



UTILIZZO DEGLI STENT COLICI NELL'OCCLUSIONE NEOPLASTICA

Comitato estensore:

Massimiliano Mistrangelo, Cristiano Oliva, Giulio Salmè,
Roberto Saracco, Mauro Spandre, Marcello Zago

Approvato dal Gruppo di Studio sui tumori del colon-retto

Partecipanti:

Vincenzo Adamo, Marco Allaix, Marco Francesco Amisano, Francesco Battafarano,
Paola Bellomo, Paolo Bellora, Paolo Bertoli, Carlo Bima, Paola Buscaglia, Sara Bustreo,
Simona Cauda, Mariella Cucchi, Mauro Garino, Marco Gatti, Alex Luca Gerbino, Palmira Ghidoni,
Carmela Giuffrida, Cristina Granetto, Mario Grassini, Petro La Ciura, Sara Lattuada, Francesco
Leone, Monica Leutner, Roberto Lo Tesoriere, Paolo Massucco, Igor Monsellato, Marco Naddeo,
Maria Emanuela Negru, Cristiano Oliva, Francesca Olivero, Luca Panier Suffat,
Myriam Katja Paris, Roberto Perinotti, Paolo Pochettino, Patrizia Racca, Roberto Rimonda,
Giulio Salmè, Mauro Santarelli, Roberto Saracco, Franco Sarli, Piera Sciacero, Mauro Spandre,
Maria Rosaria Telesca, Liana Todisco, Elena Silvia Traverso, Lucia Turri, Marcello Zago

L'occlusione intestinale ha un'incidenza variabile tra l'8 ed il 25% dei pazienti affetti da carcinoma del colon retto. Tale quadro clinico richiede un trattamento decompressivo, che nella maggior parte dei casi si ottiene con un intervento chirurgico in urgenza.

E' ovvio che il trattamento chirurgico in urgenza, soprattutto in pazienti anziani, sia gravato da un tasso di morbilità e mortalità non indifferente.

Gli squilibri idroelettrolitici, soprattutto in pazienti anziani e con molteplici comorbilità, incrementano notevolmente il rischio operatorio.

Sin dal 1990 è stato introdotto nella pratica clinica l'utilizzo degli stent colici metallici autoespansibili (self-expandable metal stent - SEMs).

Nel corso degli anni si è osservata una progressiva espansione dell'utilizzo di tali dispositivi, non solo nel campo della palliazione, ma anche come "bridge to surgery" in modo da riequilibrare il paziente e portarlo in sala operatoria nelle migliori condizioni generali possibili, permettendo inoltre un inquadramento diagnostico accurato rispetto a quello effettuabile in urgenza. In tale modo è possibile anche ottenere una riduzione dei rischi operatori.

Dalla letteratura si evince che il successo tecnico raggiunge il 97.8%, mentre il successo clinico che permette di portare il paziente ad un intervento chirurgico in elezione varia dal 70 all'80% dei pazienti trattati.

INDICAZIONI

1. Posizionamento a scopo palliativo, quando il trattamento chirurgico può essere considerato "non etico". L'utilizzo di uno stent può essere un'opzione utile per evitare il confezionamento di una colostomia, migliorando, comunque in molti casi la qualità di vita.
2. Importante dilatazione del cieco (con elevato rischio di perforazione colica);
3. Pazienti con ASA III ed età maggiore di 70 anni;
4. L'indicazione andrebbe inoltre posta dopo adeguata discussione del caso clinico da effettuarsi tra il chirurgo, il radiologo e l'endoscopista (dedicato al posizionamento degli stents colici);

5. E' inoltre fondamentale una valutazione da parte dell'oncologo per evitare il posizionamento di stents in pazienti che si gioverebbero di un trattamento chemioterapico con farmaci che controindicano l'uso di uno stent colico.

N.B. L'inserzione dello stent colico è una procedura endoscopica che può avere effetti deleteri sia sulla progressione della neoplasia, che sulla comparsa di metastasi, per cui gli effetti del posizionamento degli stent colici a lungo termine sui pazienti potenzialmente curabili non è attualmente chiaro.

VANTAGGI

1. Il posizionamento di uno stent colico riduce la degenza ospedaliera, i costi sanitari, la percentuale di confezionamento di colostomie ed i costi annessi, nonché la morbilità e mortalità di tali pazienti;
2. L'utilizzo di stent colici nei pazienti affetti da neoplasia del colon sinistro come bridge to surgery riduce il tasso di complicanze postoperatorie e di confezionamento di una colostomia. La mortalità ed il tasso di sopravvivenza a lungo termine non sono differenti come riportato da Zhang et Al.
3. L'utilizzo di stent colici può permettere un solo tempo chirurgico con una anastomosi diretta ed eventualmente un approccio laparoscopico;
4. E' possibile ottenere una adeguata stabilizzazione medica del paziente;
5. E' inoltre possibile effettuare un adeguato studio strumentale preoperatorio.

COMPLICANZE

1. Sanguinamento lieve o moderato (5%);
2. Dolore ano-rettale transitorio;
3. Incontinenza temporanea;
4. Decompressione colica inadeguata;
5. Migrazione dello stent (4-10% nelle prime 24 ore);
6. Ricrescita neoplastica all'interno dello stent (30%);

7. Perforazione (dal 4.8% al 10%), spesso creata dalla dilatazione con palloncino prima del posizionamento dello stent, che deve essere attualmente abolita;
8. La mortalità è dell'1-2.7%, che risulta estremamente ridotta rispetto ad un intervento chirurgico in urgenza (15-20%).

ASPETTI TECNICI

1. Gli stent colici possono essere posizionati con l'utilizzo esclusivo della fluorescenza, esclusivo della colonscopia o con la combinazione delle 2 metodiche. Per le lesioni prossimali la combinazione delle 2 tecniche è sempre consigliata, mentre per le lesioni del retto o del sigma distale una delle 2 tecniche può essere sufficiente;
2. La TC va sempre effettuata prima del posizionamento di uno stent colico;
3. Se si posiziona uno stent colico con l'indicazione ad un successivo intervento chirurgico (bridge to surgery), vanno sempre utilizzati stent ricoperti;
4. La lunghezza della stenosi da trattare deve essere non superiore a 5-6 cm (sino a 8 per le stenosi rettilinee);
5. Possibilmente utilizzare sempre stents intracanalari.

CONTROINDICAZIONI

1. Perforazione del colon;
2. Stenosi da diverticolite (pseudotumore infiammatorio);
3. Neoplasie extracoliche con compressione per l'incrementato rischio di complicanze correlate alla presenza di carcinosi peritoneale o di colon immobilizzato dalla infiltrazione neoplastica;
4. Pazienti con indicazioni a chemioterapia con Bavacizumab;
5. Stenosi benigne per il rischio di dislocazione;
6. Pregressa radioterapia o chemioterapia per un incrementato rischio di perforazione;
7. Stenosi neoplastiche del retto al di sotto di 10 cm;

8. Non è mai indicato il posizionamento profilattico di uno stent, ma solo in presenza di occlusione clinica e strumentale.

I pazienti sottoposti a posizionamento di stent palliativo possono essere trattati con chemioterapia ma è sconsigliato l'utilizzo di farmaci antiangiogenici (raccomandazione forte, bassa qualità dell'evidenza).

In considerazione dell'aumentato rischio di perforazione, non è consigliabile utilizzare SEMS per decompressione palliativa se un paziente viene trattato o potrebbe essere successivamente considerato per il trattamento con terapia antiangiogenica (bevacizumab) (raccomandazione forte, bassa qualità dell'evidenza).

Nonostante la mancanza di chiare evidenze, un aumento del rischio di perforazione può ragionevolmente essere estrapolato ai nuovi agenti antiangiogenici, aflibercept e regorafenib, a causa del meccanismo d'azione simile.

Per quanto riguarda il posizionamento di SEMS durante la chemioterapia non sembra dagli studi pubblicati che ciò determini un aumento degli eventi avversi.

La chemioterapia palliativa nei pazienti con stent del colon è associata ad una sopravvivenza prolungata e potrebbe quindi comportare un numero maggiore di pazienti esposti al rischio di complicanze tardive dello stent.

Vi sono prove a favore di una relazione diretta tra la chemioterapia e la migrazione dello stent, dovuta alla riduzione del volume del tumore.

Le complicanze dello stent a lungo termine non sono necessariamente un argomento a favore della chirurgia palliativa. La minore mortalità a breve termine e l'inizio precoce della chemioterapia grazie allo SEMS non dovrebbero essere ignorati.

RACCOMANDAZIONI

Il posizionamento profilattico degli stents colici non è raccomandato. Gli stents colici vanno riservati ai pazienti con quadro clinico e strumentale di ostruzione neoplastica del grosso intestino, senza segni di perforazione colica (**strong recommendation, low quality evidence**).

La TC con mdc è l'esame di scelta in caso di sospetta occlusione colica maligna (**strong recommendation, low quality evidence**).

In pazienti affetti da neoplasia maligna del colon potenzialmente guaribile va effettuato uno studio del colon con colonscopia tradizionale o virtuale per valutare il restante colon dopo preferibilmente entro 3 mesi dalla risoluzione del quadro di occlusione intestinale (**strong recommendation, low quality evidence**).

Il posizionamento di stent colici va evitato in caso di stenosi diverticolari o in caso di sospetto endoscopico o TC di malattia diverticolare complicata (**strong recommendation, low quality evidence**).

La conferma istologica o citologica di malignità dopo biopsia o brushing endoscopico non sono necessari in urgenza, così come invece è indicato il posizionamento dello stent. I risultati istologici modificheranno invece le successive strategie terapeutiche (**strong recommendation, low quality evidence**).

La preparazione del colon distale alla stenosi con clismi evacuativi è fondamentale per facilitare il posizionamento dello stent colico (**weak recommendation, low quality evidence**).

La profilassi antibiotica non è indicata per il basso rischio di infezione post-procedurale (**strong recommendation, moderate quality evidence**).

Il posizionamento di uno stent colico va effettuato direttamente o sotto supervisione di un endoscopista esperto che ha effettuato almeno 20 procedure di posizionamento di stent colici. (**strong recommendation, low quality evidence**).

Si raccomanda il posizionamento di stent colici con l'uso combinato della fluorescenza e dell'endoscopia (**weak recommendation, low quality evidence**).

Non va effettuata la dilatazione con palloncino della stenosi nè prima nè dopo il posizionamento dello stent in caso di stenosi neoplastica maligna (**strong recommendation, low quality evidence**).

La resezione chirurgica è considerata il trattamento di scelta per le stenosi neoplastiche maligne del colon prossimale in pazienti con malattia potenzialmente curabile (**weak recommendation, low quality evidence**).

In caso di trattamento palliativo il posizionamento di uno stent e la chirurgia possono essere egualmente efficaci in emergenza clinica (**weak recommendation, low quality evidence**).

Il posizionamento di uno stent è una valida alternativa per la palliazione delle stenosi da neoplasia extracolica. Peraltro il tasso di successo clinico e tecnico è inferiore rispetto alle stenosi neoplastiche maligne intraluminali (**weak recommendation, low quality evidence**).

Il posizionamento di stent colici come “bridge to surgery” non è raccomandato come trattamento standard delle occlusioni da neoplasie del colon sinistro sintomatiche (**strong recommendation, high quality evidence**).

Per tali pazienti il posizionamento di uno stent può essere considerata un'alternativa ad un intervento chirurgico in urgenza che ha un rischio di mortalità estremamente più elevato nei pazienti con ASA pari o superiore a III e con età > di 70 anni (**weak recommendation, low quality evidence**).

Un intervallo di tempo di 5-10 giorni prima dell'intervento chirurgico è raccomandato dopo il posizionamento di uno stent colico funzionante in caso di neoplasie del colon sinistro potenzialmente curabili (**weak recommendation, low quality evidence**).

Il posizionamento di stents colici è la palliazione preferita per le occlusioni da neoplasia maligna del colon (**strong recommendation, high quality evidence**).

I pazienti portatori di stent colico possono essere trattati senza complicanze con farmaci chemioterapici non angiogenetici (**strong recommendation, low quality evidence**).

In caso di chemioterapia con farmaci angiogenetici (ad esempio Bevacizumab) non va posizionato uno stent colico per l'alto rischio di perforazione colica (**strong recommendation, low quality evidence**).

In caso di migrazione di uno stent colico palliativo è indicato il riposizionamento endoscopico (**weak recommendation, low quality evidence**).

La chirurgia va effettuata tempestivamente in caso di perforazione correlate al posizionamento di uno stent colico (**strong recommendation, low quality evidence**).

BIBLIOGRAFIA

Zhang Y, Shi J, Shi B, Song CY, Xie WF, Chen YX. Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency surgery for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2012;26:110-119.

Van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, Beets-Tan RG, DeWitt JM, Donnellan F, Dumonceau JM, Glynne-Jones RG, Hassan C, Jiménez-Perez J. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy.* 2014;46:990-1053.

Ferrada P, Patel MB, Poylin V, Bruns BR, Leichtle SW, Wydo S, Sultan S, Haut ER, Robinson B. Surgery or stenting for colonic obstruction: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016;80:659-664.

Lee KJ, Kim SW, Kim TI, Lee JH, Lee BI, Keum B, Cheung DY, Yang CH. Evidence-based recommendations on colorectal stenting: a report from the stent study group of the Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy. *Clin Endosc.* 2013;46:355-367.

Colonic stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colonic obstruction: results of a multicentre randomised controlled trial (ESCO trial).

Arezzo A, Balague C, Targarona E, Borghi F, Giraud G, Ghezzi L, Arroyo A, Sola-Vera J, De Paolis P, Bossotti M, Bannone E, Forcignanò E, Bonino MA, Passera R, Morino M. *Surg Endosc.* 2017 Aug;31(8):3297-3305.

Ansàloni L, Andersson RE, Bazzoli F, Catena F, Cennamo V, Di Saverio S et al. Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the World Society of Emergency Surgery (WSES) and Peritoneum and Surgery (PnS) Society. *World J Emerg Surg WJES* 2010; 28(5):29