

ENDOSCOPIA CHIRURGICA AMBULATORIALE E TUMORI COLORETTALI: NOTIZIE PER IL PAZIENTE

Antonello Trecca

Responsabile Unità di Endoscopia e Gastroenterologia Operative

“Fabio Di Giovambattista” (UEGO FdG)

Gruppo Unione Sanitaria Internazionale Roma

L'Endoscopia Chirurgica Ambulatoriale (ECA) comprende una serie di interventi terapeutici condotti attraverso l'endoscopia flessibile in regime ambulatoriale, cioè con ritorno a casa del paziente entro poche ore dall'intervento. Il trattamento endoscopico dei polipi di grosso diametro, oltre ad essere una delle principali applicazioni dell'ECA, rappresenta un problema clinico di rilevante importanza (Tabella I). La necessità di una completa rimozione della lesione deve infatti soddisfare i criteri di radicalità oncologica. A queste due più importanti problematiche vanno aggiunte le difficoltà tecniche per l'operatore dovute alla sede ed al diametro della lesione, nonché il rispetto della sicurezza del paziente, ovvero ridurre al minimo le principali complicanze legate all'intervento rappresentate dall'emorragia e dalla perforazione intestinale. Fino a pochi anni fa questo tipo di intervento veniva normalmente eseguito con il ricovero del paziente, con inevitabile aggravio per l'organizzazione della sala operatoria e per la conseguente occupazione dei posti letto. La possibilità infatti di risolvere il problema clinico con l'endoscopia evita al paziente interventi progressivamente più invasivi rappresentati dalla chirurgia laparoscopica e/o dalla chirurgia a cielo aperto. Per raggiungere questo obiettivo è necessario un approccio multidisciplinare che deve prevedere la stretta collaborazione fra l'endoscopista, il chirurgo, l'oncologo, l'anatomopatologo ed il medico di medicina generale già all'atto della diagnosi della lesione, cioè quando insieme viene deciso il trattamento terapeutico (endoscopia versus chirurgia). Fino a pochi anni fa la terapia endoscopica presentava limiti legati alla tecnica, al diametro ed alla sede della lesione. Essa poteva garantire una rimozione completa “in un unico frammento” solo per lesioni con diametro fino a 2 centimetri, con grossi limiti e difficoltà per le formazioni localizzate sul colon destro e sul ceco dove la parete intestinale presenta uno spessore minore e quindi esiste un maggior rischio di perforazione. Per lesioni con diametro maggiore la tecnica endoscopica prevedeva la resezione in multipli frammenti, non in grado di garantire un'accuratezza nella valutazione istologica, elemento decisivo per stabilire la radicalità ed eventuale completezza della terapia endoscopica. Oggi invece l'endoscopista esperto e dedicato a queste problematiche cliniche può avvalersi di due acquisizioni tecniche e tecnologiche in grado di migliorare la sua performance diagnostica e terapeutica. All'atto della diagnosi l'endoscopista attraverso l'utilizzo di coloranti vitali e dell'ingrandimento dell'immagine di cui sono dotati i moderni endoscopi (Tabella II) è in grado di prevedere con un'accuratezza che supera il 90%, l'istologia della lesione, ovvero se per questa possa essere sufficiente la terapia endoscopica (che deve prevedere sempre la resezione in un unico frammento) o se sia preferibile già in prima istanza prevedere un trattamento più invasivo mediante chirurgia. Una volta stabilito questo, per lesioni con diametro fino a 20 millimetri si esegue la EMR (Endoscopic Mucosal Resection-Resezione Endoscopica della Mucosa) (Tabella III) che prevede varie fasi: primo si inietta a lato della lesione mediante ago da sclerosi una sostanza contenente colloide o acido ialuronico che consente il sollevamento della lesione. La successiva rimozione con ansa diatermica consente quindi di portar via la lesione, la mucosa sana che la circonda ed in profondità buona parte della sottomucosa consentendo quindi all'anatomopatologo di definire con esattezza non solo l'istologia della lesione (tumore benigno vs maligno), ma anche l'entità della sua infiltrazione parietale, la eventuale presenza di piccole metastasi nei vasi sanguigni e/o linfatici ed in particolare quanta

distanza esista sia lateralmente sia profondamente fra la lesione tumorale e la parete intestinale sana. La tecnica risulta quindi efficace, come abbiamo già accennato, per lesioni con diametro fino a 20 millimetri, mentre per le lesioni con diametro maggiore è necessario eseguire la resezione in più frammenti, con i limiti che abbiamo già precisato. Oggi grazie all'introduzione in endoscopia di nuovi device ovvero bisturi dotati nell'estremità distale di una punta rotonda in porcellana, isolata elettricamente, l'endoscopista ha la possibilità di orientare la corrente di taglio parallelamente alla lesione in modo da garantire una vera e propria "esfoliazione" di parte della parete intestinale. Questa moderna tecnica definita ESD (Endoscopic Submucosal Dissection-Resezione Endoscopica della Sottomucosa) consente all'endoscopista, dopo aver scollato la lesione, di resecare tutto lo strato sottomucoso della parete intestinale in modo circolare così da garantire l'escissione in un unico frammento di lesioni con diametro praticamente illimitato. L'intervento endoscopico risulta piuttosto difficile, può durare anche 2-3 ore, necessita di adeguato training ed in Italia viene eseguito solo da pochi centri. Le lesioni localizzate nel retto, ovvero negli ultimi 15 centimetri dell'intestino, possono essere trattate anche con una forma di chirurgia meno invasiva definita Endoscopia Chirurgica Transanale o TEM che consiste nell'utilizzare un rettoscopio operativo con diametro di 3 centimetri, attraverso il quale si fanno passare tutti gli strumenti chirurgici necessari alla rimozione della lesione. L'intervento è molto più invasivo dell'endoscopia, va eseguito sempre in anestesia generale e consente sostanzialmente di ottenere anche l'escissione a tutto spessore della parete intestinale. Anche questa tecnica è molto complessa e viene eseguita solo in centri con alta specializzazione. La resezione per via endoscopica tuttavia possiede un ruolo sempre diagnostico poiché solo l'esame istologico accurato effettuato dall'anatomopatologo sulla totalità della lesione asportata consentirà all'equipe di specialisti di stabilire la necessità di eventuali altri trattamenti terapeutici **(Tabella IV)**.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza sembra evidenziare che la EMR e l'ESD con lesioni a sede rettale possano essere eseguite con sicurezza anche in regime ambulatoriale con evidente significativa riduzione dei costi di gestione del paziente che può tornare rapidamente a casa e ritrovarsi in un ambiente confortevole ed a suo completo agio subito dopo l'intervento. Risulta indispensabile il rispetto di alcuni criteri di dimissione rappresentati dal fatto che il paziente deve risiedere a non più di 30 chilometri di distanza, trovarsi nella sua abitazione sempre in compagnia di un familiare, il medico di medicina generale deve essere sempre informato sull'intervento eseguito e deve essere a conoscenza di tutte le più importanti complicanze, mentre l'endoscopista deve garantire una completa disponibilità e continua reperibilità nei successivi 5-6 giorni dopo l'intervento. La localizzazione della lesione in corrispondenza del colon destro e del ceco non sembra rappresentare un rischio importante per l'esecuzione della EMR, mentre per l'ESD è necessaria l'acquisizione di una maggiore esperienza anche in regime ambulatoriale. La sala endoscopica deve possedere tutti i più moderni device necessari per il trattamento delle complicanze intra e postoperatorie. La ECA deve essere eseguita in ambienti protetti che posseggano tutta l'attrezzatura necessaria per assistere il paziente e deve possedere almeno un posto letto per il monitoraggio del paziente nelle immediate ore dopo l'intervento, quelle a maggior rischio di complicanze. Alla luce del fatto che l'incidenza dei polipi maligni si attesta intorno al 5% di tutte le lesioni asportate endoscopicamente e che presumibilmente solo l'1-2% necessita del trattamento mediante ESD, il modello da noi proposto di ECA sembra poter soddisfare i requisiti tecnici, oncologici e di sicurezza per il paziente con una significativa riduzione della spesa sanitaria.

Figura 1: Rappresentazione dell'intestino crasso e particolare della parete intestinale e della sua organizzazione in strati

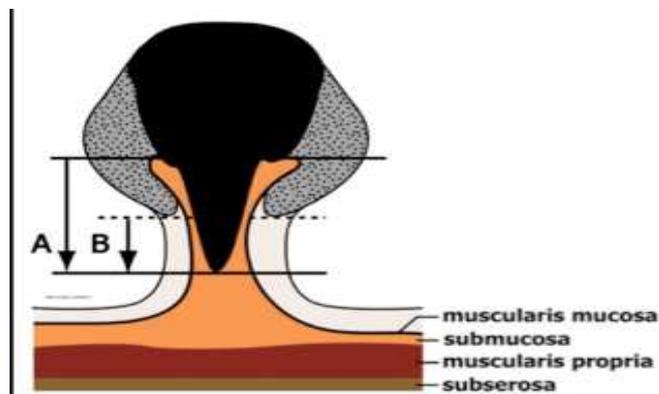
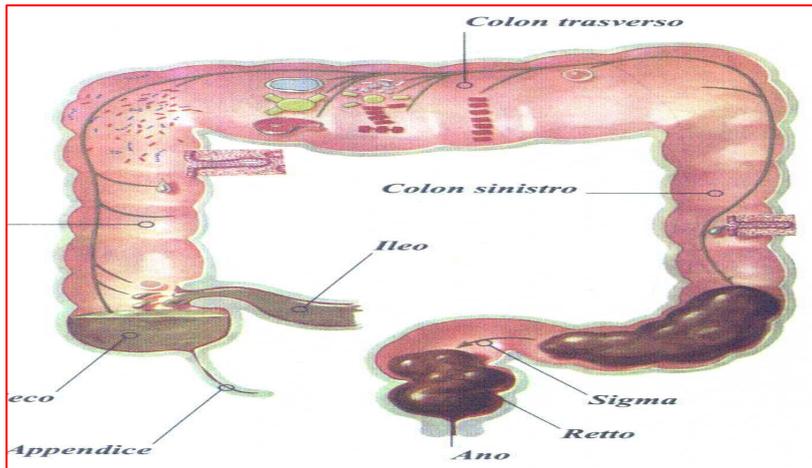


TABELLA I

Dal punto di vista **endoscopico** per polipo si intende qualunque escrescenza visibile sulla parete intestinale in corso di colonscopia.

Vengono classificati in base alla loro **morfologia** in lesioni polipoidi e lesioni non polipoidi.

Le **lesioni polipoidi** si dividono in:

peduncolate, ovvero attaccate alla parete intestinale mediante un peduncolo,

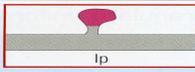
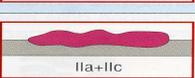
sessili quando sono direttamente attaccate alla parete intestinale.

Le **lesioni non polipoidi** si dividono in:

piatte sono simili alle sessili ma con sviluppo più in larghezza che in altezza,

deprese simili alle piatte, ma caratterizzate dalla presenza di una depressione, generalmente a sviluppo centrale

miste, quando coesistono caratteristiche di entrambe

Classe	Morfologia	Schema
O-I Polipoide	O-Ip peduncolata	
	O-Is sessile	
O-II Non polipoide	O-IIa lievemente rilevata	
	O-IIb piatta	
	O-IIc depressa	
O-III Non polipoide	O-III escavata o ulcerata	
Forme miste	O-IIa + O-IIc rilevata con depressione centrale	
	O-IIc + O-IIa depressione centrale con margini rilevati	

The Paris Endoscopic Classification of Superficial Neoplastic Lesions

Dal punto di vista **istologico** il polipo viene definito in base alla sua costituzione cellulare e quindi può essere

Infiammatorio (Iperplastico),

Neoplastico Benigno (Adenoma),

Neoplastico Maligno (Adenocarcinoma)

Dopo l'asportazione endoscopica l'anatomo patologo può effettuare l'esame istologico sulla lesione asportata e definire sia le caratteristiche cellulari, sia il grado di infiltrazione parietale

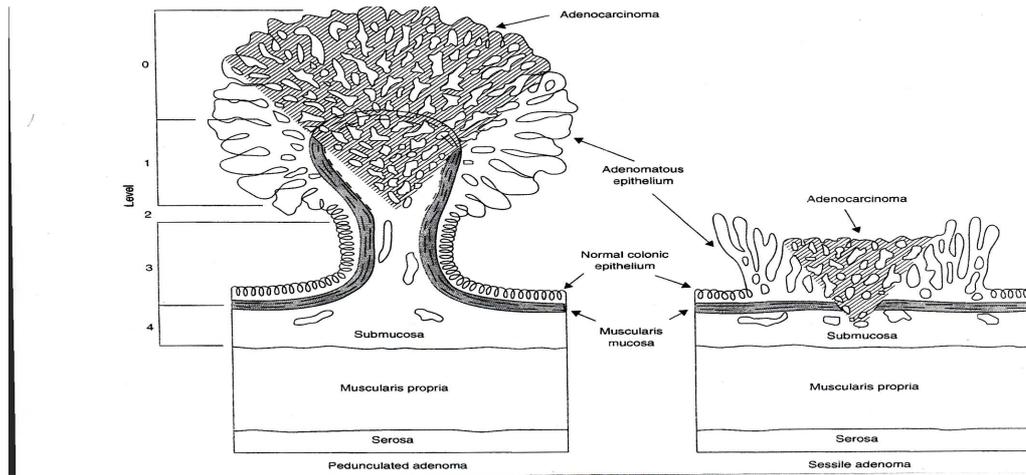


TABELLA II

TECNICA DELLA MAGNIFICAZIONE ENDOSCOPICA

L'endoscopista dopo aver visualizzato la lesione effettua un lavaggio con soluzione fisiologica e mucolitica. Poi utilizza un colorante di contatto, l'indaco di carminio, che per la sua costituzione cristalliforme esalta la forma e delimita nettamente l'estensione della lesione. Nella fase successiva l'endoscopista attiva l'ingrandimento ottico dell'endoscopio, generalmente tramite un pulsante posto sull'endoscopio, riuscendo così ad ingrandire l'immagine fino ad una definizione di oltre un milione di pixel. In pratica l'endoscopista fa quello che l'anatomopatologo effettua con il microscopio elettronico su vetrino debitamente preparato. Con questa tecnica l'endoscopista è in grado di distinguere con un'accuratezza del 95% se un polipo è iperplastico, adenomatoso o contiene cellule tumorali maligne (adenocarcinoma).

TABELLA III

TECNICHE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA

Polipectomia Endoscopica: utilizzando un'ansa diatermica, ovvero un cappio metallico, attraverso il quale viene fatta passare corrente elettrica si resecta la lesione polipoide di tipo peduncolato e/o sessile

EMR: indispensabile per lesioni di tipo piatto o depresso con diametro fino a 20 millimetri

ESD: indispensabile per lesioni di tipo piatto o depresso con diametro superiore a 20 millimetri che vengono resectate in blocco

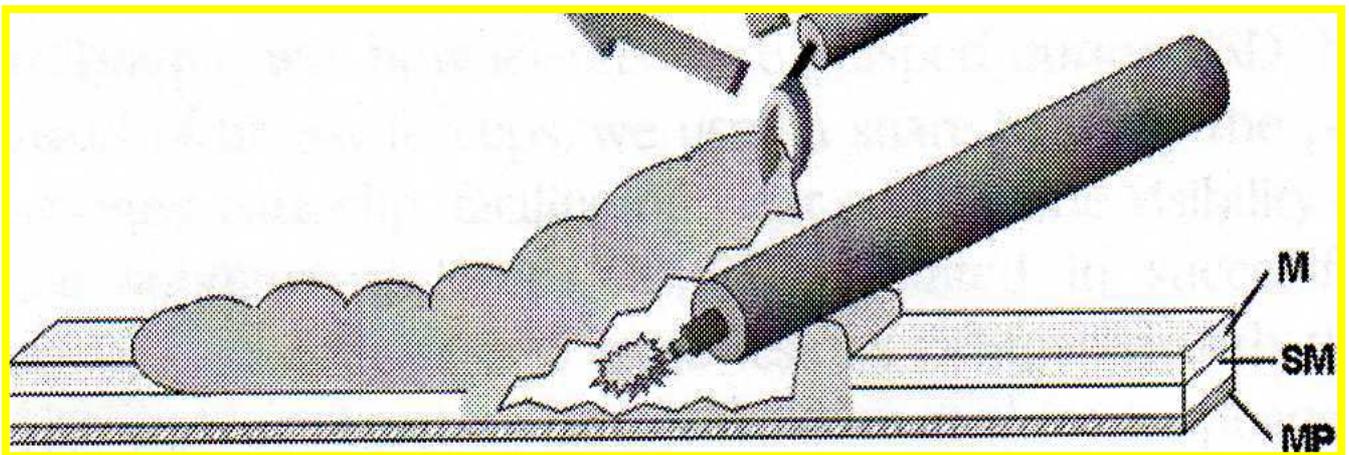


TABELLA IV

Lesioni per le quali è sufficiente la terapia endoscopica

CRITERI TECNICI	CRITERI ISTOLOGICI	CONDIZIONI PZ
lesione resecata in blocco, alto rischio in un unico frammento oncologici	-Adenomi con displasia alto grado -Adenocarcinoma con Infiltrazione limitata allo Strato più superficiale della parete intestinale (mucosa e Parte più superficiale sottomucosa)*	Per Pz ad i limiti vengono tralasciati

- In questi casi il rischio di metastasi linfonodali ovvero di diffusione della malattia nei linfonodi vicini è quasi nulla

BIBLIOGRAFIA

- 1-Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993; 25: 455-461
- 2-Deyhle P. A method for endoscopic electroresection of sessile colonic polyps. *Endoscopy* 1973;5:38-40
- 3-Ono A. Endoscopic Submucosal Resection of rectal carcinoid tumors with a ligation device. *Gastrointest. Endosc.* 2003;57:583-7
- 4-Karita M. Endoscopic therapy for early colon cancer: the strip biopsy resection technique *Gastrointest. Endosc.* 1991;37:128-32 1984;19:1107-16
- 5-Fujii T. Endoscopic indications for EMR of LST in the Colorectum *Gut* 2006;55:1592-7
- 6-Saito Y. Endoscopic treatment for laterally spreading tumors in the colon *Endoscopy* 2001;33:682-6
- 7-Sano Y. Efficacy of magnifying chromoendoscopy for the differential diagnosis of colorectal lesions. *Digestive Endoscopy* 2005;17:105-116
- 8-Trecca A. Improved detection of colorectal neoplasms with selective use of chromoendoscopy in 2005 consecutive patients. *Tech Coloproctol.* 2006;10:339-44
- 9-Trecca A. Our experience with endoscopic repair of large colonoscopic perforations and review of the literature. *Tech. Coloproctol.* 2008;18
- 10-Tytherleigh MG. Management of early rectal cancer. *British Journal of Surgery* 2008;95:409-423