

Tesi di Laurea SPERIMENTALE: TRATTAMENTO DEL CARCINOMA DEL RETTO
DISTALE – TA-TME IBRIDA

ABSTRACT

INTRODUZIONE E OBIETTIVI:

Introduzione

L'incidenza delle neoplasie del retto è aumentata, in Italia, negli ultimi anni e per la loro gestione chirurgica, oggi, è possibile usufruire di strategie varie, che nel corso del tempo hanno garantito la riduzione del tasso di ricorrenza e l'aumento della sopravvivenza senza malattia.

Oggi tuttavia, assodato ormai il concetto secondo il quale gli interventi debbano essere oncologicamente radicali, l'attenzione si è spostata sull'importanza di assicurare una buona qualità di vita al paziente, in seguito all'intervento stesso.

A tal proposito, si pone la questione della scelta dell'intervento più appropriato che non solo assicuri completezza del mesoretto, margini di resezione puliti ed una riduzione della mortalità e della morbilità ma che tenga conto dell'importanza della preservazione della funzionalità urinaria e sessuale del paziente, nonché della sua continenza sfinterica, evitando allo stesso l'incorrere nella gestione di una stomia permanente.

Obiettivi dello studio

Lo scopo di questo lavoro è quello di portare un contributo, grazie ai dati presenti in letteratura e alla nostra esperienza, alla comprensione della scelta terapeutica più opportuna da applicare nel trattamento del cancro del medio e basso retto, garantendo un miglioramento della qualità di vita del paziente e salvaguardando la sua continenza sfinterica, senza venir meno alla radicalità oncologica.

PROCEDURE SPERIMENTALI:

Pazienti e Metodi

Nel periodo compreso tra Aprile 2014 e Gennaio 2019, è stata raccolta la casistica presso:
Fondazione Poliambulanza-Istituto ospedaliero di Brescia;
Clinica Chirurgica 1- Università degli Studi di Catania;
Clinica Chirurgica 1- Università degli Studi di Genova;
Università degli Studi di Verona;
Dipartimento di Chirurgia, Discipline oncologiche e Stomatologiche, Università degli Studi di Palermo;
Azienda Ospedaliera di San Giovanni- Addolorata, Roma;

Ospedale Civile Sant' Andrea, La Spezia; AOU II Policlinico, Federico II, Napoli;
Ospedale San Camillo de Lellis, Rieti;
Ospedale San Giovanni Battista, Dipt. di Chirurgia Generale e Robotica, Foligno;
Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipt. Scienza Biomediche ed Oncologia Umana, Bari;
Università degli Studi di Perugia- Facoltà di Medicina e Chirurgia, Perugia;
Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche - Policlinico Universitario Paolo Giaccone, Palermo.

Tale casistica comprende un totale di 471 pazienti di cui: 182 pazienti sottoposti a tecnica di Ta-TME; 13 pazienti a LA; 81 pazienti a tecnica open; 68 pazienti a tecnica VLS; 46 pazienti a tecnica robotica; 66 pazienti a tecnica di sphinter-saving; 6 a Miles; 9 pazienti a TAMIS.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione del cancro del retto, effettuata attraverso:

- Esame clinico con EDAR;
- Imaging endoscopico, mediante colonscopia o cromoendoscopia NBI con magnificazione elettronica;
- Imaging radiologico morfologico con RMN e TC;
- Imaging funzionale attraverso PET con FDG o PET-TC;

Il pezzo operatorio è stato allestito secondo metodiche routinarie, confermando la natura della lesione con esame istologico; l'istotipo secondo WHO (tumore epiteliale, carcinoide, sarcoma o leiomiomasarcoma); il grado di differenziazione: basso grado (bene e moderatamente differenziato) ed alto grado (poco differenziato); la profondità d'invasione, sia rispetto agli strati della parete del viscere, sia come misura in mm a partire dalla tonaca muscolare propria; l'infiltrazione linfovaskolare (intra ed extramurale) ed invasione perineurale; la valutazione del Tumor Budding; l'aberrazione di RAS; lo stato del mesoretto; i margini di resezione (distale e prossimale) e il margine radiale. Inoltre, è stato necessario campionare tutti i linfonodi isolati dal tessuto adiposo perirettale, totali e metastatici.

La pianificazione chirurgica è avvenuta in modo aderente alle necessità del paziente e alla volontà di effettuare una resezione oncologicamente radicale, con margini di resezione Ro.

Sono stati sottoposti a RT neoadiuvante: l'87,5% di 15 pazienti trattati con Ta-TME; il 50% di 18 pazienti trattati con tecnica open; il 16% di 21 pazienti trattati con VLS; IL 63% DI 18 pazienti trattati con robotica.

Sono stati sottoposti a CT neoadiuvante: 31 pazienti trattati con Ta- TME.

La pianificazione pre-operatoria è avvenuta per 35 pazienti trattati con Ta-TME.

La selezione dei pazienti da sottoporre a Ta-TME è avvenuta sulla base delle seguenti indicazioni:

- Neoplasie del retto medio e distale (entro 8 cm dal margine anale);

- Maschi (pelvi ristretta);
- Soggetti Obesi;
- Masse estese.

Il workout pre-operatorio dei pazienti sottoposti a Ta-TME ha previsto:

- Esame obiettivo (EDAR);
- TC (valutazione delle metastasi epatiche profonde o dei segmenti superiori, dei limiti inferiore e superiore del tumore e della sua sede esatta sul retto) + RMN pelvica ± EUS;
- Valutazione oncologica;
- RT neoadiuvante (4-6 settimane);
- Preparazione intestinale meccanica CON SIMETICONE;
- Profilassi antibiotica ultrashort (CEFAZOLINA EV 1G DA 10 ML EV - 2 flac 2 volte/giorno da 1 ore precedenti);
- METRONIDAZOLO 500MG/100 ML 25 FL - 1 flac 3 volte/giorno da 1 ore precedenti);
- Elastocompressione degli arti inferiori;
- Anestesia generale per intubazione orotracheale;
- Analgesia peridurale.

RISULTATI:

Il referto anatomopatologico del pezzo operatorio ha rivelato:

- Completezza del mesoretto in tumori del retto medio e basso: 76,2% con RAR TA-TME di contro al 72,2% di RAR open, al 66% di RAR VLS e al 52,2% di RAR robotica;
- Tasso di completezza del mesoretto nel tumore del retto basso: 72% con RAR TA-TME di contro al 55% di RAR VLS e al 50% di RAR robotica;
- Margine circonfrenziale di resezione positivo: 1/7 dei pazienti con RAR TA-TME di contro a 4/7 dei pazienti con RAR VLS e ai 2/7 dei pazienti con RAR robotica;
- Margini circonfrenziali di resezione negativi: inferiori con RAR VLS rispetto alle altre tecniche, per tumori del retto basso; 16,1 +- 7,6 mm (range 3-30mm) con TA-TME;
- Distanza media del margine inferiore del tumore dal limite anale: 65 mm per TA-TME;
- Campione completo: 32/35 pazienti con TA-TME;
- Distanza radiale dal tumore al margine laterale del mesoretto: 13+-10 (0-30) con TA-TME;
- Margine distale negativo del campione: 100% con TA-TME (studio pag. 215); 20,8+-14,2mm (range: 2-45mm) con TA-TME (studio pag 495);
- Distanza media (mm): 20+-13 (1-50) con TA-TME;

- Numero medio di linfonodi raccolti: range [(13,6 +- 6,6) con Ta-TME (studio pag. 495)] – [17 (7-40) con TA-TME (studio pag 215)];
- Patologia nodale: 9/35 pazienti con TA-TME;
- Diametro medio delle neoplasie asportate: 3 cm con TAMIS;
- Pazienti risultati R1: 1 /6 con TA-TME che ha fatto terapia adiuvante; nessuno con TAMIS;
- Mesoretto intatto; in tutti i casi con TA-TME;

Le tecniche hanno richiesto:

- Anastomosi colon-retto o colon- anale: 22/35 pazienti con TA- TME;
- Definitiva sigmoidostomia sinistra: 9/35 pazienti con TA-TME;
- Approccio transanale al mesoretto: 35/35 pazienti con TA-TME;
- Tempo operativo medio: range [175 min con TA-TME (studio pag. 487)] – [365,5+- 76,2 min con TA-TME (studio pag. 495)]; [385 min (210-660) con TA-TME (studio pag 215)], 50 min con TAMIS,
- Approccio laparoscopico con conversione laparotomica: 22/35 pazienti con TA- TME;
- Resezione del basso retto con primaria anastomosi ed ileostomia laterale: 100% con TA-TME e 100% con LA;
- Degenza post-operatoria: range [4 giorni con TA-TME (studio pag 487)] – [10 giorni (5-41) con TA-TME (studio pag. 215)]- [10,9 +- 4,6 giorni con TA-TME (studio pag. 495)], 1 giorno con TAMIS,;
- Colostomia necessaria: 1/58 pz con TA-TME;
- Ileostomia di protezione: in tutti i pazienti con TA-TME, precedentemente irradiati;
- TA-TME ibrida: 8/21 pazienti con TA-TME;

Complicanze intra-operatorie:

- Complicanze intra-operatorie: nessuna con TAMIS; 1/12 pz con TA-TME;
- Grandi emorragie intraoperatorie: nessuna con TA-TME;
- Emorragia intra-operatoria: 91,6% pazienti (meno di 200 ml) con TA-TME;

Complicanze post-operatorie:

- Complicanze post-operatorie: nessuna con TAMIS;
- Precoci complicanze post-operatorie (<30gg): 5 pz/12 (41,6%) con TA-TME;
- Morbilità post-operatoria: 10/35 pazienti (29%) con TA- TME;
- Mortalità post-operatoria; nessuna con TA-TME;
- Mortalità post-operatoria che ha condotto a multi-organ failure, iniziata con distress respiratorio: 1/35 pazienti (3%) con TA-TME;
- Incidenza del leak anastomotico: range [19% con TA-TME (studio pag. 215)] – [39,5% (16,3% identificati in stadio precoce; 4.6% identificati dopo> 30 giorni) con TA-TME (studio pag. 220)];
- Disfunzioni urinarie acute: 11% con TA-TME;

- Lesioni dell'uretere: nessuna con TA-TME;
- Complicanza di sanguinamento rettale: n=2 con TA-TME;
- Danni rettali e vaginali: n=2 con LA;
- Sanguinamento rettale e vaginale: n=1 con LA;
- Precoce leak anastomotico sintomatico: 0/13 con TA-TME e 1/13 con LA;
- Deiscenza: 4,2% con TA-TME, open, VLS, robotica, sphinter- saving, Miles;
- Capacità sessuale maschile (IIEF): 16, 83 con TA-TME, 10,8 con open, 25,33 con VLS, 26,63 con robotica;
- Miglioramento capacità sessuale maschile da 1 a 6 mesi: da 13,8 a 16,83 con TA-TME, da 25 a 26,63 con robotica;
- Riduzione media della capacità sessuale femminile: FSFI da 18,7 a 15,8 ma non influenzata dalla tecnica con TA-TME, open, VLS, robotica, sphinter-saving e Miles;
- Peggioramento della funzionalità urinaria media in pazienti con tumore del retto basso e medio: IPSS da 1,66 a 4,81 ma la tecnica non influenza il risultato per TA-TME, open, VLS, robotica, sphinter-saving e Miles;
- Ascesso pelvico: 4,6% con TA-TME;
- Fistola anastomotica: 16,3% con TA-TME;
- Recidiva locale: nessuna con TAMIS;
- Occlusione intestinale da laparocele parastomale con riconfezionamento dell'ileostomia: 1/6 pazienti con TA-TME;

CONCLUSIONI:

I risultati dei nostri studi hanno dimostrato come la mortalità post-operatoria, per multi-organ failure, si sia verificata in solo 1/35 pazienti sottoposti a TA-TME.

Tale tecnica garantisce il 100% di margini distali negativi del campione, il mesoretto intatto in tutti i casi e un campione completo in quasi la totalità dei pazienti.

La completezza del mesoretto, in tumori del retto medio e basso, si verifica in una percentuale superiore di pazienti rispetto alle altre tecniche mentre il margine circonfrenziale di resezione è positivo in un numero inferiore di pazienti rispetto alle altre tecniche.

In termini di complicanze post-operatorie, queste sono maggiori in TA-TME rispetto a TAMIS ma inferiori rispetto a LA-TME, con nessuna grande emorragia intra-operatoria e un tasso di deiscenza dell'anastomosi pari a quello riportato con le tecniche open, VLS, sphinter-saving e Miles.

Per quanto concerne la qualità di vita del paziente, la tecnica TA-TME determina un miglioramento della capacità sessuale maschile superiore alla tecnica open ma inferiore alla robotica.

E benchè la riduzione della capacità sessuale femminile e della funzionalità urinaria media non dipendano dalla tecnica utilizzata, non si è verificata alcuna lesione dell'uretere con TA-TME e disfunzioni urinarie acute nell'11% dei pazienti.

È fondamentale ricordare che la sopravvivenza e qualità di vita del paziente sono strettamente

connesse alla possibilità di usufruire di approcci diagnostici e terapeutici di carattere multidisciplinare e di elevata qualità.

La valutazione multidisciplinare e tailored del paziente, ci permette oggi di raggiungere ottimi risultati, garantendo radicalità oncologica e sventando gli esiti mutilanti della chirurgia proposta in passato, nel rispetto della funzione e della qualità di vita del paziente.

n.3 parole chiave: “TA-TME, carcinoma del retto, qualità di vita”.