

Trattamento mini-invasivo delle neoplasie sincrone del colon-retto

ROBERTO CIROCCHI, MARCO COCCETTA, ANGELO DE SOL, UMBERTO MORELLI, ALESSANDRO SPIZZIRRI, LORENZO CATTORINI, ERIBERTO FARINELLA, GIANMARIO GIUSTOZZI, FRANCESCO SCIANNAMEO

Clinica Chirurgica Generale d'Urgenza - Università degli Studi di Perugia - Azienda Ospedaliera di Terni

Corrispondenza a: Dott. Roberto Cirocchi - Clinica Chirurgica Generale e d'Urgenza - Viale Tristano di Ioannuccio - 05100 Terni

Riassunto

Nei pazienti con tumori del colon-retto è sempre più frequente il riscontro preoperatorio di lesioni neoplastiche sincrone, nel 3% sono presenti altri cancri e nel 33-55% adenomi villosi. Il trattamento della maggior parte degli adenomi del colon-retto avviene tramite polipectomia endoscopica. Nel 5% dei casi sono presenti lesioni sincrone del colon-retto che richiedono entrambe un'exeresi chirurgica.

Dal gennaio 1995 al giugno 2007 presso la Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Università degli Studi di Perugia sono stati trattati 5 pazienti con lesioni del retto tramite TEM, (*transanal endoscopic microsurgery*) associata a exeresi laparoscopica del colon per la presenza di lesioni sincrone. Il timing chirurgico ha previsto l'esecuzione di un'exeresi sequenziale prima del carcinoma e successivamente del voluminoso adenoma: TEM per carcinoma del retto seguita da emicolectomia destra VLS con anastomosi extracorporea per voluminoso adenoma villosi (1 pazienti) ed emicolectomia destra VLS con anastomosi extracorporea per carcinoma seguita da TEM per voluminoso adenoma villosi (2 pazienti). Nel paziente con carcinoma del colon sinistro associato a voluminoso adenoma villosi è stata eseguita prima la TEM del voluminoso adenoma sessile del retto e, poi, l'emicolectomia sinistra VLS con anastomosi extracorporea, ciò per rendere agevole il passaggio della suturatrice meccanica circolare. Anche nel paziente con adenoma del retto e del colon destro è stata eseguita prima la TEM del voluminoso adenoma sessile del retto e, successivamente, l'emicolectomia destra. L'utilizzo di questo approccio completamente mini-invasivo ha permesso il risparmio del retto e una minor invasività dell'exeresi chirurgica.

Parole chiave: tumori sincroni coloretali, TEM, colectomia laparoscopica

Introduzione

Nei pazienti con tumori del colon-retto è sempre più frequente il riscontro preoperatorio di lesioni neoplastiche sincrone, nel 3% sono presenti altri tumori¹ e nel 33-55% adenomi villosi^{2,3}. Le rassegne della letteratura meno recenti, che trattavano dei carcinomi coloretali multipli, raramente menzionavano i tumori primitivi sincroni, favorendo così l'idea che fossero rari⁴; molto rare sono invece le neoplasie maligne sincrone maggiori a 2-3 (0.17-0.69%)^{5,4} (0.19%)⁶ o 5⁷.

Nel caso di tumori sincroni il carcinoma più voluminoso è chiamato il "primo primitivo" o tumore "indice"⁴. Quando il tumore "indice" è situato nel retto o nel rettosigma l'incidenza di tumori sincroni del colon sinistro è inferiore rispetto a quando il "primo primitivo" si trova nel cieco⁴.



Il trattamento della maggior parte degli adenomi del colon-retto avviene tramite la colonscopia, sono pochi i voluminosi adenomi sessili che non possono essere asportati per via endoscopica e che richiedono un'exeresi di necessità per via laparotomia o laparoscopica. Nel 5% dei casi⁸ sono presenti lesioni sincrone del colon-retto che richiedono entrambe un'exeresi chirurgica.

Quando una di queste lesioni è localizzata al retto medioinferiore e si tratta di un adenoma villosa sessile o di un carcinoma T1, è possibile eseguire un trattamento iterativo: exeresi locale per via transanale della lesione rettale e successiva resezione laparoscopica della

lesione colica. L'ordine con cui eseguire gli interventi può avvenire anche secondo la sequenza inversa; la priorità dell'esecuzione degli interventi segue inizialmente un principio di necessità, in cui si cerca di resecare le lesioni stenotiche in grado di dare occlusione intestinale, e successivamente un principio oncologico, in cui si resecano prima i tumori maligni e poi quelli benigni. La prognosi dei pazienti con cancro multipli è peggiore di quelli con un'unica neoplasia (sopravvivenza del 55% a 5 anni)⁹.

In questo studio descriviamo la nostra esperienza in cui siamo riusciti a eseguire un trattamento completamente mini-invasivo in

alcuni pazienti selezionati con lesioni sincrone del colon-retto.

Materiali e metodi

Dal gennaio 1995 al giugno 2007 presso la Clinica Chirurgica Generale e d'Urgenza dell'Università degli Studi di Perugia sono stati trattati 5 pazienti con lesioni del retto tramite TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) associata a exeresi laparoscopica del colon per la presenza di lesioni sincrone: 1 carcinoma del retto T1 associato a un voluminoso adenoma sessile del colon destro; 3 voluminosi adenomi sessili del retto associati a 3 carcinomi del colon (due a livello del colon destro e l'altro a livello del colon sinistro); 1 voluminoso adenoma sessile del retto associato a un voluminoso adenoma sessile del colon destro. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a pancolonscopia con biopsia di entrambe le lesioni; solamente in un caso l'endoscopista non è riuscito a raggiungere il cieco ed è stato necessario eseguire una colonscopia virtuale. I voluminosi adenomi sessili del retto e del colon presentavano tutti un diametro maggiore di 2 cm e non erano asportabili endoscopicamente e in tutti i casi era presente una displasia (2 pazienti presentavano una displasia di grado lieve e 4 pazienti una displasia di grado elevato). Tutti i pazienti con neoplasia sono stati sottoposti a staging tramite TC dell'addome e del torace con mdc (mezzo di contrasto); nel paziente con la lesione maligna del retto è stata eseguita l'ecografia transrettale che ha evidenziato la presenza di un T1. Il timing chirurgico ha previsto l'esecuzione di un'exeresi sequenziale prima del carcinoma e



Summary

Minimally invasive treatment of synchronous colorectal tumours. R. Cirocchi, M. Coccetta, A. De Sol, U. Morelli, A. Spizziri, L. Cattorini, E. Farinella, G. Giustozzi, F. Sciannameo

In patients with colorectal cancers synchronous neoplastic lesions are an increasingly frequent finding at preoperative staging; 3% of the cases are other cancers while 33-35% of the synchronous lesions are villous adenomas. The treatment of most colorectal adenomas can be performed by endoscopic polypectomy. In 5% of cases there are synchronous colorectal lesions also requiring surgical treatment.

From January 1995 to June 2007 we treated 5 patients with rectal lesions by transanal endoscopic microsurgery (TEM) together with a laparoscopic colectomy for the presence of synchronous lesions at the "Clinica Chirurgica Generale e d'Urgenza" of the University of Perugia. Surgical timing involved performing a sequential exeresis characterised by a cancer resection, followed by resection of the voluminous adenoma: TEM for rectal cancer followed by a laparoscopic right hemicolectomy with an extracorporeal anastomosis for a voluminous villous adenoma (1 patient) and laparoscopic right hemicolectomy with an extracorporeal anastomosis for cancer followed by TEM for a voluminous villous adenoma (2 patients). One patient with left colon cancer associated with a voluminous villous rectal adenoma first underwent TEM for the rectal adenoma and then a left laparoscopic hemicolectomy with an extracorporeal anastomosis in order to ease the transit of the circular mechanical stapler. Another patient with rectal and right colon adenomas first underwent TEM for a voluminous rectal sessile adenoma and later a right hemicolectomy. The use of this minimally invasive approach allowed rectum preservation and less invasive surgery.

Key words: synchronous colorectal tumours, TEM (transanal endoscopic microsurgery), laparoscopic colectomy

Chir Ital 2008; 60, 2: 237-241

successivamente del voluminoso adenoma: TEM per carcinoma del retto (T1) seguita da emicolectomia destra VLS con anastomosi extracorporea per voluminoso adenoma villosa (1 paziente); emicolectomia destra VLS con anastomosi extracorporea per carcinoma (T2) seguita da TEM per voluminoso adenoma villosa (2 pazienti). Nel paziente con carcinoma del colon sinistro (T2) associato a voluminoso adenoma villosa è stata eseguita prima la TEM del voluminoso adenoma sessile del retto e, poi, l'emicolectomia sinistra VLS con anastomosi extracorporea, ciò per rendere agevole il passaggio della suturatrice meccanica circolare. Anche nel paziente con adenoma del retto e del colon destro è stata eseguita prima la TEM del voluminoso adenoma sessile del retto e, successivamente, l'emicolectomia destra.

Risultati

In entrambi gli interventi (TEM ed emicolectomia laparoscopica) il decorso postoperatorio è stato nella norma. La sopravvivenza libera da malattia è stata del 75% per i pazienti con carcinoma del colon-retto (1 paziente ha presentato 2 metastasi epatiche dopo 54

mesi dall'intervento) e non si è avuta recidiva dell'adenoma rettale asportato con la TEM.

Discussione

Attualmente il riscontro di neoplasie sincrone del colon-retto è un evento sempre più frequente e ciò è dovuto all'utilizzo di nuove tecniche che permettono un accurato studio del colon-retto. Prima degli anni Settanta la diagnosi preoperatoria di neoplasia sincrona del colon-retto era un evento molto raro (1.6-4.3%); il riscontro di due neoplasie avveniva spesso eseguito durante la palpazione intraoperatoria del viscere, oppure era un reperto occasionale a livello del pezzo operatorio (Tab. I)¹⁰⁻¹⁴.

Nel 1975 Heald e Bussey evidenziano lesioni neoplastiche sincrone del colon-retto nel 3.5% di 4884 casi trattati presso il St. Mark's Hospital tra il 1928 e il 1970. La diagnosi della neoplasia sincrona era stata intraoperatoria durante la palpazione del viscere nel 31% dei casi e un riscontro occasionale sul pezzo operatorio nel 54% dei casi; solamente nel 15% dei casi era stata eseguita una diagnosi preoperatoria di lesione sincrona (10% con l'esame ob-

biettivo, 3% con il clisma opaco e 2% con la sigmoidoscopia)¹⁰.

Negli anni Settanta la successiva introduzione e costante esecuzione della colonscopia preoperatoria ha incrementato la frequenza di lesioni sincrone (7.6-8.1%) (Tab. II)¹⁵⁻¹⁸. Questo notevole aumento di frequenza, indotto dall'introduzione della nuova metodica diagnostica, è stato ben evidenziato da Fegiz nel 1989; infatti, nei pazienti studiati con radiografia del clisma opaco a doppio mdc l'incidenza di lesioni sincrone era 1.6%, rispetto a 4.1% nei pazienti sottoposti a colonscopia¹⁹. Attualmente tutti i pazienti con neoplasie del colon-retto vengono sottoposti a colonscopia e la frequenza di lesioni sincrone è molto variabile a seconda delle casistiche prese in esame oscillando tra il 2.12% e il 4.4%^{5,20,21}. Gli unici casi in cui non viene eseguita una colonscopia completa sono quelli in cui non è possibile attraversare con l'endoscopio la stenosi neoplastica o quelli in cui non si riesce a visualizzare completamente il colon destro a causa di un'eccessiva lunghezza del colon o di fenomeni aderenziali, che stenotizzano il lume viscerale. In questi casi si può eseguire un clisma opaco con doppio mdc, oppure una colonscopia

Tab. I. Incidenza di carcinomi coloretali sincroni osservata prima dell'introduzione della colonscopia.

Autore	Periodo dello studio	Numero totale dei cancri coloretali	Cancri sincroni	
			Numero	%
Brindley ¹²	1918-51	1091	40	3.6%
Heald ¹⁰	1928-70	4884	157	3.5%
Moertel ¹³	1944-53	6012	261	4.3%
Travieso ¹¹	1948-66	2230	34	1.6%
Welch ¹⁴	1960-75	2250	38	1.7%

Tab. II. Incidenza di carcinomi coloretali sincroni osservata subito dopo l'introduzione della colonscopia.

Autore	Periodo dello studio	Numero totale dei cancri coloretali	Cancri sincroni	
			Numero	%
Rielly ¹⁵	1973-79	92	7	7.6%
Cunliffe ¹⁶	1976-81	223	18	8.1%
Langevin ¹⁷	1978-83	166	8	4.8%
Evers ¹⁸	1975-85	320	21	7%

intraoperatoria^{22,23}. Il recente utilizzo della colonscopia virtuale ha permesso di studiare accuratamente anche il colon a monte di stenosi neoplastiche invalicabili dall'endoscopia²⁴. Attualmente l'accuratezza della valutazione preoperatoria ha una maggior importanza, in quanto in laparoscopia non è possibile palpare intraoperatoriamente l'intestino²⁵.

Mentre ben codificato è il trattamento delle neoplasie sincrone del colon^{26,27}, nuovo e più complesso è il timing e il trattamento di alcune lesioni sincrone del colon e retto medio/inferiore. In caso di neoplasie di due segmenti intestinali adiacenti, colon destro e colon traverso, oppure colon sinistro e retto, l'intervento da eseguire può essere l'emicolectomia destra allargata, oppure la resezione anteriore del retto allargata al trasverso.

Nelle neoplasie situate in due diversi e lontani segmenti del colon-retto la recente introduzione della

TEM ha permesso di ridurre, in alcuni casi selezionati, la necessità di eseguire una resezione del retto. In alcuni casi di neoplasie del colon destro o trasverso associate a neoplasie del retto extraperitoneale si è avuta una diminuzione degli interventi laparotomici o laparoscopici di colectomia totale^{28,29} o di colectomia destra associata a resezione anteriore del retto³⁰.

In caso di adenomi del retto a larga base d'impianto non asportabili per via coloscopica e di cancri del retto extraperitoneali (T1) si può eseguire un'exeresi locale per via transanale. Nel 1983 Buess ha perfezionato questa tecnica grazie alla messa appunto di una strumentazione endoscopica microchirurgica (TEM), il cui utilizzo è codificato solamente per alcuni casi ben selezionati di cancro del retto: neoplasie del diametro inferiore al 25% della circonferenza, infiltrazione fino alla sola sottomucosa e assenza di coinvolgimento linfonodale^{31,32}.

In letteratura il trattamento sequenziale con TEM associata a resezione laparoscopica delle lesioni maligne sincrone colon-retali era già stato descritto da Ikeda in 3 pazienti³³; nella nostra esperienza abbiamo esteso questo approccio anche ai voluminosi adenomi sessili del retto o del colon non asportabili endoscopicamente. L'utilizzo di questo approccio completamente mini-invasivo ha permesso il risparmio del retto e una minore invasività dell'exeresi chirurgica.

Conclusioni

Il trattamento delle neoplasie sincrone del colon e del retto extraperitoneale mediante un approccio mini-invasivo permette di trattare due entità neoplastiche distinte e situate in tratti distanti mediante un gesto chirurgico a basso impatto sul periodo postoperatorio e sulle eventuali complicanze.

Bibliografia

1. Phillips RKS. Rectal cancer. In Phillips RKS Editor. Colorectal surgery. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2005, 67-82.
2. Corman ML. Carcinoma of the rectum. In Corman ML Editor. Colon & Rectal Surgery. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998, 733-862.
3. Thorson AG, Christensen MA, Davis SJ. The role of colonoscopy in the assessment of patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 306-11.
4. Avonts-Avontis K. Multiple colorectal tumors. *Surg Clin North Am* 1987; 66: 857-65.
5. Lasser A. Synchronous primary adenocarcinomas of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 20-2.
6. Kalus R, Welch JP. Quintuple synchronous colon carcinoma: a report of two cases. *J Surg Oncol* 1986; 32: 55-7.
7. Chen HS, Sheen-Chen SM. Synchronous and "early" metachronous colorectal adenocarcinoma: analysis of prognosis and current trends. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1093-9.
8. Nicholls RJ. Surgery for rectal carcinoma. In: Nicholls RJ Editor. Surgery of the Colon & Rectum. Churchill Livingstone, New York, 1997, 427-74.
9. Moreaux J, Catala M. Multiple cancers of the colon and rectum. Incidence and results of surgical treatment. *Gastroenterol Clin Biol* 1985; 9: 336-41.
10. Heald RH, Bussey HJR. Clinical experience at St. Mark's Hospital with multiple synchronous cancers of colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 6-10.
11. Travieso CR, Knoepp LF, Hanley PH. Multiple adenocarcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 1-6.
12. Brindley GV, Rice JS. Multiple primary malignancies of the large intestine. *Surg Clin North Am* 1952; 32: 1399-1509.
13. Moertel CG, Bargaen A, Dockerty MB. Multiple carcinomas of the large intestine. *Gastroenterology* 1958; 34: 85-98.
14. Welch JP. Multiple colorectal tumors. *Am J Surg* 1981; 142: 274-80.
15. Rielly JC, Rusin LC, Theuerkauf FJ. Colonoscopy: its role in cancer of colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 532-8.
16. Cunliffe WJ, Halsleton PS, Tweedle DEF. Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1984; 71: 941-3.
17. Langevin JM, Nivatvongs S. The true incidence of synchronous cancer of the large bowel. *Am J Surg* 1984; 147: 330-3.
18. Evers BM, Mullins RJ, Matthews TH, Broghamer WL, Polk HC Jr. Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum. An analysis of incidences and current trends. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 518-22.
19. Fegiz G, Ramacciato G, Indinnimeo M, Gozzo P, Valabrega S, De Angelis R, Barillari P. Synchronous large bowel cancer: a series of 47 cases. *Ital J Surg Sci* 1989; 19: 23-8.
20. Nikoloudis N, Saliangas K, Economou A, Andreadis E, Siminou S, Manna I, Georgakis K, Chrissidis T. Synchronous colorectal cancer. *Tech Coloproctol* 2004; Suppl 1: 177-9.
21. Takeuchi H, Toda T, Nagasaki S, Kawano T, Minamisono Y, Maehara Y, Sugimachi K. Synchronous multiple colorectal adenocarcinomas. *J Surg Oncol* 1997; 64: 304-7.
22. Kuramoto S, Ihara O, Sakai S, Tsuchiya T, Oohara T. Intraoperative colonoscopy in the detection of nonpalpable colonic lesions—how to identify the affected bowel segment. *Surg Endosc* 1988; 2: 76-80.
23. Kaibara N, Kimura O, Nishidoi H, Miyano Y, Koga S. Intraoperative colonoscopy for the diagnosis of multiple cancers of the large intestine. *Jpn J Surg* 1982; 12: 117-21.
24. Fenlon HM, McAneny DB, Nunes DP, Clarke PD, Ferrucci JT. Occlusive colon carcinoma: virtual colonoscopy in the preoperative evaluation of the proximal colon. *Radiol* 1999; 210: 423-8.
25. McDermott JP, Devereaux DA, Caushaj PF. Pitfall of laparoscopic colectomy. An unrecognized synchronous cancer. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 602-3.
26. Hojman D, Garriz RA, Markman I. Multiple malignant tumors of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1966; 9: 121-6.
27. Caracino AM, Antonucci S, Tarone F. Synchronous carcinomas of the large intestine. *Ann Ital Chir* 1994; 65: 229-31.
28. Ng SS, Li JC, Lee JF, Yiu RY, Leung KL. Laparoscopic total colectomy for colorectal cancers: a comparative study. *Surg Endosc* 2006; 20: 1193-6.
29. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Taura P, Bordas JM, Grande L, Fuster J, Cugat E, Visa J. Is laparoscopic colectomy a safe procedure in synchronous colorectal carcinoma? Report of a case. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 75-6.
30. Lauter DM, Lau ST, Lanzafame K. Combined laparoscopic-assisted right hemicolectomy and low anterior resection for synchronous colorectal carcinomas. *Surg Endosc* 2003; 17: 1498.
31. Stipa F, Stipa S. Microchirurgia endoscopica transanale. *Encycl Méd Chir, Technique Chirurgiche-addominali* 2002; 40-706: 1-9.
32. Guerrieri M, Baldarelli M, Morino M, Trompetto M, Da Rold A, Selmi I, Allaix ME, Lezoche G, Lezoche E. Transanal endoscopic microsurgery in rectal adenomas: experience of six Italian centres. *Dig Liver Dis* 2006; 38: 202-7.
33. Ikeda Y, Koyanagi N, Mori M, Akahoshi K, Ueyama T, Sugimachi K. Transanal endoscopic microsurgery for T1 rectal cancer in patients with synchronous colorectal cancer. *Surg End* 1999; 13: 710-12.



SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

110° CONGRESSO

Roma
19-22 ottobre 2008
Hotel Cavalieri Hilton

Presidente:
Prof. Gennaro Nuzzo