

2. CANCRO COLO-RETTALE

CASISTICA OPERATORIA DEL QUINQUENNIO 2007- 2011

Valerio Basilico*, Baldovino Griffa, Michel Zanardo

U.O.S. Chirurgia Oncologica Gastroenterologica - Ospedale Valduce - Como

*Responsabile Unità Operativa

Direttore del Dipartimento Chirurgico: Dr. Giulio Capriata

INTRODUZIONE

Nel precedente numero del Bollettino è stato pubblicato il “report” dell’attività operatoria per neoplasie gastriche, svolta dalla Unità Operativa di Chirurgia Oncologica Gastroenterologica nel periodo 2007-2011. Come annunciato in tale occasione, pubblichiamo ora il secondo capitolo che si riferisce ai dati che riguardano il cancro colo-rettale.

I lettori più assidui e attenti di questo Bollettino forse ricorderanno che nel 2007 è stata da noi presentata un’ analoga relazione sulla casistica operatoria di pazienti affetti da cancro gastrico prima e colo-rettale poi, riferita al quinquennio precedente (2002-2006).

In tale occasione veniva preso l’impegno di redigere un ulteriore resoconto alla scadenza del nuovo quinquennio: con la pubblicazione delle due relazioni viene mantenuto quell’impegno.

Questa nostra scelta è da considerare peraltro all’interno di una proposta più ampia, che vede estendere l’invito a tutte le Unità Oncologiche, sia di area Medica che Chirurgica, degli ospedali cittadini e della provincia, ad utilizzare il Bollettino per documentare al MMG la propria attività e peculiarità, a testimonianza della buona ed in molti casi eccellente prestazione offerta al paziente oncologico e per concorrere a realizzare quell’ampia informazione volta a ridurre la percentuale dei pazienti “drop-out” dei nostri ospedali.

Casistica

Dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2011 sono stati sottoposti in modo consecutivo, non selezionato, ad intervento chirurgico per neoplasia colo-rettale 605 pazienti: 270 donne e 335 uomini, con una media di casi-anno di 121.

Per opportuna conoscenza segnaliamo quali sono i volumi di riferimento di attività ospedaliera per procedura specifica.

(Birkmeyer J.D. et al Hospital Volume and Surgical Mortality in United States N Engl J Med 2002; 347: 1128-1137)

Numero di resezioni coliche per anno					
Attività	< 33	tra 33-56	tra 57-84	tra 85-124	> 124
Volume	Molto Basso	Basso	Medio	Alto	Molto Alto

La nostra casistica si situa dunque sul gradino “alti volumi” d’attività ed il livello raggiunto si è sostanzialmente confermato nell’arco del quinquennio di rilevazione.

ETA’

La distribuzione per età dei pazienti della nostra serie è stata la seguente:

ETA’	N.	%
< 40 anni	8	1.3
tra 41-50	31	5.1
tra 51-60	102	16.8
tra 61-70	186	30.7

tra 71-80	176	29.1
> 80 anni	102	16.8

Viene confermato anche dai nostri dati la prevalenza della neoplasia nella 7-8° decade di vita: sporadici sono i casi di pazienti affetti da cancro colo-rettale al di sotto dei 40 anni e relativamente poco frequenti quelli che colpiscono i quarantenni.

RESIDENZA ANAGRAFICA.

Di particolare interesse è la distribuzione per residenza anagrafica dei pazienti giunti nel nostro reparto:

RESIDENZA	N.	%
Como città	134	22.2
Provincia di Como	369	61.0
Altra Provincia Lombarda	24	3.9
Altra Regione	78	12.9

Un dato lusinghiero è costituito dal 17% di pazienti non residenti nella nostra provincia che accettano il disagio del trasferimento verso un ospedale che non è quello di riferimento, per la precisa scelta del chirurgo di fiducia. Più difficile è commentare il flusso dei pazienti abitanti a Como o in provincia, in quanto non abbiamo il dato complessivo della percentuale dei drop-out per neoplasia colo-rettale nell'arco dell'intero quinquennio: il dato indiretto a cui possiamo attingere è la percentuale di pazienti che si sottopongono a colonscopia presso il nostro ospedale e che poi non vengono ricoverati per l'intervento. Tale percentuale è poco oltre il 20% ed è tendenzialmente in incremento.

RECLUTAMENTO

Per quanto si riferisce alla tipologia del reclutamento dei pazienti, abbiamo registrato questi dati:

PROVENIENZA	N.	%
Amb. Collegiale Chirurgico-Endoscopico	276	45.6
Amb. Chirurgia Generale	122	20.2
cAmb. Collegiale Chirurgico-Oncologico	25	4.1
Pronto Soccorso	73	12.1
Trasferiti dalle Medicine	100	16.5
Trasferiti da altro reparto interno	7	1.1
Trasferiti da altro ospedale	2	0.3

Il reclutamento presso gli ambulatori collegiali e dedicati si è rivelato il mezzo più efficace nell'incidere significativamente sulla riduzione dei tempi di degenza pre-operatoria: in tali ambiti è infatti possibile mettere in atto tempestivamente il percorso diagnostico-terapeutico già pianificato, con le indagini e gli esami di stadiazione prefissati ed il giorno del ricovero predefinito.

INTERVENTI .

Gli interventi in elezione sono stati 543, quelli in urgenza 62 (pari al 10.2%).

La tipologia degli interventi della nostra serie si è così distribuita:

INTERVENTI	N.	%
Emicolectomia destra	197	32.6
Resezione ileo-cieco-colica	6	1.0
Ileo-trasverso-anastomosi palliativa	7	1.1
Resezione del trasverso	24	4.0
Emicolectomia sinistra alta e classica	80	13.2
Resezione del sigma	84	13.9

Ileo-sigmoido-anastomosi palliativa	2	0.3
Resezione del sigma secondo Hartmann	64	10.6
Resezione anteriore del retto	93	15.4
Amputazione del retto secondo Miles	7	1.1
Colectomia subtotale	10	1.6
Colostomia	25	4.1
Laparotomia esplorativa	6	1.0

STADIO di MALATTIA

La stadiazione pre e post-operatoria ha coinvolto con grande spirito di collaborazione i Servizi di Radiodiagnostica ed Anatomia Patologica: è evidente infatti come la corretta attribuzione di stadio di malattia condizioni le scelte terapeutiche e si rifletta sulla prognosi futura.

Per quanto attiene alla diagnosi istologica abbiamo registrato la seguente distribuzione:

ISTOTIPO	N.	%
Adenocarcinoma	521	86.1
ACIC (precedente polipectomia endoscopica)	42	6.9
Adenoma tubulo-villoso severamente displastico	35	5.8
Altro	7	1.1

Per quanto riguarda la distribuzione per stadio degli adenocarcinomi, in tutti i casi in cui è stato possibile attribuire una corretta stadiazione, abbiamo registrato quanto segue:

STADIO	N.	%
0	31	5.1
I	67	11.1
II	170	28.1
III	193	31.9
IV	91	15.0
Totale	552	91.2

Come si evince dalla tabella, quasi la metà dei pazienti (47%) è compresa negli stadi più avanzati. Questo dato indica che ancora oggi, nonostante le campagne di screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci e la relativa facilità di accesso alle indagini endoscopiche e/o radiologiche, la diagnosi non è affatto tempestiva.

Grande rilievo riserviamo da sempre alla accurata registrazione della sede di presentazione della neoplasia: si registra un costante e progressivo aumento negli anni dei tumori a carico del colon destro. Sull'argomento, ancora sul Bollettino, abbiamo presentato i dati della nostra casistica riferiti ad un intero decennio di osservazione (BOLL. OMC N°2/2009 - Pagine 18-22).

Le neoplasie del colon destro e trasverso medio-prossimale sono state 243 (40.2%), quelle del traverso distale-flessura splenica e colon sinistro 66 (10.9%), quelle del sigma 152 (25,1%), quelle del retto 142 (23.5%), le neoplasie a duplice localizzazione colica 2 (0.3%).

La percentuale del 4.2% sottolinea di per sé come sia importante avere un alto indice di sospetto, in presenza di anemia cronica microcitica iposiderenica, per una possibile neoplasia dei segmenti colici di destra e come sia pertanto raccomandabile l'esecuzione di una tempestiva pancoloscopia.

I pazienti sottoposti ad intervento resettivo in presenza di metastasi epatiche sono stati 58 (9.6%), con metastasi peritoneali 28 (4.6%), con metastasi polmonari 4 (0.6%).

L'indicazione all'intervento in questi casi è stata posta per l'anemizzazione secondaria o per la stenosi dovute alla neoplasia, oppure in vista di un successivo intervento resettivo delle metastasi.

DEGENZA

Un aspetto per noi rilevante su cui si è particolarmente appuntata la nostra attenzione è stato quello della durata complessiva della degenza dei pazienti, come presentato nella seguente tabella:

DIMISSIONE	N.	%
Entro 10 gg	62	10.4
Tra 11 e 15	322	54.2
Tra 16 e 20	122	20.6
Oltre 20 gg	88	14.8
TOTALE	594	100

Per una valutazione più dettagliata del dato si sono presi in considerazione separatamente i due momenti costitutivi della degenza: i giorni di ospedalizzazione in attesa dell'intervento e le giornate di decorso post-operatorio.

E' infatti evidente il diverso ruolo che i due periodi rivestono: *il primo* è legato alla tempestività dell'esecuzione delle indagini di stadiazione e alla preparazione del paziente all'intervento ed è condizionato dalla presenza di eventuali patologie associate e da tutti gli ulteriori diversi motivi di attesa; *il secondo* è strettamente correlato alle complicanze post-operatorie.

DEGENZA PRE-OPERATORIA.

Escludendo i casi operati d'urgenza (62 casi), registriamo che 357 pazienti (pari al 65.7%) sono stati operati entro le 72 ore dal ricovero; 101 (18.6%) hanno atteso tra 4-7 giorni; 85 (15.6%) hanno aspettato più di una settimana il momento dell'intervento.

Le ragioni d'attesa sono sostanzialmente riconducibili a questi fattori: la diagnosi e' stata fatta durante il ricovero; si è reso necessario correggere o compensare patologie associate, talora severe; si è ritenuto opportuno avere a disposizione un posto-letto in Terapia Intensiva; ma soprattutto si è oltremodo protratta la degenza nei reparti di Medicina o di Altra Specialità prima del trasferimento in reparto chirurgico.

DEGENZA POST-OPERATORIA.

Per quanto riguarda le complicanze post-operatorie (in alcuni casi più di una nello stesso paziente) che hanno inciso in varia misura sulla durata della degenza, riferiamo i seguenti dati.

COMPLICANZE	N.
Fistola anastomotica con reintervento	17
Fistola anastomotica a risoluzione spontanea	18
Ileo paretico post-op	19
Trasfusioni post-operatorie	22
Sanguinamento anastomosi con reintervento	2
Emoperitoneo con reintervento	1
Occlusione intestinale precoce con reintervento	4
TVP	5
Infezione del sito chirurgico	69
Polmonite o BPCO riacutizzata	27
Embolia polmonare	2
Miscellanea	34
TOTALE	220

Per quanto riguarda le complicanze strettamente correlate all'intervento, abbiamo registrato complessivamente 35 fistole anastomotiche: di queste 18 si sono risolte spontaneamente con terapia conservativa (infusionale ed antibiotica) e mantenendo in sede per tutto il tempo necessario il drenaggio o posizionandone altri sotto guida ecografica, quando indicato; 17 hanno richiesto il reintervento. Nel caso di emoperitoneo come pure nei casi di sanguinamento attivo dall'anastomosi è stato necessario reintervenire nell'immediato post-operatorio. Il reintervento si è reso poi necessario nei 4 casi di occlusione intestinale precoce.

Le infezioni del sito chirurgico sono state 69: superficiali 41, profonde 7, endocavitarie 21.

I pazienti quindi con complicanza correlata all'intervento sono stati 152, con una morbilità del 25.6%.

Le restanti altre complicanze, non direttamente legate all'intervento, si sono verificate in 68 casi e costituiscono il 30.1% delle complicanze totale.

La mortalità operatoria è stata di 11 pazienti sui 605 operati, pari all'1.8%.

Conclusioni.

Da quanto sopra riportato si evidenzia con chiarezza come la registrazione puntuale dei dati consenta di fornire un rendiconto dettagliato e completo dell'attività svolta e di metterlo a disposizione dei soggetti interessati.

All'interno dell'Unità Operativa l'analisi dei dati viene ulteriormente approfondita e dettagliata, così da correlarla ad altri ulteriori parametri, quali ad esempio: le condizioni generali del paziente ed il suo stato nutrizionale, la presenza di anemizzazione pre-operatoria e comorbilità, la condizione d'elezione o d'urgenza dell'intervento e la sua durata, le eventuali complicanze intra-operatorie, l'esperienza dell'operatore. In questo modo, periodicamente, si procede al controllo sistematico della qualità dell'attività chirurgica e dell'assistenza prestata.

In quest'ottica vogliamo infine ricordare come sia stato naturale dotarsi di *indicatori* (di struttura, di processo, di esito) per monitorare il lavoro svolto e di *standard di riferimento* da confrontare con gli analoghi presenti in letteratura.

NB. Per ulteriori informazioni si invita a consultare il sito WEB dell'Ospedale Valduce (www.valduce.it), scegliendo dalla pagina iniziale la voce "Divisioni" e selezionando quindi "Chirurgia Oncologica Gastroenterologica".