



Publicazione 77

QUAL'È IL LIMITE DELLA CHIRURGIA DEL CANCRO COLO-RETTALE CON METASTASI?

I. DI CARLO - S. CORDIO - S. GRESTA - G. LA GRECA - G. LI DESTRI - A. RACALBUTO - S. PULEO
Università degli Studi di Catania - Istituto di I Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica - (Direttore: Prof. G. Rodolico)

[Wich is the limit of the surgery of colo-rectal cancer with metastases?]

RIASSUNTO

La terapia codificata per il cancro colo-rettale, senza metastasi, non trova la stessa univocità di vedute per la stessa patologia in fase metastatica.

Il caso giunto alla nostra osservazione ci ha permesso di considerare positivamente l'applicazione delle metodiche che per ogni localizzazione secondaria hanno dato i risultati migliori. Anche se sotto l'aspetto clinico-scientifico si ripropone l'insoluto quesito del trattamento "aggressivo" di principio o solo trattamento delle complicanze, si è potuto offrire al paziente ed ai suoi familiari una qualità di vita certamente non duratura, ma sicuramente utile.

Parole chiave: Cancro colo-rettale, Metastasi epatiche.

SUMMARY

The codified therapy for colo-rectal cancer without metastases, do not meet the same univocal point of view as for the one with metastases.

The case under our observation allowed us to evaluate positively the employment of the methodics which gave the best results for every secondary localization.

Apart from the clinico-scientific question of the treatment, the patient and his family have got a quality of life not last long but at least usefull.

Key words: Colorectal cancer, Liver metastases.

Introduzione

L'exeresi della neoplasia e del territorio di drenaggio linfatico rappresentano la terapia idonea per il cancro colo-rettale.

La presenza di metastasi diffuse ad ambedue i lobi del fegato e/o ad altri organi viscerali pone il problema se trattare la malattia d'embée, impiegando le metodiche che, per ogni localizzazione secondaria, hanno dato i risultati migliori, se effettuare solo una chemioterapia sistemica e trattare le complicanze quando queste si presentano, o essere quasi completamente astensionisti e limitarsi al trattamento delle complicanze.

Nel caso del nostro paziente si è optato per la prima alternativa, nell'intento di ottenere una qualità di vita accettabile.

Caso clinico

B.C., agricoltore, di anni 44, coniugato con prole, venne alla nostra osservazione il 24.5.1992, dopo successivi e ripetuti ricoveri in altra sede negli ultimi quattro mesi. Solo nell'ultimo di essi fu posta la diagnosi di K sigma con metastasi epatiche, senza tuttavia alcuna indicazione terapeutica.

Al momento di ricovero nel nostro Istituto le condizioni generali del paziente erano scadenti, per la presenza di dimagrimento, malnutrizione, astenia, febbre di tipo settico, pneumaturia, intensa anemia ipocronica Hb 8,6 mg/ml, GR 3.150.000, GB 18.920, Ht 28,2), alterazioni e degli indici di colestasi (GGT 384, FA 435), valore del CEA elevato di 4 volte rispetto al valore normale, urinocoltura positiva per *Klebsiella pneumoniae*. L'indice di Karnofsky del paziente al momento del ricovero era di 60.

Il clisma opaco e la colonscopia confermarono la presenza di un processo eteroplastico vegetante e stenotico a 24 cm. dall'orifizio anale, con probabile estensione a livello dello scavo del Douglas (ecoendo-trans-rettale). La diagnostica per immagini (TAC - Eco) confermò la presenza di numerose metastasi epatiche delle dimensioni variabili da 1 a 6 cm., diffuse ad ambedue i lobi del fegato, ed il "congelamento" della pelvi da parte di tessuto neoplastico che interessava anche la parete postero-superiore della vescica.

L'esame TC del torace e dell'encefalo non mise in evidenza immagini patologiche, così come la scintigrafia scheletrica.

L'urografia perfusionale confermò l'interessamento neoplastico della parete posteriore-superiore sinistra della vescica, con probabile fistola colovescicale, mettendo inoltre in evidenza una iniziale stenosi dell'uretere iuxta-vescicale di sinistra.

All'intervento chirurgico (3.7.1992) furono confermate in toto le note diagnostiche pre-operatorie, per cui si decise di asportare la neoplasia (sigmoidectomia), con intervento di Hartman, effettuando altresì una escissione parziale della cupola vescicale, e di apporre un sistema impiantabile in arteria gastro-duodenale con reservoir sottocutaneo in corrispondenza della 10^a costola di destra, previa colecistectomia e legatura dell'arteria pilorica.

Dimissioni in 13^a giornata.

Dopo un mese dall'intervento, non avendo registrato complicanze post-operatorie ed essendo già eradicata da tempo l'infezione urinaria, sono stati apposti, per via cistoscopica, due stents ureterali allo scopo di prevenire e curare la stenosi, soprattutto in vista di una successiva radioterapia.

Il paziente ha effettuato, al proprio domicilio, 5 cicli di chemioterapia con FUDR, somministrato attraverso il sistema Pharmacia Deltec CADD I®, conducendo una vita quasi del tutto regolare.

Dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico l'indice di Karnofsky è 80.

Discussione

Nei pazienti affetti da cancro colo-rettale, in fase metastatica, si pone spesso il dilemma terapeutico, se trattare solo le complicanze, o se curare la malattia con i presidi terapeutici migliori e specifici per ogni localizzazione.

Le complicanze intra e post-operatorie sono inferiori in caso di resezioni in elezione, rispetto all'intervento eseguito in urgenza (2). Inoltre, anche la mortalità intra-operatoria e la sopravvivenza sono

migliori se l'intervento è eseguito in elezione (1).

In caso di metastasi epatiche diffuse ad ambedue i lobi in cui non è possibile effettuare una exeresi chirurgica, la somministrazione attraverso l'arteria gastro-duodenale di farmaci antitumorali rappresenta il miglior presidio terapeutico, utilizzabile a livello loco-regionale, per l'azione che limita la tossicità sistemica (6). Tecnicamente è importante effettuare la colecistectomia per prevenire la colecistite chimica; la legatura dell'arteria pilorica per la prevenzione di erosioni della mucosa gastro-duodenale; ed un corretto posizionamento del catetere nell'arteria gastro-duodenale per evitare dislocazioni che potrebbero favorire inversioni del flusso dei farmaci chemioterapici con comparsa di grave gastrite chimica o, ancor peggio, la trombosi dell'arteria epatica propria (4).

Nel post-operatorio è importante mantenere la pervietà del catetere, tra un ciclo ed il successivo, iniettando una volta la settimana 2500 UI di eparina diluita in 10 cc. di soluzione fisiologica.

Il farmaco di scelta dovrebbe essere il FDUR, la cui estrazione epatica è di quasi il 90% e con risposta tumorale dell'80% (3); inoltre alcuni studi controllati dimostrano una sopravvivenza maggiore in malati trattati con FDUR rispetto al 5-FU (6).

In previsione di una terapia radiante nello scavo del Douglas, il posizionamento di una rete di materiale riassorbibile permette la sospensione delle anse intestinali, in modo da prevenire le complicanze attiniche sull'intestino tenue (5).

La terapia radiante viene riservata attualmente ai pochi pazienti in cui è stato possibile effettuare una resezione "en bloc".

Conclusioni

Il caso clinico, anche se non particolarmente interessante dal punto di vista chirurgico, si presta tuttavia ad interessanti considerazioni di carattere medico e sociale, evidenziando come, con costi contenuti e facilmente ammortizzabili, si può offrire al paziente ed ai suoi familiari una qualità di vita certamente non duratura, ma sicuramente utile.

Mentre, sotto l'aspetto clinico-scientifico, si ripropone l'insoluto quesito tra trattamento "aggressivo" di principio o solo trattamento delle complicanze.

Bibliografia

- 1) Anderson J.H., Hole D., McArdle C.S., *Elective versus emergency surgery for patients with colorectal cancer*, Br. J. Surg., 1992, 79, 745.

- 4) Canivet S.L., Damas P., Desai C., Lamy M., *Operative mortality following surgery for colorectal cancer*, Br. J. Surg., 1989, 76, 706,
- 5) Kemeny N., Daly J., Oderman P. et al., *Hepatic artery pump infusion: toxicity and results in patients with metastatic colorectal carcinoma*, J. Clin. Onc., 1984, 2, 595.
- 6) Lasser Ph., Elias D., *Procédés de chimiothérapie régionale dans les cancers du foie*, E.M.C., 1989, 11, 1.
- 7) O'Connell J.M., Gunderson L.L., *Adjuvant therapy for adenocarcinoma of the rectum*, World J. Surg., 1992, 16, 510.
- 8) Rougier Ph., Hay J.M., Olivier M. et al., *A controlled multicentric trial of intra-hepatic chemotherapy (IHC) vs standard palliative treatment for colorectal liver metastasis*, Proc. A.S.C.O., 1990, 9, 104 (abstr.).

Request reprints from:

Dott. I. DI CARLO
c/o I Clinica Chirurgica dell'Università
Via S. Sofia
95125 Catania (Italy)