

MORBIDITATE ȘI MORTALITATE ÎN REZECȚIILE MULTIORGAN PENTRU CANCER GASTRIC ȘI COLO-RECTAL

A. Bartoș, Dana Iancu, L. Mocanu, Teodora Mocanu, Raluca Bodea,
F. Zaharie, Andra Andreescu, C. Iancu
Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca, România

MORBIDITY AND MORTALITY IN MULTIORGAN RESECTION FOR GASTRIC AND COLO-RECTAL CANCER (Abstract): *Introduction:* The multiorgan resection for oncological pathology is continuing to be an issue because of the important question that is raised: benefits versus high morbidity, does it worth it? *Material and method:* 158 patients admitted in Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca were included in the study; all of them suffered multiorgan resections for oncological pathology. The study is a retrospective one, between year 2006 and 2009; its goal is to discover the local and general postoperative complications. In this paper we compare the morbidity and mortality in multiorgan resection for colon and gastric cancer stage T4 with the one's from limited resection (colon or stomach). *Results:* Our study indicated a higher rate of postoperative complications and deaths when referring to multiorgan resections. Postoperative complications: 13,13% vs 27,27% (gastric cancer), and 14,18% vs 25% (colo-rectal cancer). Postoperative deaths: 5,34% vs 9,09% (gastric cancer), and 2,73% vs 9% (colo-rectal cancer). *Conclusions:* The multiorgan resection for intraabdominal cancers stage T4 is a feasible solution but only in carefully selected cases; this way the morbidity and mortality would be acceptable.

KEY WORDS: ABDOMINAL NEOPLASIA, MULTIORGAN RESECTION, MORBIDITY, MORTALITY

Correspondență: Dr. A. Bartoș, Clinica Chirurgie III, Str. Iașilor nr. 16, +40264134955 Cluj-Napoca, Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca, România*.

INTRODUCERE

Tratamentul chirurgical al neoplaziilor ce implică rezecții multiorgan este încă controversat, aspectul cel mai delicat fiind reprezentat de indicația chirurgicală. Demonstrarea beneficiilor pe care le poate aduce această abordare radicală a neoplaziilor în stadiul T4 ar rezolva această problemă. Multiple studii au încercat acest lucru, reușind să se pună de acord că asigurarea unor margini de rezecție R0, cu rezecția în bloc a organelor implicate, poate asigura o supraviețuire cel puțin egală cu cea obținută în alte stadii ale bolii, cu morbiditate și mortalitate comparabile.

MATERIAL SI METODĂ

Studiul nostru este retrospectiv, pe 4 ani (2006-2009). A fost inclus în studiu un lot de 683 pacienți cu neoplasm gastric, operați în Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, din care 9,66 % au beneficiat de rezecții multiorgan (66 cazuri). Un al doilea lot este reprezentat de pacienții cu neoplasm de colon operați în același serviciu, în aceeași

* received date: 30.09.2010

accepted date: 12.10.2010

perioadă: 1411 pacienți. Dintre aceste cazuri, 6,52 % s-au soldat cu rezecția a mai mult de un organ (92 cazuri). Rezecțiile multiorgan s-au practicat la pacienții diagnosticați preoperator sau intraoperator într-un stadiu avansat local al bolii, T4 sau M1 (metastaze hepatice). Menționăm că în cazul neoplasmului gastric, metastazele rezecate au fost unice.

Pentru fiecare patologie în parte (gastrică respectiv colică), am comparat rata de apariție a complicațiilor postoperatorii și a deceselor pe perioada internării, a pacienților cu rezecții viscerale pentru tumori în stadii T1-T3 versus rezecții multiorgan pentru tumori T4 sau/și M1.

Scopul studiului nostru a fost de a studia fezabilitatea rezecțiilor multiorgan pentru patologie neoplazică, prin compararea morbidității și a mortalității în cadrul celor două loturi, pentru fiecare patologie în parte.

Datele obținute fac parte dintr-un studiu mai amplu aflat în desfășurare în Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, studiu prospectiv începând cu anul 2009, ce vizează urmărirea factorilor de prognostic și a beneficiilor aduse asupra supraviețuirii și a calității vieții pacienților cu rezecții multiorgan.

REZULTATE

În cazul rezecțiilor multiorgan pentru neoplasm gastric T4, organul cel mai frecvent implicat în rezecție a fost splina, urmat de colon, ficat (metastaze) și pancreas (corporeo-caudal) (Fig. 1).

Cele două subgrupe comparate în cazul neoplasmului gastric au fost comparabile ca și vârstă, media fiind de 60 - 61 ani. 60 % dintre pacienții cu rezecții gastrice pentru tumori T1-T3 (subgrupul 1A), respectiv 65 % dintre pacienții cu rezecții multiorgan pentru tumori gastrice T4 sau/și M1 (subgrupul 1B) au avut la internare o vârstă cuprinsă între 60-80 ani.

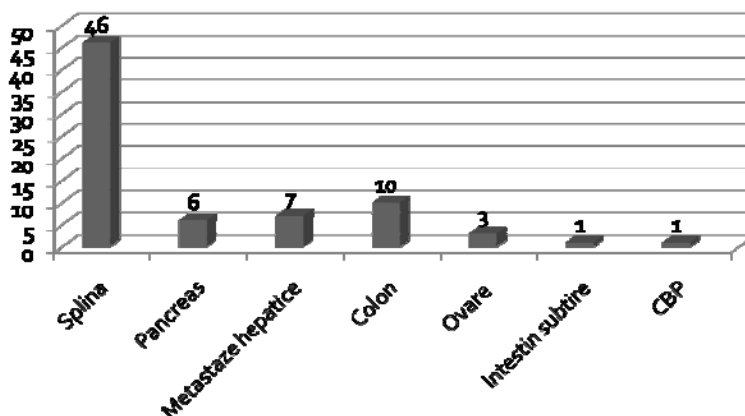


Fig. 1 Rezecții multiorgan pentru neo gastric T4

Incidența complicațiilor postoperatorii apărute la pacienții din primul subgrup (cu rezecții gastrice) a fost de 13,13 %, mai mică decât cea pentru subgrupul al doilea, care a fost de 27,27 %. Această diferență este semnificativă din punct de vedere statistic, cu $p=0,004$.

Fistula anastomotică a fost cea mai frecventă complicație și a apărut la 34 pacienți din subgrupul 1A (5,5 %) și la 8 pacienți din subgrupul 1B (12,10 %), cu $p=0,064$.

În cazul supurației parietale, cu o incidență de 5,5 % respectiv 6 %, semnificația statistică este scăzută ($p=0,909$). În schimb, complicațiile pulmonare apărute în postoperator au o incidență mult crescută pentru pacienții din subgrupul 1B, de 10,6 %, față de doar 0,48 % pentru subgrupul 1A, cu $p=0,0001$ (Tabel 1, 2).

Tabel 1
Complicații după rezecții gastrice (subgrup 1A)

<i>Complicații</i>	<i>Nr. cazuri (%)</i>
<i>Fistula anastomotică</i>	34 (5,5 %)
<i>Supurație parietală</i>	34 (5,5 %)
<i>Complicații CV</i>	6 (0,97 %)
<i>Complicații pulmonare</i>	3 (0,48 %)
<i>Hemoragie</i>	2 (0,32 %)

Tabel 2
Complicații apărute după rezecții multiorgan pentru neoplasm gastric (subgrup 1B)

<i>Complicații</i>	<i>Nr. cazuri (%)</i>
<i>Fistula anastomotică</i>	8 (12,1%)
<i>Complicații pulmonare</i>	7 (10,6 %)
<i>Supurație parietală</i>	4 (6 %)
<i>Complicații CV</i>	3 (4,5 %)
<i>Complicații renale</i>	2 (3 %)
<i>Pancreatita acută</i>	1 (1,5 %)
<i>Sepsis</i>	1 (1,5 %)
<i>Hemoragie</i>	1 (1,5 %)

Morbiditatea crescută a pacienților din subgrupul 1B față de subgrupul 1A s-a tradus și printr-o medie a zilelor de spitalizare mai mare : 14 zile față de 9 zile.

Decesele survenite postoperator, pe perioada internării, au fost în număr de 39 (total, pe tot lotul) și au reprezentat 5,35 % (33 decese) din cazurile cu rezecții gastrice (subgrup 1A) și 9,09 % (6 decese) din cazurile cu rezecții multiorgan (subgrup 1B). Incidența lor nu are semnificație statistică, cu $p=0,332$.

Pentru cel de-al doilea lot de pacienți, diagnosticați cu neoplasm de colon și rect am avut de asemeni două subgrupuri: un subgrup format din pacienții la care s-au practicat rezecții viscerale (neoplazii colo-rectale T1-T3) (subgrupul 2A) și un subgrup cu pacienții la care s-au practicat rezecții multiorgan pentru neoplazie T4 sau/și M1 (subgrupul 2B).

Media de vârstă pentru cele două subgrupuri a fost de 64 ani; 36 % din pacienții subgrupului 2A, respectiv 42,3 % din cei ai subgrupului 2B au avut vârsta mai mare sau egală cu 70 ani.

Organul cel mai implicat în rezecții a fost intestinul subțire (23 cazuri), urmat de ficat (metastaze) (20 cazuri), uter și anexe (16 cazuri). (Fig. 2)

Per total, rata de apariție a complicațiilor postoperatorii a fost de 14,18 % (187 cazuri) pentru subgrupul 2A și de 25 % (23 cazuri) pentru subgrupul 2B; $p=0,008$.

Fistula anastomotică a survenit la 2,57 % din pacienții subgrupului 2A și la 9,78 % din pacienții subgrupului 2B; $p=0,0001$, puternic semnificativ statistic.

De asemeni, o semnificație statistică puternic predictivă o are incidența apariției complicațiilor pulmonare : 1,13 % pentru subgrupul 2A față de 8,69 % pentru subgrupul 2B, cu $p=0,0001$.

Apariția altor complicații comune celor două loturi, precum eviscerațiile postoperatorii, abcesele intraabdominale, hemoragia postoperatorie, nu deține semnificație statistică ($p=0,915$; $p=0,840$; $p=0,953$) (Tabel 3, 4).

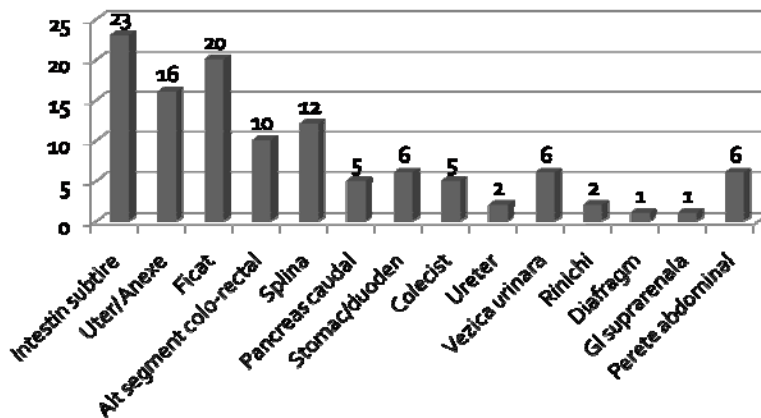


Fig.2 Rezecții multiorgan pentru neo colo-rectal T4

Tabel 3
Complicații după rezecții colo-rectale

Complicații	Nr. cazuri (%)
Fistula anastomotică	34 (2,57 %)
Infecție urinară	25 (1,89%)
Eventrație/ Eviscerație	23 (1,74%)
Hemoragie	20 (1,51%)
Complicații pulmonare	15 (1,13%)
Peritonita generalizată	10 (0,75%)
Abcese intraabdominale	9 (0,68%)
Insuficiența CR	8 (0,6%)
Ocluzie intestinală	5 (0,37%)
Insuficiență pluriorgan	1 (0,07%)
Stenoza anastomoză	1 (0,07%)
Stenoza ureterală	1 (0,07%)

Tabel 4
Complicații după rezecții multiorgan pentru neo colo-rectal T4

Complicații	Nr. cazuri (%)
Supurație parietală	12 (13,04%)
Fistulă anastomotică	9 (9,78 %)
Complicații pulmonare	8 (8,69%)
Complicații CV	5 (5,43%)
Sepsis	4 (4,34%)
Hemoragie	2 (2,17%)
Eventrație/ Eviscerație	2 (2,17%)
Abces intraabdominal	1 (1,08%)

În schimb, incidența deceselor survenite în urma rezecțiilor multiorgan pentru neoplasm de colon-rect T4 a fost semnificativ crescută față de rezecțiile simple : 9 % (8 pacienți) față de 2,73 % (36 pacienți), cu $p=0,003$.

Media zilelor de spitalizare pentru pacienții cu rezecții multiorgan a fost și în cazul acesta mai mare, de 16 zile față de 9 zile pentru pacienții cu rezecții colice sau rectale.

Atât în cazul lotului cu neoplasm gastric cât și în cel cu neoplasm colo-rectal, mortalitatea intraoperatorie a fost de 0%.

DISCUȚII

În cazul rezecțiilor multiorgan pentru neoplasme gastrice, literatura de specialitate indică o morbiditate cuprinsă între 33-40% și o mortalitate perioperatorie de 4-13%. Studiile arată că riscurile cresc odată cu numărul organelor rezecate precum și cu vârsta pacienților (mai mare de 70 ani) [1-3].

În cazul rezecțiilor multiorgan pentru neoplazii recto-colice, citările indică o morbiditate de la 6% și până la 50%, atunci când se vorbește despre exenterații pelvine. Mortalitatea postoperatorie este de până la 17-20% [4-7].

Principalele morbidități sunt : fistula anastomotică, trombembolismul pulmonar, supurațiile parietale, hemoragiile postoperatorii; ca și cauze de deces postoperator primează complicațiile pulmonare, sepsisul, insuficiență cardiorespiratorie [8].

Rezultatele studiului nostru concordă cu cele din literatura de specialitate. Astfel, complicațiile pulmonare, mai ales cele trombembolice, cu potențial letal, apar mai frecvent în cazul rezecțiilor multiorgan, comparativ cu rezecțiile viscerale clasice. Acest fapt se datorează probabil duratei mai mari a intervenției chirurgicale, proporțional cu gradul de dificultate al intervenției, coroborată cu o recuperare postoperatorie mai lentă (imobilizare prelungită).

Toate acestea se asociază cu terenul pacienților, cu comorbiditățile ce fac necesară terapia intensivă de lungă durată.

Terenul pacienților precum și stadiul avansat al bolii neoplazice duc la apariția cu o incidență semnificativ crescută a fistulei anastomotice, mai ales datorită hipoproteinemiei; studii din literatură indică nivelul seric scăzut al albuminei ca factor predictiv important [2].

Desigur, per ansamblu, rata de apariție a complicațiilor este crescută în cazul rezecțiilor multiorgan. La fel și rata deceselor perioperatorii. De aceea riscul operator trebuie bine analizat, ținând seama de toate comorbiditățile pacientului, cu atât mai numeroase, cu cât, după cum a reieșit și din studiul nostru, media de vârstă a acestor pacienți se situează peste decadele 6 și 7 de viață.

De asemenea, trebuie luate în calcul beneficiile pe care o rezecție multiorgan le poate aduce asupra prognosticului, față de o chirurgie paleativă, cu sau fără tratament adjuvant. În această idee, s-a arătat că prognosticul după rezecția unei tumori ce invadează un organ învecinat este similar cu acela după o rezecție a unei tumori ce depășește doar seroasa. Astfel, un studiu efectuat pe 143 de pacienți cu cancer gastric în stadiu local avansat ne arată o supraviețuire la 5 ani de 29% pentru pacienții operați, cu stadiul pT4N0 și de 21% pentru cei cu stadiu pT3N0 [9,10].

Pe lângă marginile de rezecție R0, condiție obligatorie pentru a obține rezultatele amintite, experiența chirurgicală trebuie să asigure și un curaj ganglionar adecvat în cazul afectării neoplazice a sistemului limfatic, lucru mult probabil în acest stadiu avansat de boală [10].

CONCLUZII

Din punctul de vedere al morbidității și mortalității perioperatorii, rezultatele studiului nostru confirmă fezabilitatea rezecțiilor multiorgan, desigur, pe cazuri atent selecționate, în vederea obținerii unor rezultate optime pentru pacient.

Dacă experiența echipei chirurgicale este corespunzătoare, o rezecție multiorgan trebuie practică. Dacă nu, după un diagnostic și o indicație corecte intraoperatorii, pacientul trebuie îndrumat către un centru terțiar pentru o intervenție cu viză radicală.

BIBLIOGRAFIE

1. Martin RC 2nd, Jaques DP, Brennan MF, Karpeh M. Achieving RO resection for locally advanced gastric cancer: is it worth the risk of multiorgan resection? *J Am Coll Surg* 2002; 194(5): 568-577.
2. Oñate-Ocaña LF, Becker M, Carrillo JF. Selection of best candidates for multiorgan resection among patients with T4 gastric carcinoma. *J Surg Oncol*. 2008; 98(5): 336-342.
3. Carboni F, Lepiane P, Santoro R. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma : 25-year experience. *J Surg Oncol*. 2005; 90(2): 95-100.
4. Yamada K, Ishizawa T, Niwa K, Chuman Y, Aikou T. Pelvic exenteration and sacral resection for locally advanced primary and recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(8): 1078–1084.
5. Kroneman H, Castelein A, Jeekel J. En bloc resection of colon carcinoma adherent to other organs: an efficacious treatment? *Dis Colon Rectum* 1991; 34(9): 780–783.
6. Nakafusa Y, Tanaka T, Tanaka M, Kitajima Y, Sato S, Miyazaki K. Comparison of multivisceral resection and standard operation for locally advanced colorectal cancer: analysis of prognostic factors for short-term and long-term outcome. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(12): 2055–2063.
7. Gall FP, Tonak J, Altendorf A. Multivisceral resections in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 337–341.
8. Lygidakis N, Bhagat Anand D. Multiorgan resection for advanced abdominal malignancies - Is it feasible?. *Hepatogastroenterology* 2007; 54(77): 1353-1358.
9. Bozzetti F, Regalia E, Bonfanti G, Doci R, Ballarini D, Gennari LBr. Early and late results of extended surgery for cancer of the stomach. *J Surg*. 1990; 77(1): 53-56.
10. Merlini PM, Martin R. *Surgical Indications, în Multiorgan Resections for Cancer: Advanced Surgical Techniques*. Georg Thieme Verlag, Germany, 2006.