volta in volta gli esami ritenuti idonei al fine di avere un quadro dettagliato della funzione respiratoria e cardiocircolatoria (ECG, Holter, Ecocardiogramma, Spirometria EGA).

Quanto alla sede del tumore, sono stati riscontrati:

- 24 tumori del colon destro (6 cieco, 18 colon ascendente); 3 del traverso; 32 del colon discendente; 13 del sigma;
- 12 del retto.

La scelta della tecnica di intervento (open o laparoscopico) è stata determinata dalla valutazione anestesiológica Alla luce di questo sono stati operati con tecnica open 41 pazienti e con tecnica laparoscopica 43 pazienti.

Al fine di rendere quanto più omogenei i due gruppi, si è deciso comunque di effettuare la preparazione preoperatoria del colon:

- dieta priva di scorie nelle 48 h precedenti l'intervento;
- purganti osmotici (SELG 4 buste in 4 l di acqua da somministrare 24h prima dell'intervento);
- Simeicone (Meteosim) gtt al dosaggio di 2,5 ml

Corrispondenza Autore:
Dott. M. Lospalluti
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico
P.zza G. Cesare, 11 - 70124 Bari
E-mail: lospalluti@emerchir-asclepios.uniba.it

in tre somministrazioni in 24 h in caso di intervento laparoscopico.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a profilassi antibiotica, limitata alle 36-48h postoperatorie iniziando nell'immediato pre-operatorio. I farmaci impiegati sono stati: Ciprofloxacina 200 mg ev e Metronidazolo 500 mg ev.

In tutti i pazienti è stata effettuata una profilassi antitrombotica utilizzando eparina a basso peso molecolare ed una compressione meccanica intermittente con gambali durante l'intervento. I gambali sono stati rimossi il giorno successivo, mentre la somministrazione di eparina è stata interrotta con la ripresa della normale attività fisica.

Risultati

Interventi eseguiti: 25 colectomie destre (compreso un ca. del trasverso in prossimità della flessura epatica); 47 colectomie sinistre (13 ca. sigma, 32 ca. colon discendente e 2 ca trasverso in prossimità della flessura splenica); 8 resezioni anteriori per neoplasia del retto; 4 amputazioni-addomino perineali sec. Miles per neoplasie infiltranti lo sfintere o localizzate <2 cm dalla linea dentata.

La conversione laparotomica si è resa necessaria in 8 casi (18,6%). Le cause sono state: aderenze correlate alla neoplasia in 4 casi (2 colectomie sinistre, 1 colectomia dx, 1 Miles); e anomalie vascolari in 4 casi (2 resezioni anteriori del retto e 2 colectomie dx).

Per quanto riguarda la radicalità abbiamo avuto per tutti gli interventi un adeguato margine di clearing libero da neoplasia (superiore a 5 cm per il colon e 2 cm per il retto.); la mediana del numero di linfonodi considerati complessivamente sull'intero campione è stata di 18 (8-48); nel gruppo di pazienti operati in via laparoscopica è stata di 15 (9-48); nell'altro gruppo è stato di 16 (8-28)

L'analisi statistica, applicando il test T di Student, non ha messo in evidenza alcuna differenza significativa fra i due gruppi con un $p = 0,135$.

Le complicazioni postoperatorie sono state:

– nel gruppo "open", 2 deiscenze anastomotiche, 4 infezioni di ferita chirurgica di cui 1 deiscenza completa;

– nel gruppo "laparoscopico": 2 infezioni di ferita chirurgica di cui 1 deiscenza completa della laparotomia di servizio.

Per quanto riguarda le 2 complicanze maggiori del primo gruppo si è reso necessario il reintervento: in un caso di colectomia dx, è stato necessario eseguire una ileostomia terminale e trasversostomia terminale; nel secondo caso, colectomia sin, un intervento tipo Hartmann.

Da considerare che la deiscenza della laparotomia di servizio si è determinata negli unici due casi in cui la breccia non era stata in qualche modo protetta.

In entrambi i casi i pazienti sono stati rioperati con la sutura diretta della deiscenza.

Discussione e conclusioni

La nostra iniziale esperienza ci incoraggia a perseguire la tecnica laparoscopica perché è stato possibile riprodurre con questa tecnica ciò che eravamo abituati ad eseguire in chirurgia open: adeguatezza di margine libero da neoplasia e adeguata asportazione linfonodale. Ad ulteriore dimostrazione della validità dell'approccio laparoscopico non vi è differenza statisticamente significativa fra i due gruppi. Certamente la chirurgia laparoscopica comporta dei tempi chirurgici più lunghi, ha dei costi maggiori; questi presunti handicaps vengono controbilanciati da un decorso post-operatorio migliore e da una incidenza di complicazioni immediate sicuramente di minor gravità; è oltremodo da sottolineare l'assenza di deiscenze anastomotiche.

Certamente una learning curve adeguata gioca un ruolo determinante nella riuscita dell'intervento: le 8 conversioni rese necessarie dimostrano da un lato la mancanza di selezione e dall'altro deficit di esperienza.

L'incidenza di complicazioni non è stata particolarmente alta, e comunque le uniche due deiscenze anastomotiche hanno interessato il gruppo della chirurgia "open".

In conclusione possiamo affermare che, partendo da questa iniziale esperienza di risultati incoraggianti, siamo sicuramente più stimolati a perseguire la tecnica laparoscopica visto che i principi della radicalità oncologica sono comunque rispettati. La linfoadenectomia è altresì risultata valida superando il numero di 15 linfonodi asportati che è considerato il limite minimo per una adeguata radicalità.

Certamente ulteriori e più approfonditi studi contribuiranno a consolidare questa tecnica che al momento è praticata solo in pochi centri dotati della necessaria competenza ed esperienza.

Bibliografia

1. Jacob BP, Salky B. Laparoscopic resection for colon adenocarcinoma. *Surg Endosc* 2005;19:643-49.
2. Zmora O, Gervaz P, Wexner SD. Trocar site recurrence in laparoscopic surgery for colonrectal cancer. *Surg Endosc* 2001; 15:788-93.
3. Martel G, Boushey RP. Laparoscopic colon surgery: past, present and future. *Surg Clin North Am* 2006Aug; 86(4): 867-97.

4. Impact of conversion on surgical outcomes after laparoscopic operation for rectal carcinoma: a retrospective study of 1,073 patients. *J Am Coll Surg* 2009 Mar;208(3):383-9.
 5. Gouvas N et al. Quality of surgery for rectal carcinoma: comparison between open and laparoscopic approaches. *Am J Surg* 2009 Mar 21. [Epub ahead of print]
 6. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Nelson H, Stryker SJ, Stewart AK, Soper NJ, Russell TR, Ko CY. Use and outcomes of laparoscopic-assisted colectomy for cancer in the United States. *Arch Surg*. 2008 Sep;143(9):832-9; discussion 839-40. Comment in: *Arch Surg* 2009 Mar;144(3):290-1; author reply 291.
 7. Wright FC, Law CH, Berry S, Smith AJ. Clinically important aspects of lymph node assessment in colon cancer. Sunnybrook Health Sciences Centre, Odette Cancer Centre, University of Toronto, *J Surg Oncol* 2009 Mar 15;99(4):248-55.
-

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI