



NILDE

Network Inter-Library Document Exchange

Il presente documento viene fornito attraverso il servizio NILDE dalla Biblioteca fornitrice, nel rispetto della vigente normativa sul Diritto d'Autore (Legge n.633 del 22/4/1941 e successive modifiche e integrazioni) e delle clausole contrattuali in essere con il titolare dei diritti di proprietà intellettuale.

La Biblioteca fornitrice garantisce di aver effettuato copia del presente documento assolvendo direttamente ogni e qualsiasi onere correlato alla realizzazione di detta copia.

La Biblioteca richiedente garantisce che il documento richiesto è destinato ad un suo utente, che ne farà uso esclusivamente personale per scopi di studio o di ricerca, ed è tenuta ad informare adeguatamente i propri utenti circa i limiti di utilizzazione dei documenti forniti mediante il servizio NILDE.

La Biblioteca richiedente è tenuta al rispetto della vigente normativa sul Diritto d'Autore e in particolare, ma non solo, a consegnare al richiedente un'unica copia cartacea del presente documento, distruggendo ogni eventuale copia digitale ricevuta.

Biblioteca richiedente: CIMEDOC (Centro Interdip di Servizi per la Metod della Sperimentaz e la Documentazione Biomedica)

Data richiesta: 07/11/2017 15:27:54

Biblioteca fornitrice: Biblioteca Centrale di Medicina

Data evasione: 07/11/2017 15:44:53

Titolo rivista/libro: European journal of oncology

Titolo articolo/sezione: Colorectal neoplasms. Surgery of multiple localization

Autore/i: Fabiano G.,Ugenti I., Pezzolla A., Lattarulo S. et al.

ISSN: 1128-6598

DOI:

Anno: 2003

Volume: 8

Fascicolo: 1

Editore:

Pag. iniziale: 39

Pag. finale: 41

I tumori del colon retto. La chirurgia delle localizzazioni multiple Colorectal neoplasms. Surgery of multiple localization

Gennaro Fabiano, Ippazio Ugenti, Angela Pezzolla, Maria Alessandra Filogera, Serafina Lattarulo e Filippo Ferrareso
Cattedra di Chirurgia Generale, Dipartimento di Scienze Chirurgiche Generali e Specialistiche, Università degli Studi di Bari, Bari, Italia

Riassunto

Al di fuori di condizioni precancerose ben definite come la rettocolite ulcerosa o la poliposi rettocolica familiare, l'osservazione di carcinomi multipli del grosso intestino è evento non frequente, ma nemmeno del tutto raro. Nella nostra esperienza del colon-retto, i carcinomi multipli sono stati 5, pari al 5,8%; sono stati osservati un carcinoma sincro (1,16%), un sincro-metacrono (1,16%) e 3 metacroni (3,48%). In entrambe le localizzazioni sincrone erano presenti polipi multipli disseminati, e tutte e tre le neoplasie metacrone sono insorte su polipi. In entrambi i casi di tumori sincroni le lesioni erano localizzate all'angolo colico dx ed al sigma; sono state eseguite due colectomie totali con ileorettostomia: uno dei pazienti, operato 17 mesi prima di resezione segmentaria in urgenza per un carcinoma stenosante della flessura sinistra, è andato perso al follow-up, l'altro è vivo dopo oltre 3 anni, apparentemente libero da malattia. In due delle localizzazioni metacrone, già operate rispettivamente di resezione del sigma e del trasverso, è stata effettuata una emicolectomia dx; un terzo caso, operato 20 anni prima di amputazione addominoperineale, è stato sottoposto ad una resezione segmentaria degli ultimi 20 cm del colon ed a ricomfezione della stomia per una neoplasia perianastomotica. Tutte e tre le pazienti, a distanza di 6-24 mesi dall'intervento, sono vive ed apparentemente libere da malattia. Inoltre è stata effettuata una bonifica preoperatoria in 8 casi. Un paziente è stato sottoposto a colonscopia intraoperatoria, 6 pazienti in follow-up sono stati sottoposti a bonifica di polipi insorti nel colon residuo; in un paziente di 50 anni, ripetutamente sottoposto a bonifica endoscopica per poliposi disseminata, l'insorgenza di un carcinoma del trasverso ha indotto ad eseguire la colectomia totale profilattica. Eur. J. Oncol., 8 (1), 39-41, 2003

Parole chiave: tumori colorettali, tumori multipli

Key words: colorectal neoplasms, multiple neoplasms

Apart from well-known precancerous conditions like ulcerative colitis or familial adenomatous polyposis, the observation of multiple carcinomas of the large intestine is not very frequent, even though not so rare. In our experience during the last 5 years of 86 cases of colorectal carcinoma, we found 5 cases (5.8%) of multiple carcinoma of the large intestine: 1 synchronous (1.16%), 1 synchronous-metachronous (1.16%), 3 metachronous (3.48%). In both synchronous cases multiple disseminated polyps were present and all three metachronous cases developed on polyps. Both the synchronous ones were localized in the sigmoid colon and at the hepatic flexure and the patients were submitted to total colectomy and ileo-rectal anastomosis: one of the patients had already been operated on as an emergency 17 months previously because of a stenotic carcinoma of the splenic flexure, but was lost at follow-up; the other patient is still alive and apparently disease-free after 3 years. Two of the metachronous cases, who had already undergone resection of the sigmoid and the transversum respectively, were submitted to a right colectomy, while the third case, who had undergone an abdomino-perineal amputation, was submitted to a partial resection of the last 20 cm of the colon, and the reconstruction of a new stoma. All three patients are alive and apparently disease-free at 6-24 months after the operation. Furthermore we have carried out preoperative endoscopic clearing of polyps in 8 patients, an intraoperative colonscopy in 1 patient, and in 6 patients, during the endoscopic follow-up, we have found new polyps that have been resected; in a 50 year old patient, repeatedly submitted to endoscopic clearing for diffused polyposis, the onset of a carcinoma del trasverso ha indotto ad eseguire la colectomia totale profilattica. Eur. J. Oncol., 8 (1), 39-41, 2003

Summary

Pervenuto/Received 4.6.2002 - Accettato/Accepted 16.9.2002
Indirizzo/Address: Prof. Gennaro Fabiano, U.O. Chirurgia Generale Univ. IV "G. Marinaccio", Policlinico, P.zza G. Cesare, 70124 Bari, Italia

Al di fuori di condizioni precancerose ben definite, come la rettocolite ulcerosa o la poliposi rettocolica familiare, l'osservazione di carcinomi multipli del grosso intestino è un evento non frequente, anche se non del tutto raro.

Welch¹, in una revisione della letteratura, riporta un'incidenza media di carcinomi multipli del colon del 4%, con un range dallo 0,6 al 9,1%. Altrettanto riportano Fante *et al*² in una revisione di registri tumori.

Questi dati vengono, però, considerati sottostimati: Rodolico *et al*³ sottolineano come non sempre sia possibile effettuare preoperatoriamente uno studio endoscopico completo del colon; Welch¹ afferma che molti cancri metacroni sfuggono per *drop out* o per morte dei pazienti per causa neoplastica o per altra causa prima di poter formulare la diagnosi di secondo tumore. In quest'ottica alcuni tumori "metacroni precoci", scoperti cioè entro 6 mesi - 1 anno dall'intervento, potrebbero essere meglio definiti come "sincroni misconosciuti"^{4,5}.

Yamazaki *et al*⁶ riportano un'incidenza di tumori metacroni del 10,6%; Arai *et al*⁷, confrontando i dati di due casistiche, chirurgica ed autoptica, trovano un'incidenza di tumori multipli rispettivamente dell'8,6 e del 9,4%. Diversi Autori^{8,9} riportano come l'incidenza dei cancri metacroni aumenti con l'estendersi del follow-up.

Nella nostra casistica, che abbiamo voluto limitare agli ultimi 5 anni (1997-2001) su 86 casi di carcinoma del grosso intestino, i casi di carcinoma multiplo sono stati 5, pari al 5,8%: sono stati cioè osservati un carcinoma sincrono (1,16%), uno sincrono-metacrono (1,16%) e 3 metacroni (3,48%).

Lo sviluppo di neoplasie multiple, sincrone o metacrone, sarebbe espressione di una particolare tendenza di alcuni soggetti a rispondere agli stimoli oncogeni³, potendosi definire anche dei gruppi con carcinoma coloretale ereditario (HNPCC o Sindrome di Lynch) in cui, oltre alla alta incidenza familiare vi è anche una maggiore tendenza alla plurifocalità del cancro coloretale^{2,10,11}.

Dal punto di vista clinico il fattore di rischio principale di sviluppare un secondo tumore, sia esso sincrono o metacrono, è costituito dalla presenza di adenomi come espressione di una instabilità rigenerativa della mucosa^{5,12,13}.

Welch¹ riporta, nei soggetti con tumori metacroni, la presenza di polipi nel 37% dei casi al primo intervento e nel 52% al secondo, mentre nei sincroni è del 65%.

Morson e Dawson¹⁴ notano un 60% di adenomi associati al cancro d'esordio nei soggetti con tumori metacroni.

Secondo alcuni Autori^{15,16} la presenza di polipi nel pezzo operatorio raddoppia il rischio di insorgenza di un secondo tumore.

Nei nostri casi, in entrambe le localizzazioni sincrone, erano presenti polipi multipli disseminati, e tutte e tre le neoplasie metacrone sono insorte su polipi.

Queste premesse definiscono come il trattamento delle localizzazioni multiple del cancro del colon non sia univoco, dovendosi identificare i principi di trattamento dei tumori sincroni e dei tumori metacroni, e le modalità di prevenzione dei tumori metacroni.

Per i tumori sincroni, ad un atteggiamento altamente demolitivo proposto da alcuni Autori¹⁷⁻¹⁹, consistente nella colectomia totale di principio con ileo-rettostomia o nella proctocolectomia totale con ileostomia nei casi con coinvolgimento rettale, da Welch¹ in poi si è fatto strada un atteggiamento più eclettico, anche in considerazione del rischio di sequele e complicanze; se le neoplasie si trovano nella stessa area di drenaggio linfatico può essere

considerata sufficiente una emicolectomia allargata, riservando ai casi di neoplasie distanti fra loro ed interessanti segmenti a diverso drenaggio linfatico la colectomia totale.

Nella nostra esperienza, in entrambi i casi di tumori sincroni, le due localizzazioni carcinomatose erano localizzate all'angolo colico dx ed al sigma; vi era inoltre, come già detto, la presenza di polipi, per cui sono state eseguite due colectomie totali con ileorettostomia: uno dei pazienti, ultraottantenne, che era stato operato 17 mesi prima di resezione segmentaria in urgenza, per un carcinoma stenotico della flessura sinistra, è andato successivamente perso al follow-up, l'altro, nonostante una positività per cellule neoplastiche nel liquido di lavaggio peritoneale, è vivo ad oltre 3 anni, apparentemente libero da malattia.

Analogamente l'insorgenza di un tumore metacrono non è obbligatoriamente un'indicazione ad una colectomia^{1,3}.

Nella nostra casistica, nelle tre localizzazioni metacrone, in un primo caso, operato da noi un anno prima di resezione anteriore, è stato evidenziato al controllo endoscopico un polipo della flessura dx, che all'esame istologico ha mostrato presenza di un focus neoplastico; la polipectomia non è stata ritenuta sufficiente e si è quindi proceduto ad eseguire una emicolectomia dx. In un secondo caso, in una paziente operata altrove due anni prima di resezione del trasverso e giunta alla nostra osservazione per subocclusione intestinale da stenosi cicatriziale dell'anastomosi colocolica, è stata evidenziata alla colonscopia una neoplasia del cieco verosimilmente insorta su polipo; anche questa paziente è stata sottoposta ad emicolectomia dx. In un terzo caso, in una paziente operata da noi 20 anni prima di amputazione addomino-perineale, è insorta una neoplasia, a verosimile partenza da un polipo, in sede perianastomotica; la paziente, ultraottantenne, è stata sottoposta ad una resezione segmentaria degli ultimi 20 cm del colon ed a riconfezione della stomia. Tutte e tre le pazienti, a distanza di 6-24 mesi dall'intervento, sono vive ed apparentemente libere da malattia.

La prevenzione dei tumori metacroni trova il trattamento elettivo^{6,9} nella bonifica dei polipi pre- ed intraoperatoria, ricorrendo, se necessario, anche alla colonscopia intraoperatoria^{12,20}, e nella sorveglianza con bonifica dei nuovi polipi. In alcuni casi selezionati, soggetti giovani con lunga aspettativa di vita, poliposi multicentrica o mucosa polipogena, e basso rischio operatorio, può, secondo alcuni Autori²¹, essere proposta una colectomia totale profilattica.

Nella nostra esperienza la bonifica preoperatoria è stata effettuata in 8 casi, la colonscopia intraoperatoria in 1 caso, e 6 pazienti in follow-up sono stati sottoposti a bonifica di polipi insorti nel colon residuo; in un paziente di 50 anni, ripetutamente sottoposto a bonifica endoscopica per poliposi disseminata, l'insorgenza di un carcinoma del trasverso ha indotto ad eseguire la colectomia totale profilattica.

Possiamo concludere che, nel trattamento delle localizzazioni multiple del cancro coloretale, un trattamento ampiamente demolitivo vada riservato solo a casi selezionati; si impone però una stretta sorveglianza, soprattutto in pazienti che presentino fattori di rischio, per impedire l'insorgenza di tumori metacroni.

Bibliografia

1. Welch JP. Multiple colorectal tumors. An appraisal of natural history and therapeutic options. *Am J Surg* 1981; 142: 274-80.

12. Bekdash B, Harris S, Broughon CI, *et al.* Outcome after multiple colorectal tumours. *Br J Surg* 1997; 84: 1442-4.
13. Dowling K, Watne A, Foshag L, *et al.* Management of non-familial adenomatous polyps and colon cancers. *Surgery* 1985; 98: 684-7.
14. Morson BC, Dawson IMP, Gastrointestinal Pathology, II ed. Oxford: Blackwell Publ, 1979.
15. Muto T, Bussey JH, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975; 36: 2251-70.
16. Chu DZJ, Giacco G, Martin RG, *et al.* The significance of synchronous carcinoma and polyps in the colon and rectum. *Cancer* 1986; 57: 445-50.
17. Lillehei RC, Wangenstein OH: Bowel function after colectomy for cancer, polyps, and diverticulitis. *JAMA* 1955; 159: 163-70.
18. Gruber R, Shein CJ, Gliedman ML: The second colorectal cancer. A retrospective analysis of the value of extended colonic resection. *Am J Surg* 1970; 119: 652-4.
19. Enker WE, Dragacevic S. Multiple carcinomas of the large bowel: a natural experiment in etiology and pathogenesis. *Ann Surg* 1978; 187: 8-11.
20. Giardello C, Angelone G, Iodice G, *et al.* Diagnosi, terapia e follow-up dei canceri coloretali (CCR) sincroni del colon. *G Chir* 2001; 22: 122-4.
21. Guernelli N. La colectomia totale quale prevenzione del cancro metacrono coloretale. *Arch. Atti SIC*, vol. 3, p. 125-32. Roma 1988.
2. Fante R, Ronucci L, Di Gregorio C, *et al.* Frequency and clinical features of multiple tumors of the large bowel in the general population and in patients with hereditary colorectal carcinoma. *Cancer* 1996; 77: 2013-21.
3. Rodolfo G, Licata A, Di Cataldo A, *et al.* I canceri multipli del grosso intestino. *Atti XI Congresso Nazionale SICO* p. 563-73. Genova, 1987.
4. Finan PJ, Ritchie JK, Hawley PR. Synchronous and 'early' metachronous carcinomas of the colon and rectum. *Br J Surg* 1987; 74: 945-7.
5. Chen HS, Sheen-Chen SM. Synchronous and "early" metachronous colorectal adenocarcinoma: analysis of prognosis and current trends. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1093-9.
6. Yamazaki T, Takii Y, Okamoto H, *et al.* What is the risk factor for metachronous colorectal carcinoma? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 935-8.
7. Arai T, Sawabe M, Takubo K, *et al.* Multiple colorectal cancers in the elderly: a retrospective study of both surgical and autopsy cases. *J Gastroenterol* 2001; 36: 748-52.
8. Lucetfeld MA, Ross DS, Zander JD, *et al.* Late development of metachronous colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 159: 180-4.
9. Bulow S, Svendsen LB, Møllengaard A. Metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1990; 77: 502-5.
10. Levin B. Multiple primary carcinomas of the large intestine 50 years later. *Cancer* 1998; 83: 2425-6.
11. Pricolo R, Salvaioni P, Rizzitelli E. Carcinomi coloretali pluricentrici sincroni. *Minerva Chir* 1993; 48: 115-22.