

L'occlusione intestinale: l'apporto del gastroenterologo

Alessandro Pezzoli

**U.O di Gastroenterologia ed Endoscopia
digestiva**

Az ospedaliera Sant'Anna Ferrara

Società Med Chir 24/3/2012

Occlusione intestinale

- Può dipendere da stenosi che interessano i segmenti gastro-duodenali o colici.
- Le cause sono, nella maggior parte dei casi, neoplasie del pancreas, stomaco, duodeno, epato-biliari e coliche
- Sintomi: nausea, vomito, dolore addominale e distensione addominale



Gli stent sono dei cilindri metallici che hanno la caratteristica di esercitare una forza radiale fino a raggiungere un diametro prefissato.



Sono disponibili stent esofagei, gastro-duodenali e colici.

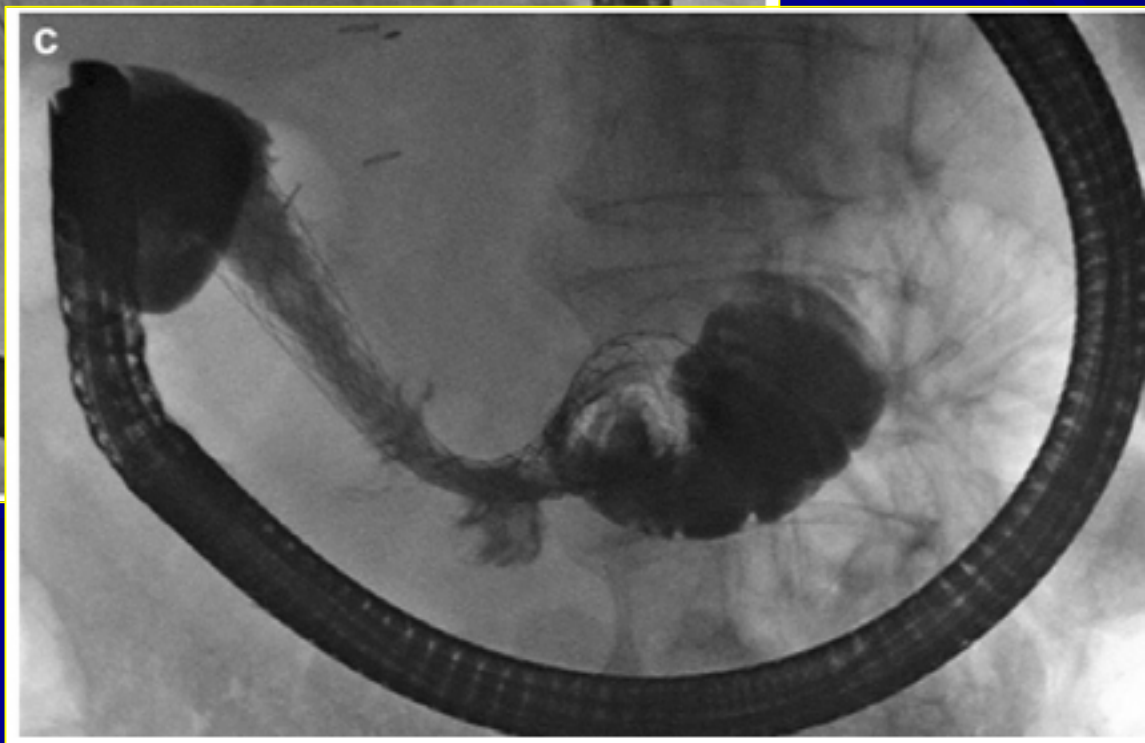
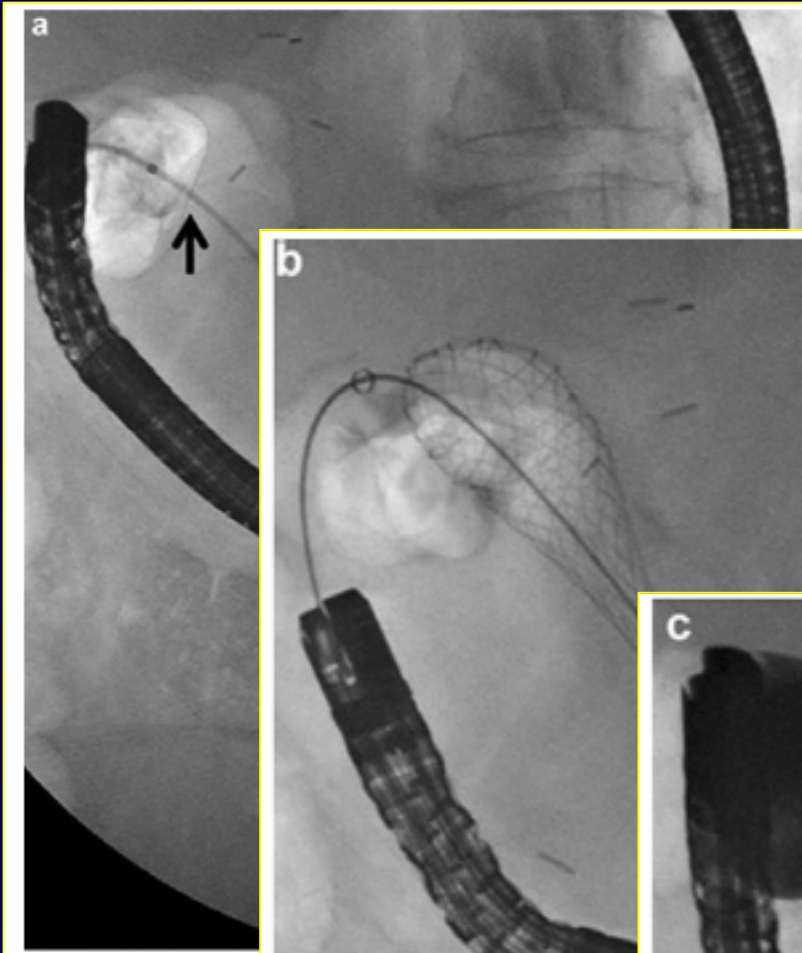
Possono essere ricoperti o non ricoperti

Digestive Endoscopy

Treatment of malignant gastroduodenal obstruction with a nitinol self-expanding metal stent: An international prospective multicentre registry

Guido Costamagna^{a,*}, Andrea Tringali^a, Julius Spicak^b, Massimiliano Mutignani^a, John Shaw^c, Andre Roy^d, Erik Johnsson^e, Eduardo G.H. De Moura^f, Spencer Cheng^f, Thierry Ponchon^g, Max Bittinger^h, Helmut Messmann^h, Horst Neuhausⁱ, Brigitte Schumacherⁱ, Rene Laugier^j, Juha Saarnio^k, Francisco Igea Ariqueta^l

- L'ostruzione da neoplasia del distretto gastro-duodenale è curabile in modo radicale in meno del 40% dei casi e in meno dell'80% dei casi se la causa è un tumore pancreatico
- In un alta percentuale dei casi in pazienti sono "unfit for surgery"
- Successo tecnico dello stent duodenale 98%, successo clinico 91% (range da 33 a 96%)
- Complicanze: recidiva dell'ostruzione (12%), sanguinamento (3%), migrazione 1.5%, perforazione 5%



Endoscopic stenting versus operative gastrojejunostomy for malignant gastric outlet obstruction

Manju D. Chandrasegaram · Guy D. Eslick ·
Clare O. Mansfield · Han Liem · Mark Richardson ·
Sulman Ahmed · Michael R. Cox

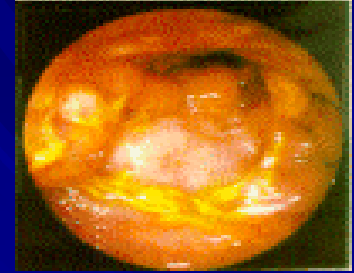
- Studio retrospettivo, Pz con K pancreas: 26 pz trattati con stent vs 19 trattati con bypass chirurgico
- Lo stent duodenale ha permesso di riprendere un'alimentazione nell'88% dei pz vs 17% dei pz operati
- Degenza inferiore (11 gg vs 25 gg)
- Minori complicanze (12% vs 37%), mortalità trend in favore dello stent
- Sopravvivenza: Trend in favore della chirurgia

Ostruzione colon-rettale

- Nell'80% dei casi è dovuta a neoplasia
- Dal 10 al 30% dei casi esordisce con un quadro di occlusione acuta
- Nel 70% dei casi da neoplasie del colon sn

Il trattamento endoscopico dell'ostruzione colica

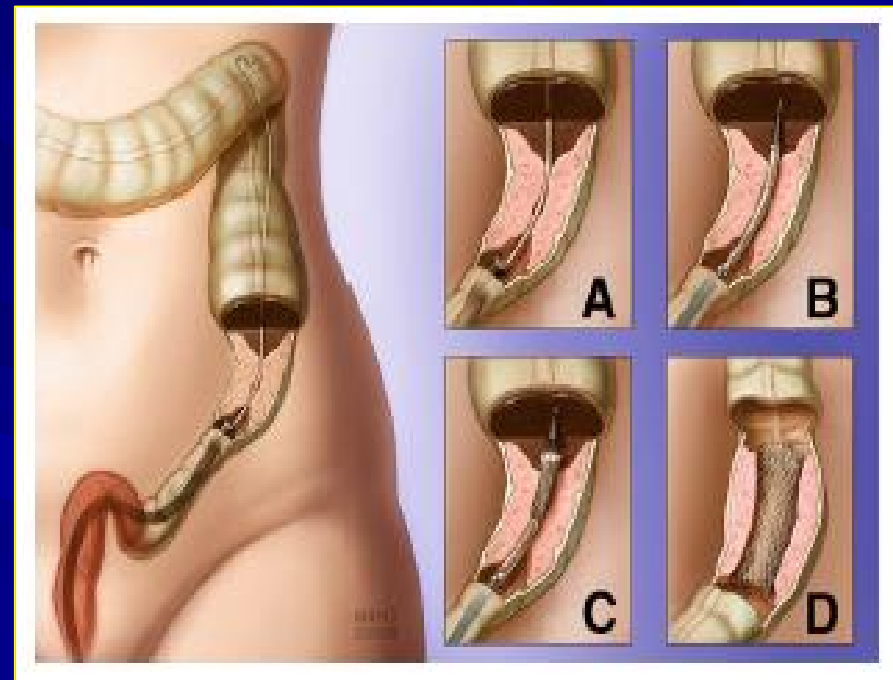
Indicazioni per le protesi coliche



- **occlusione acuta** in emergenza per operare in elezione. Permette la chirurgia in un tempo, di stadiare e preparare il paziente
- **palliativa definitiva** (*alto rischio chirurgico, neoplasia avanzata*)

Preparazione e Tecnica

- Tc addome prima della procedura per definire sede e lunghezza della stenosi
- Pulizia con clisteri
- Protesi di lunghezza >2 cm per lato della stenosi



Tecnica



Il dilemma degli stent colici



stent or not stent?

Pooled Analysis of the Efficacy and Safety of Self-Expanding Metal Stenting in Malignant Colorectal Obstruction

Shaji Sebastian, Sean Johnston, Tony Geoghegan, William Torreggiani, and Martin Bu
Departments of Gastroenterology; Gastrointestinal Surgery; and Interventional Radio
Adelaide and Meath Hospital, Tallaght, Dublin, Ireland

Stenting in Malignant Colorectal Obstruction 2053

Table 1. Pooled Analysis of Clinical and Technical Success Rates

	Group	Number	Cumulative (%)	Range (%)	Median (%)	I.q.r (%)
Technical success	Overall	1,198	93.24	64-100	94	90-100
	Palliative	791	93.35	67-100	96	77-100
	Bridge to surgery	407	91.9	33-100	84	68-97
Clinical success	Overall	1,198	88.56	55-100	91	84-95.25
	Palliative	791	91	62-100	92.7	65-94
	Bridge to surgery	407	71.7	45-84	76	68-82

Table 2. Cumulative Major Complication Rates

	Number	Percent
Perforation	45	3.76
Migration	132	11.81
Reobstruction	82	7.34
Mortality	7	0.58

Am J Gastroenterol 2004;99:2051-57

Self-expandable metal stents for relieving malignant colorectal obstruction: short-term safety and efficacy within 30 days of stent procedure in 447 patients

Søren Meisner, MD,¹ Ferran González-Huix, MD,² Jo G. Vandervoort, MD,³ Paul Goldberg, MD,⁴ Juan A. Casellas, MD,⁵ Oscar Roncero, MD,⁶ Karl E. Grund, MD,⁷ Alberto Alvarez, MD,⁸ Jesús García-Cano, MD, PhD,⁹ Enrique Vázquez-Astray, MD,¹⁰ Javier Jiménez-Pérez, MD,¹¹ The WallFlex Colonic Registry Group

Copenhagen, Denmark

- Successo tecnico nel 94% dei casi
- Successo clinico nel 90% dei casi
- Complicanze: 4% perforazione, 2% migrazione
- Mortalità a 30 gg: 40 pz(9%) ma solo 3 correlate allo stent

Gastrointest Endosc 2011;74;876-84

Cochrane Review

- 5 studi randomizzati, 208 pz inclusi
- 102 nel gruppo stent vs 105 nel gruppo chirurgia
- Successo tecnico: 86% dei casi con stent
- Successo clinico: 99% nel gruppo chirurgia vs 78% nel gruppo stent
- Tempo per miglioramento clinico: 0.6 gg per stent vs 3.5 gg per chirurgia
- Non differenze in mortalità a 30 gg: 2.3%

Cochrane Review

- Perforazione: 5.9% (in 3 studi non sono riportate perforazioni mentre in 2 abbiamo 54% e 12% di perforazione*)
- Complicanze complessive: 39% nel gruppo stent vs 45% nel gruppo chirurgia
- Complicanze maggiori: 5.6% per stent vs 12% nel gruppo chirurgia
- Tempo di ricovero: 11 gg per stent vs 17 nel gruppo chirurgia

* *van Hoff Endoscopy 2008 e van Hoff Lancet Oncology 2011*

Early closure of a multicenter randomized clinical trial of endoscopic stenting versus surgery for stage IV left-sided colorectal cancer

Endoscopy 2008;40:184-91

Authors

J. E. van Hooft¹, P. Fockens¹, A. W. Marinelli², R. T. ...
on behalf of the Dutch Colorectal Stent Group¹

Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial

Jeanin E van Hooft, Willem A Bemelman, Bas Oldenburg, Andreas W Marinelli, Martijn F Lutke Holzik, Marina J Grubben, Mirjam A Sprangers, Marcel G Dijkgraaf, Paul Fockens, for the collaborative Dutch Stent-In study group*

Lancet oncol 2011;12:344-52

- 6 perforazioni/11 stent
- 1 complicanza/10 nel gruppo chirurgia
- Mortalità 56 gg vs 38 gg (p:NS) per chirurgia
- 47 pz: successo tecnico 70%
- Complicanze 13%
- Nessuna differenza per mortalità, morbilità e QoL



Comment

Ⓜ Stenting for acute malignant colonic obstruction: a bridge to nowhere?

Lancet Oncology 2011;12:314-15

Endoscopic Stent Placement as a Bridge to Surgery in Malignant Colorectal Obstruction: A Balance between Study Validity and Real-World Applicability

Barham K. Abu Dayyeh, MD, MPH¹ and Todd H. Baron, MD²

Am J Gastroenterol 2011;106:2181-82

Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency surgery for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis

Yi Zhang · Jian Shi · Bin Shi · Chun-Yan Song · Wei-Fen Xie · Yue-Xiang Chen

Sug Endosc 2012;26:110-19

66 lavori, 601 pz

232 stent vs 369 chirurgia

Table 3 Meta-analysis of the included studies

	No. of studies	No. of patients	RR(95% CI)	p value
Treatment details				
ICU usage	2	102	0.42 (0.19, 0.93)	0.03
Primary anastomosis	7	558	1.62 (1.21, 2.16)	0.001
Stoma creation	5	226	0.70 (0.50, 0.99)	0.04
Short-term adverse events				
Mortality	5	426	0.73 (0.31, 1.71)	0.47
Overall complications	7	553	0.42 (0.24, 0.71)	0.001
Anastomotic leakage	6	303	0.31 (0.14, 0.69)	0.004
Long-term outcomes				
Permanent stoma	2	108	0.39 (0.02, 6.75)	0.52
1-year survival	4	390	1.07 (0.87, 1.31)	0.51
2-year survival	4	390	1.14 (0.98, 1.34)	0.10
3-year survival	3	374	1.08 (0.90, 1.31)	0.39

Clinical outcomes and risk factors for technical and clinical failures of self-expandable metal stent insertion for malignant colorectal obstruction

Jin Young Yoon, MD,¹ Yoon Suk Jung, MD,¹ Sung Pil Hong, MD, PhD,¹ Tae Il Kim, MD, PhD,¹
Won Ho Kim, MD, PhD,^{1,2} Jae Hee Cheon, MD, PhD^{1,2}

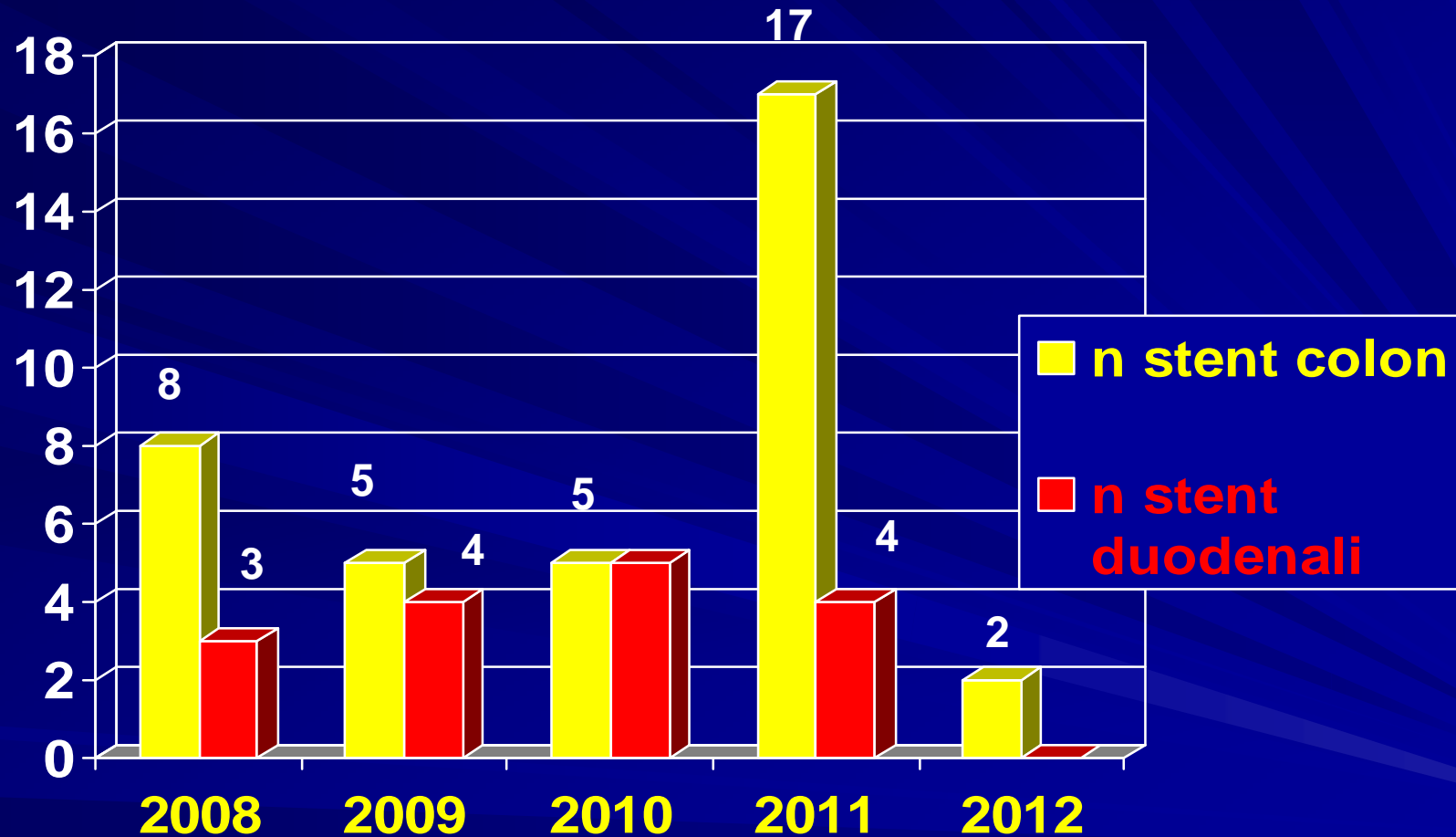
- Dilatazione prima dello stent
- Sede della stenosi: successo inferiore per le stenosi prossimali
- Lunghezza della stenosi: se stenosi >7 cm minore % di successo
- Presenza di carcinomatosi
- Origine ab exstrinseco del tumore
- Esperienza dell'operatore (abitudine all'utilizzo della scopia)

Costi

- Costo degli stent: ~1.500 €
- L'occlusione gastro-duodenale trattata con stent determina una riduzione dei costi del 30%
- In caso di occlusione colica acuta lo stent determina una riduzione del 20%
- Il risparmio è dovuta alla riduzione degli interventi chirurgici e alla degenza inferiore

*ASGE TECHNOLOGY COMMITTEE.
Gastrointest Endosc 2011;74;455-64*

Nostra casistica



Nostra casistica

La nostra casistica.

Successo della metodica e clinico 100%. Nessuna complicanza.

	Paziente 1	Paziente 2	Paziente 3	Paziente 4	Paziente 5
Età/sexo	M/76	F/67	M/72	M/62	M/87
Sintomi d'esordio	PS, occlusione int.	Subboccl. Trasf da rep medico	PS, subocclusione intest.	PS, subocclus. Intest.	PS, occlusione intest.
Sito della stenosi	Colon disc./sigma	Colon disc.	Colon disc.	Colon disc./sigma	Sigmaretto
Ricovero/Stent/intervento	1/5 gg.	3/9	4/6	1/4	0 doppio stent/8
Tipo d'intervento	Emicol. Sin.	Emicol. Sin.	Emicol. Sin.	Res. sigma	Res. Ant.
Canalizzazione postop.	V	V	IV g/VI f	II f	IV g/VI f
Degenza postop.	7 g	8 G	9 G	6 G	51 G
Complicanze	-----	-----	-----	-----	Deisc. An. In VIII g. Hartmann
Istol./stadio/Dukes	pT3- pN1b- pM1a/IVA	pT4ap/N1b/ C	pT3pN0/B	pT3pN0/B	T4aN2b/C

Per la cortesia del Dott Cappellari

Conclusioni

- Gli stent duodenali e colici sono un efficace e sicuro metodo alternativo alla chirurgia nel trattamento dei pz con occlusione intestinale
- I dati di letteratura non forniscono ancora chiare evidenze sull'utilità del loro impiego e altri studi sono necessari
- L'utilizzo degli stent deve essere valutato per ogni specifico caso ma tenendo presente il "Parachute approach to evidence based medicine"*

* Potts M et al. *BMJ* 2006;333:701