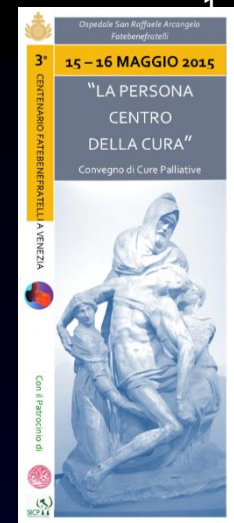




AULSS 12 Veneziana
Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia

Dipartimento di Chirurgia
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale
Direttore : Dr. Roberto Merenda

LA PERSONA CENTRO DELLA CURA



Venezia 15 maggio 2015

La Persona con malattia inguaribile, quali cure

II Sessione

Ruolo della Chirurgia Palliativa

R. Merenda



Il chirurgo e la “palliazione dei sintomi”

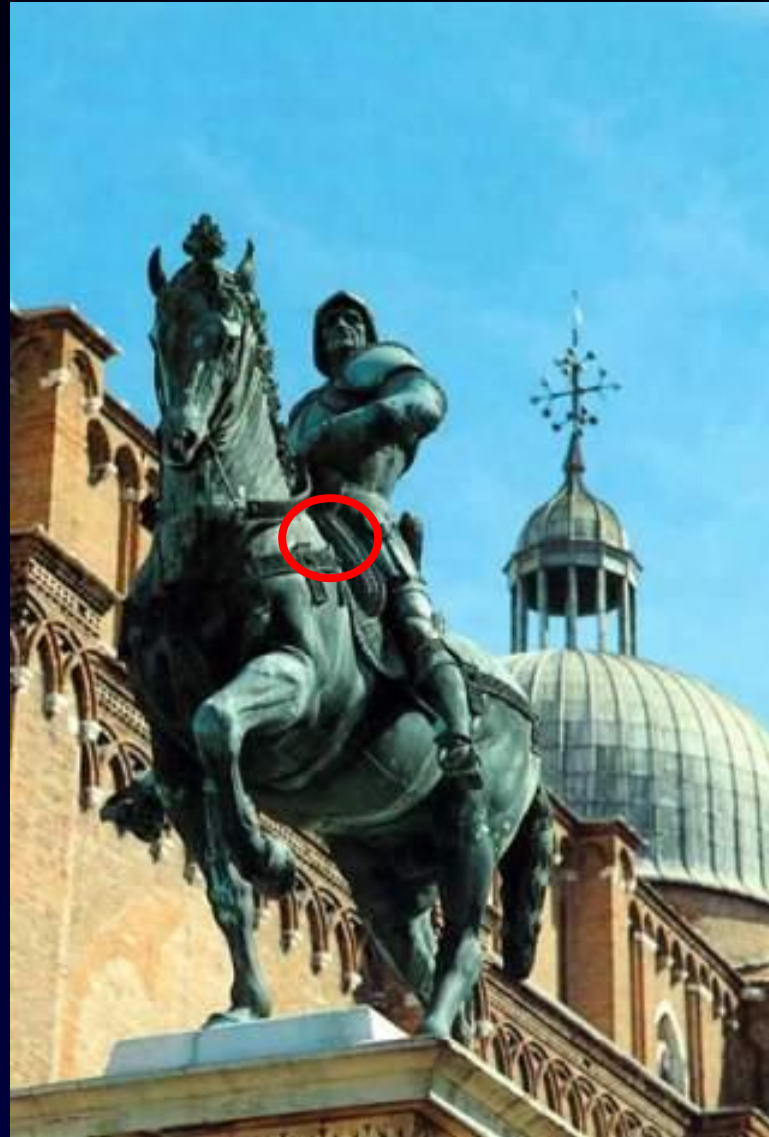


I competitors!

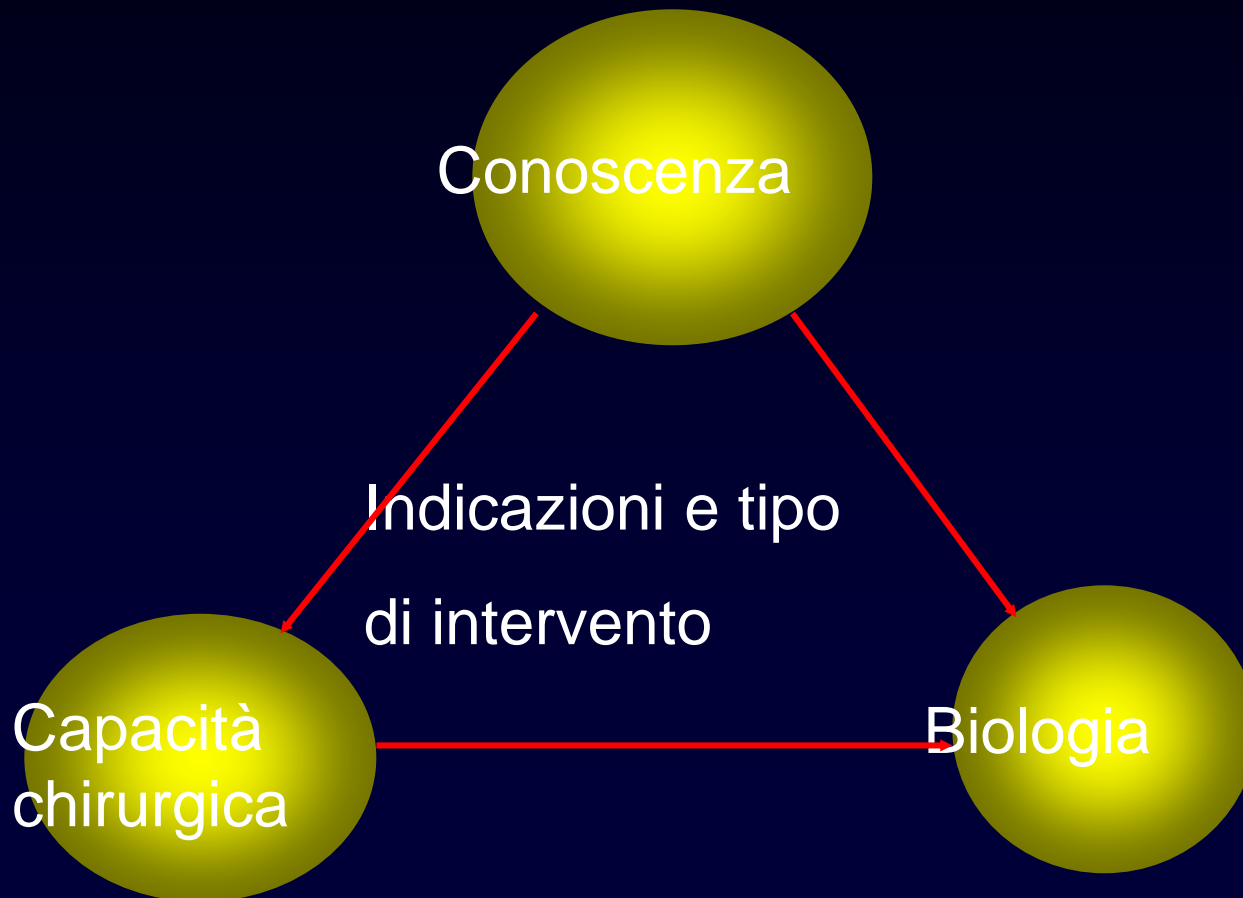


Chirurgo vs.
Endoscopista\Radiologo

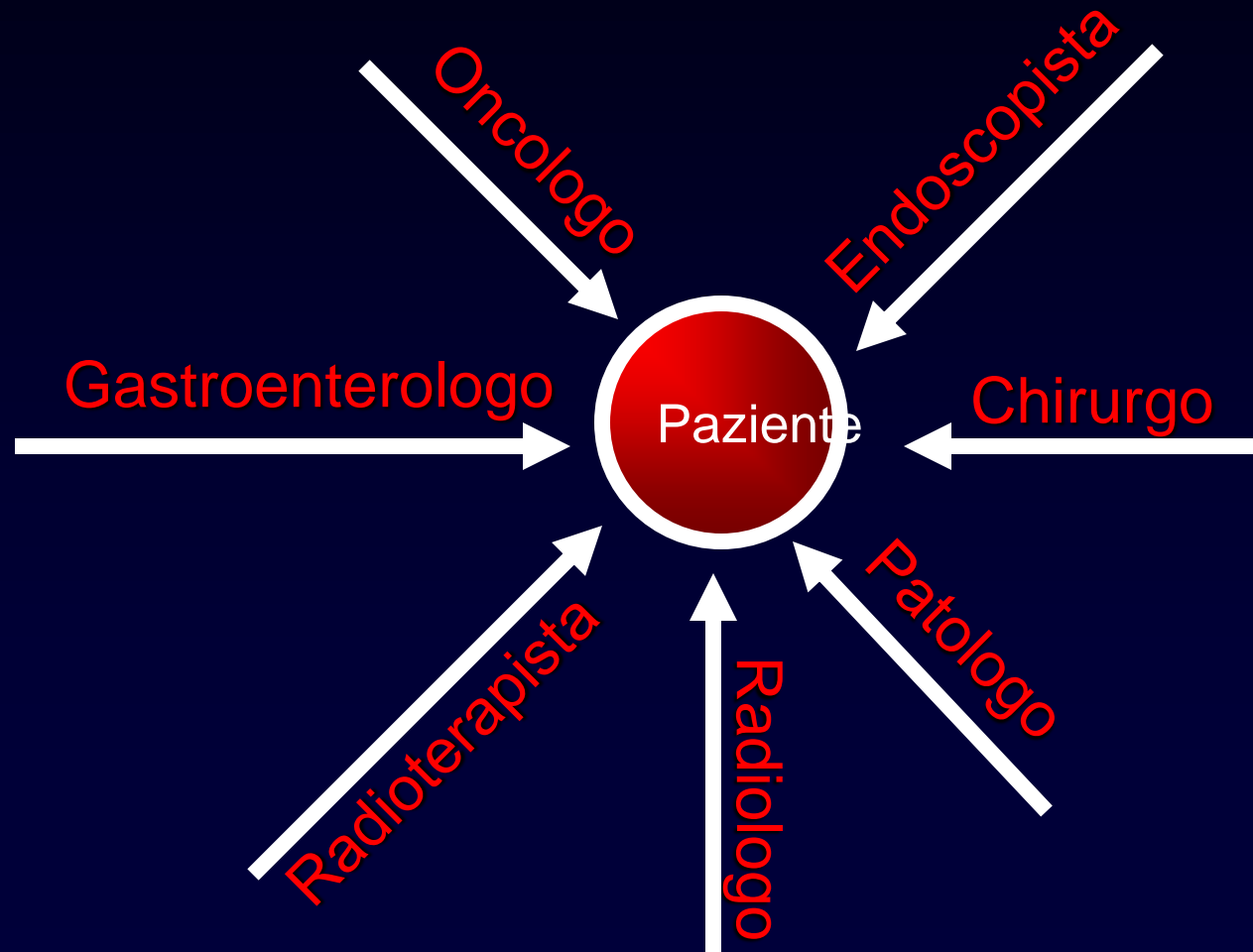
Un delirio di onnipotenza! (I)



Una difficile sintesi: la legge delle tre palle (II)



L'approccio polispecialistico



Chirurgia Palliativa in Oncologia

La chirurgia è la più antica forma di trattamento dei tumori e, fino a pochi decenni fa, era l'unico trattamento da offrire ai pazienti neoplastici.

Integrazione : trattamenti chemioterapici
pre-operatori (terapia neoadiuvante)
post-operatori (terapia adiuvante)

I miglioramenti delle tecniche chirurgiche ed una migliore comprensione delle modalità di diffusione dei vari tipi di tumore permettono attualmente di eseguire resezioni di un sempre maggior numero di tumori e con una percentuale di successo sempre maggiore.

Chirurgia e trattamento dei pazienti affetti da neoplasie maligne 6 aree diverse

- 1) Resezione del tumore primitivo
- 2) Chirurgia citoriduttiva
- 3) Resezione chirurgica delle metastasi con intento curativo
- 4) Urgenze oncologiche (occlusioni – perforazioni – emorragie – ascessi)
- 5) Chirurgia Palliativa
- 6) Ricostruzione e riabilitazione (mammella – intestino)

Chirurgia Palliativa in Oncologia

Obiettivo primario :

- Sollievo dei sintomi
- Trattamento delle complicanze associate al tumore
- Conservazione o miglioramento qualità di vita
- Sollievo dal dolore

Utilizza interventi chirurgici di natura non curativa

Dalla Chirurgia Esplorativa alle Nuove Tecnologie Chirurgiche in Oncologia per Palliazione

- Miglioramento della tecnologia e della diagnostica
in particolare TAC – RNM
- Progettualità dell'intervento sul singolo caso sulla stadiazione radiologica
- Affinamento dei criteri di operabilità o di esclusione
- Diminuzione della Laparatomie Esplorative con necessità di anestesia generale
/stress operatorio / rischio globale aumentato per le comorbidità
 - > ulteriore defedamento
 - > ulteriore inutile permanenza in ospedale
- Miglioramento della qualità della vita residua con ritorno se possibile in ambiente domestico.

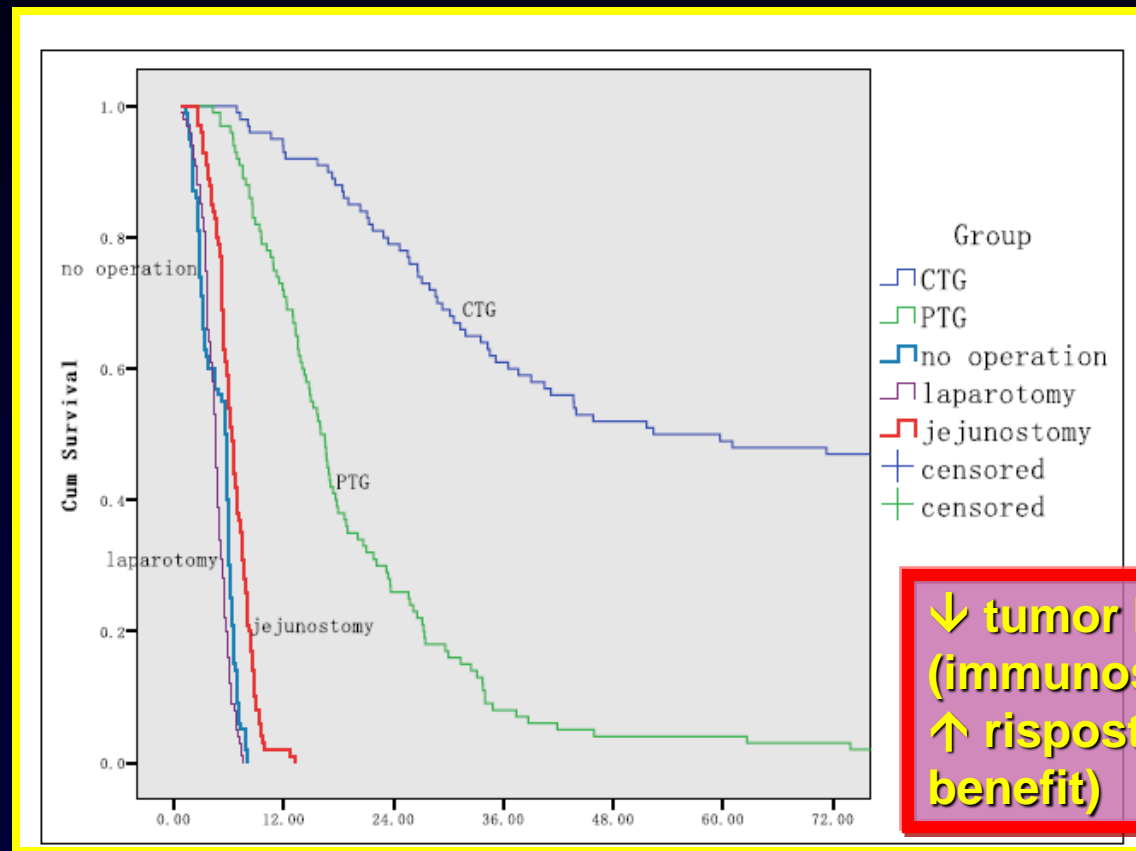
Cancro dello stomaco

Seconda causa di morte per tumore nei Paesi Occidentali e si associa ad una sopravvivenza a 5 anni dei casi sottoposti ad intervento chirurgico che varia tra il 40% ed il 45% negli studi provenienti dagli Stati Uniti e tra il 30% ed il 40% negli studi provenienti da Paesi Europei.

Questi dati confermano pertanto che un'elevata percentuale di pazienti ha una malattia avanzata al momento della diagnosi e che l'intervento chirurgico risulta essere radicale in meno del 50% dei pazienti che vengono sottoposti a chirurgia.

Verdecchia A, Francisci S, Brenner H et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. Lancet Oncol 2007; 8:784-96 on intenti curativi

Chirurgia palliativa vs Astensione



↓ tumor burden
(immunosuppressive cytokines)
↑ risposta a CT (immunologic benefit)

La resezione palliativa si associa ad una prolungata sopravvivenza e ad un miglioramento della QOL

Cancro Gastrico 24-giugno-2011

J.-Z. Zhang et al., The American Journal of Surgery, 2011

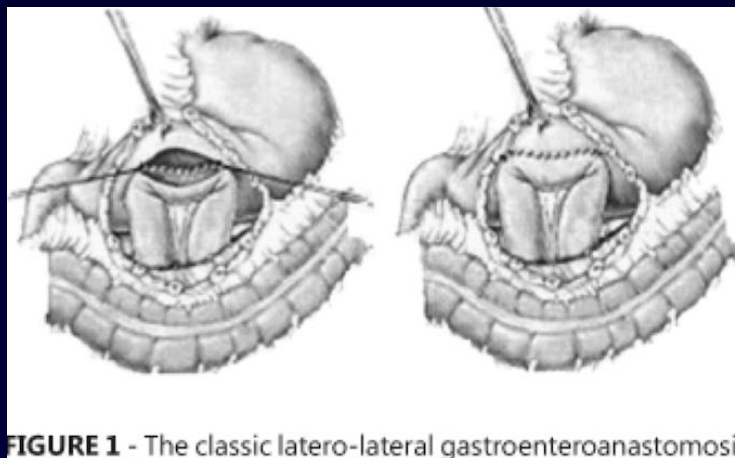
Limiti della chirurgia nell'ambito della terapia palliativa del cancro gastrico

Bypass con il digiuno

Percentuale di complicanze e di mortalità, che superano largamente i benefici attesi

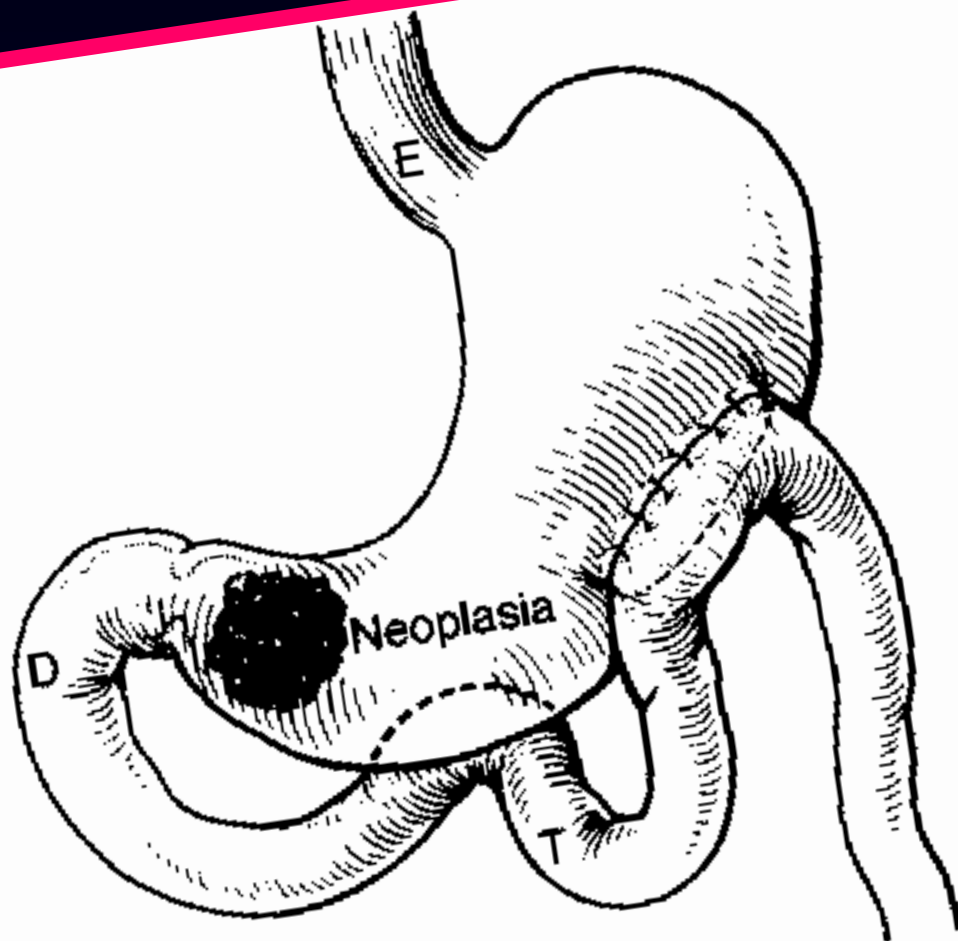
Nei pazienti sottoposti a bypass chirurgico, la risoluzione dei sintomi ostruttivi e la ripresa di una corretta alimentazione per via orale avviene in poco meno del 50% e tale beneficio tende a ridursi ulteriormente con la progressione della malattia, verosimilmente per un coinvolgimento peritoneale che vanifica l'esito della chirurgia.

Prolungamento dei tempi di ospedalizzazione di questi pazienti, con un'ulteriore riduzione della loro qualità di vita.



Terapia chirurgica palliativa

1/3 dei casi



Gastro-entero
anastomosi
(GEA)

Protesi
Endoscopica

I “numeri” del carcinoma del pancreas

- 4^a causa di morte per neoplasia negli USA, 5^a nei paesi occidentali
- Incidenza e prevalenza sovrapponibili: 10 nuovi casi/100.000 abitanti/anno
- Sopravvivenza globale a 5 anni <1-2%
- Resecabilità non superiore al 20%
- Sopravvivenza mediana dopo resezione 18 mesi

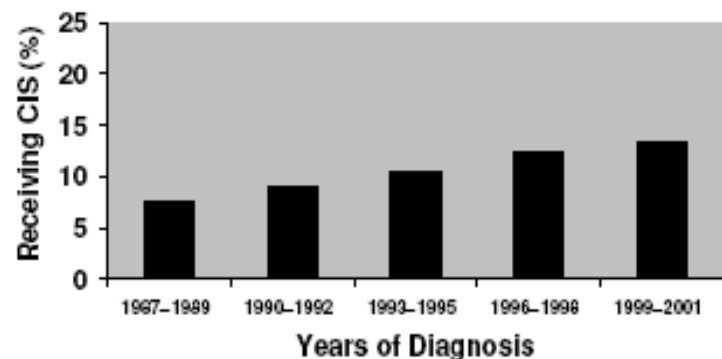


Figure 1. Proportions of patients receiving curative intent surgery (CIS) in five consecutive time periods among patients with pancreatic cancer diagnosed between 1987 and 2001.

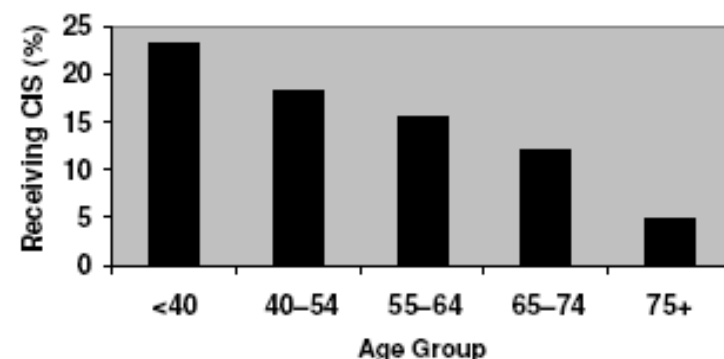


Figure 2. Proportions of patients receiving curative intent surgery (CIS) across different age groups among patients with pancreatic cancer diagnosed between 1987 and 2001.

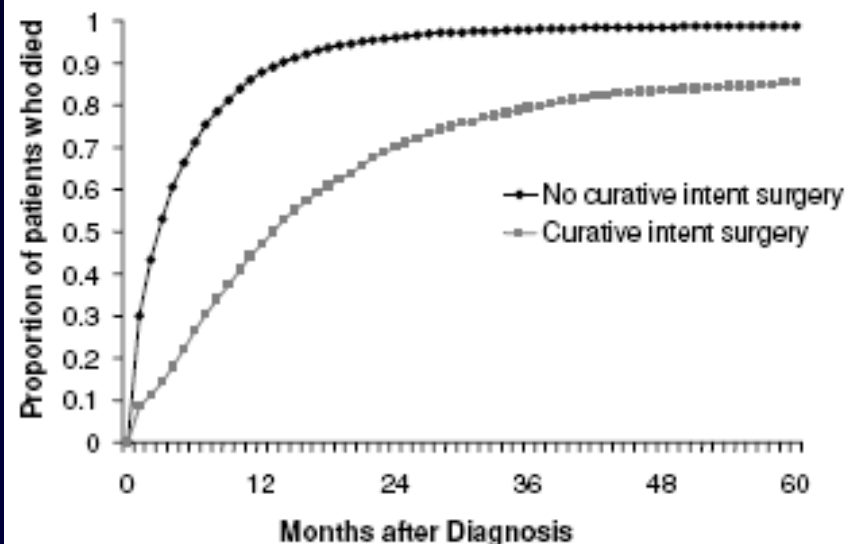


Figure 3. Survival of patients with pancreatic cancer categorized by the receipt of curative intent surgery.

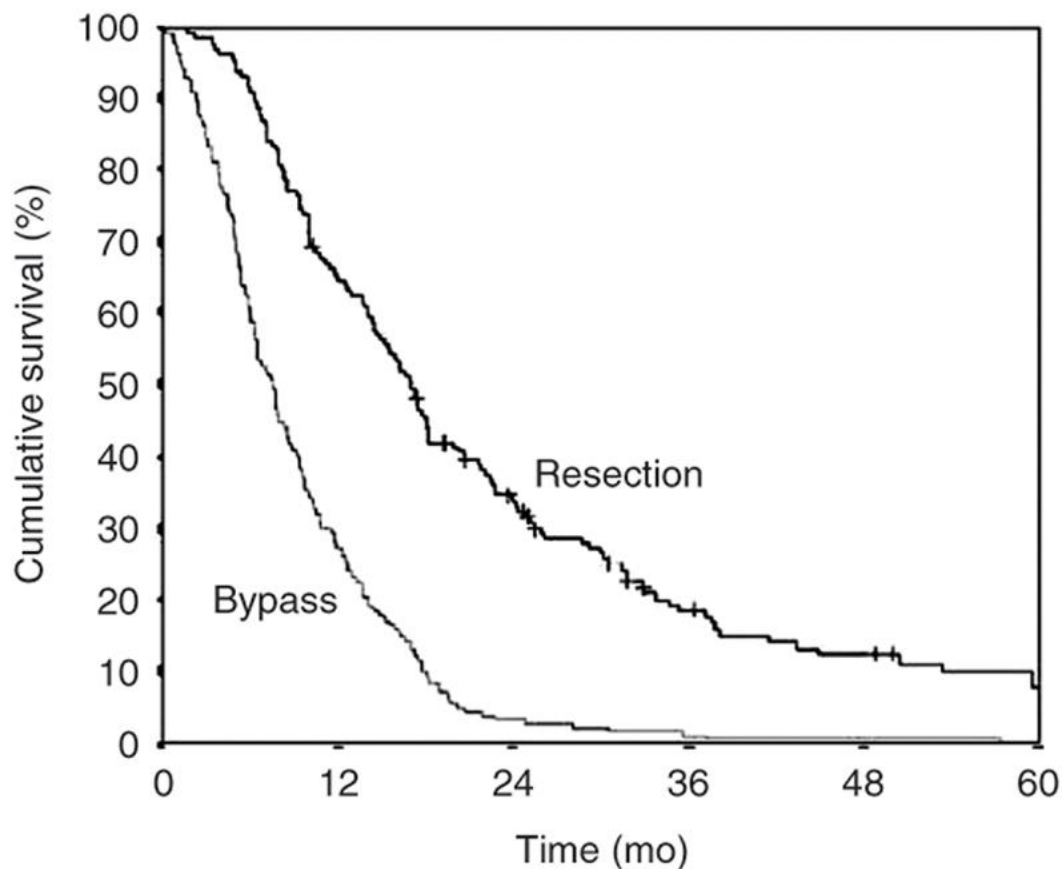


Fig. 55.1. Kaplan-Meier survival curves of patients who underwent a resection ($n = 160$) or a palliative bypass ($n = 183$) in the years 1992-2002. The median survival after resection and bypass was 17 and 7.5 months ($P < .01$).

(Adapted from Kuhlmann KF, et al, 2004: Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma: actual survival and prognostic factors in 343 patients. Eur J Cancer 40:549-558.)

Copyright © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

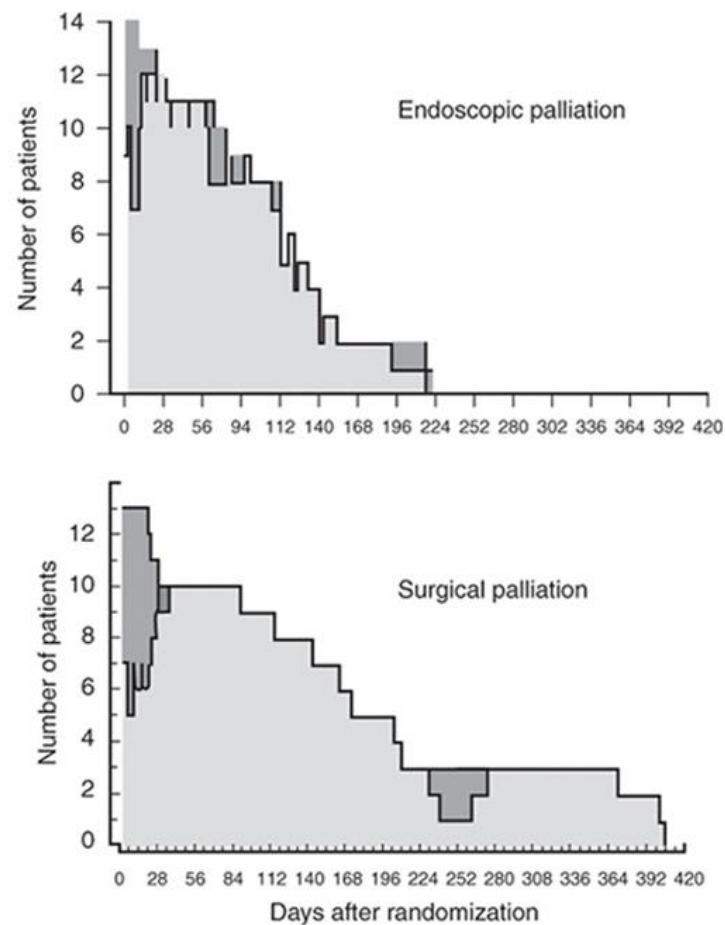


Fig. 55.2. Survival in patients with unresectable peripancreatic carcinoma allocated to endoscopic ($n = 14$) or surgical palliation ($n = 13$). Dark gray areas under the curve represent the time spent in the hospital.

(Adapted from Nieveen van Dijkum EJ, et al, 2003: Laparoscopic staging and subsequent palliation in patients with peripancreatic carcinoma. Ann Surg 237:66-73.)

Copyright © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

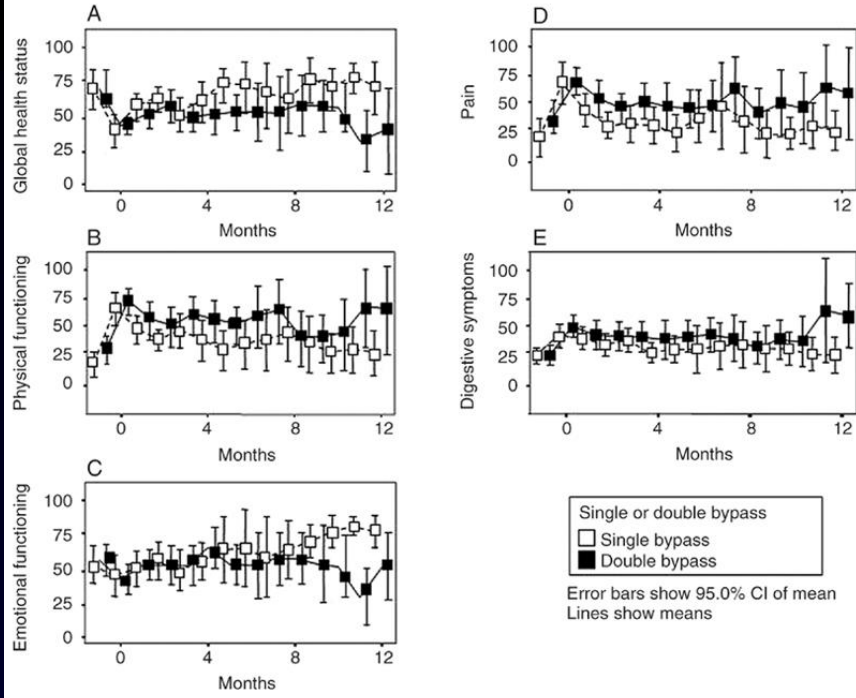
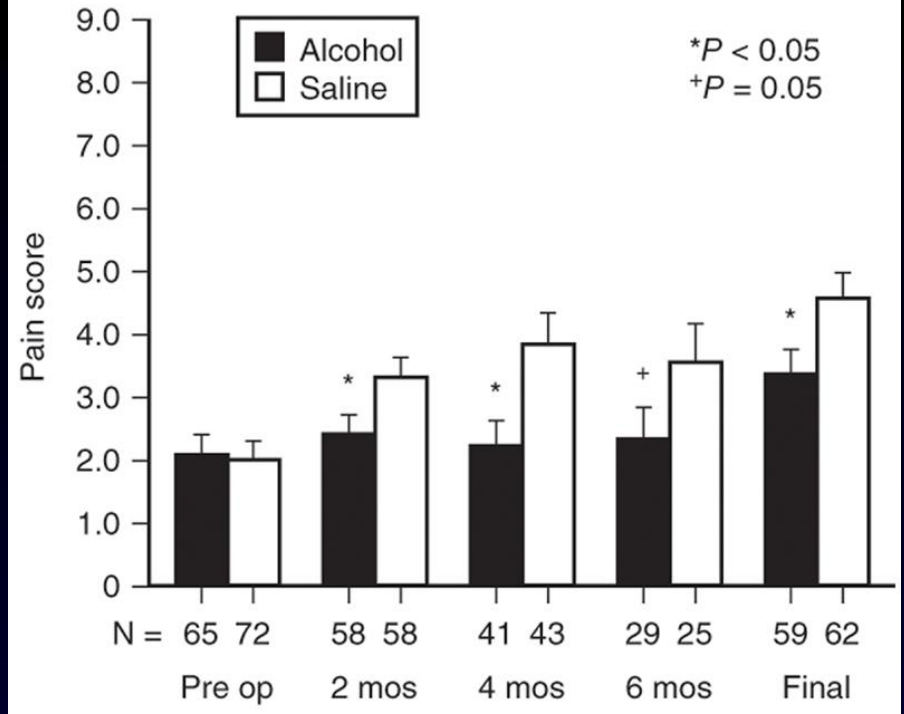


Fig. 55.4. Quality of life graphs representing the 12 months after surgery of patients randomized to receive a double or single bypass. The left side of the graph represents the time of the operation. The nonimputed subscales of the A, global health status; B, physical functioning; C, emotional functioning; D, pain; E, digestive symptoms.

(Adapted from Van Heek NT, et al, 2003: The need for a prophylactic gastrojejunostomy for unresectable pancreatic cancer: a randomized multicenter trial with special focus on assessment of quality of life. *Ann Surg* 237:147-155.)
Copyright © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.



logue scale) measured at the preoperative; 2-, 4-, and 6-month; and final assessments for all patients.

micul splanchnicectomy in patients with unresectable pancreatic cancer: a prospective randomized trial. *Ann Surg* 217:447-455.)
Copyright © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

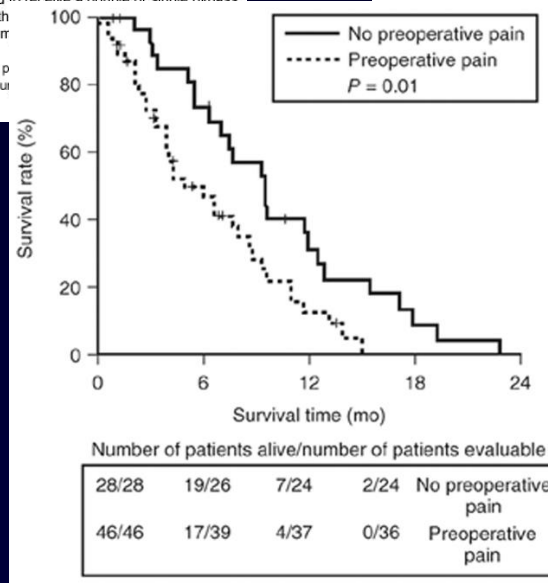


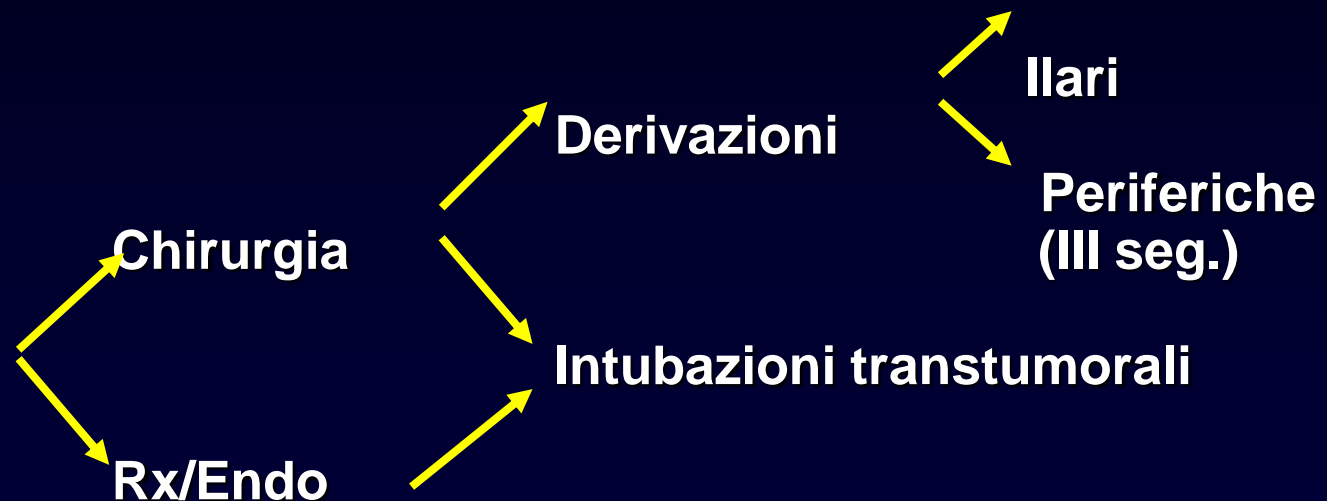
Fig. 55.6. Survival of 74 patients with or without preoperative pain who underwent a palliative bypass for nonresectable pancreatic adenocarcinoma.

(Adapted from Van Geenen RC, et al, 2002: Pain management of patients with unresectable peripancreatic carcinoma. *World J Surg* 26:715-720.)
Copyright © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

CANCRO DELLA COLECISTI E DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE

- Circa 80% sono T₃-T₄ alla scoperta
- 25-70% non resecabili

● Palliazione



PRINCIPI BASE

- **LA RESECABILITA' DEVE ESSERE DETERMINATA PREOPERATORIAMENTE**
- **EVITARE LA LAPAROTOMIA ESPLORATIVA IN MALATTIA AVANZATA**
- **LA LAPAROTOMIA DEVE ESSERE TERAPEUTICA E NON DIAGNOSTICA**
- **NON ESISTE IL RAZIONALE DI UNA RESEZIONE PALLIATIVA (sopravvivenza a margini positivi analoga ai non resecati)**
- **I CASI NON RESECABILI SONO DA PALLIARE CON TECNICHE ENDOSCOPICHE, RADIOLOGICHE, CHEMIOTERAPICHE, ANTALGICHE**

La strategia terapeutica palliativa: evidenze e controversie Ittero colostatico

80% dei pazienti con carcinomi bilio-pancreatici, al momento della diagnosi, non sono candidati a resezioni curative

> trattamento palliativo

Palliazione di:

- Ittero
- Ostruzione duodenale
- Dolore

Scopo della palliazione

- Ridurre l'ittero
- Alleviare il prurito
- Prevenire le colangiti
- Evitare l'insuff. epatica da colestasi
- Ridurre il dolore



**Migliorare
la qualità
di vita**



**Adottando le tecniche
meno invasive**

Trattamento palliativo del tumori biliopancreatici

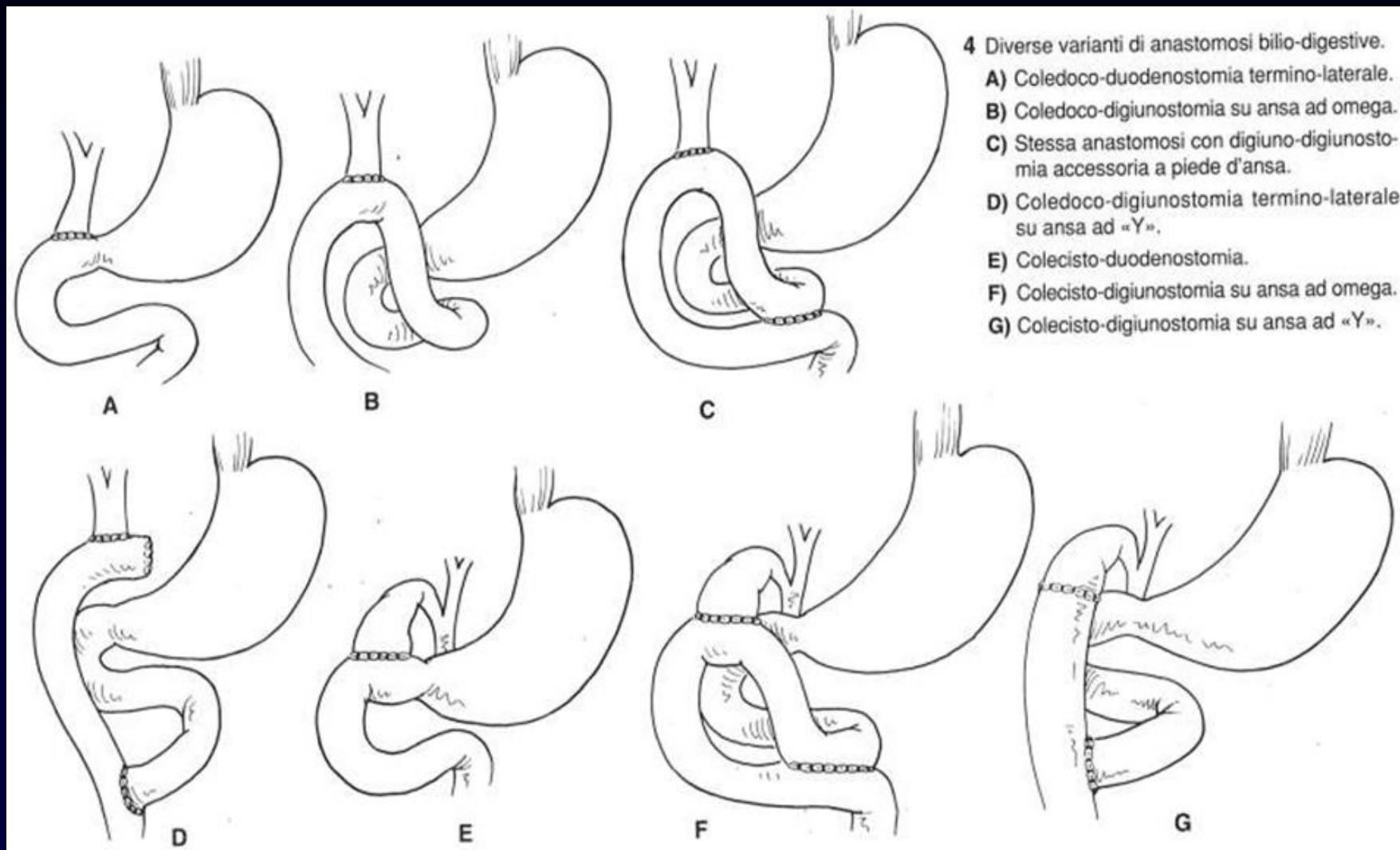
Drenaggio biliare
endoscop/radiol

Endoscopico

Percutaneo

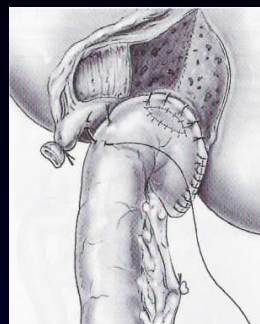
Chirurgico

Anastomosi biliodigestive

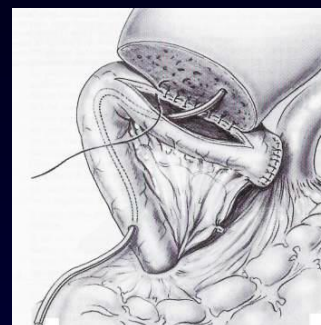


ANASTOMOSI INTRAEPATICHE

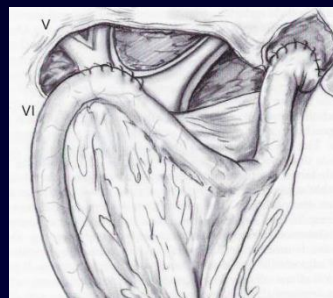
Anastomosi intraepatica sn.



Anastomosi intraepatica dx.

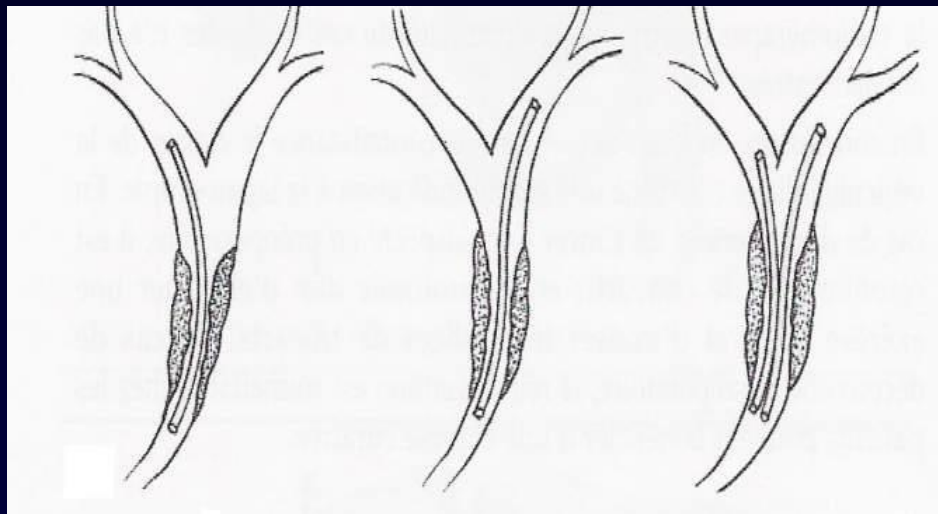


Anastomosi intraepatica bilaterale

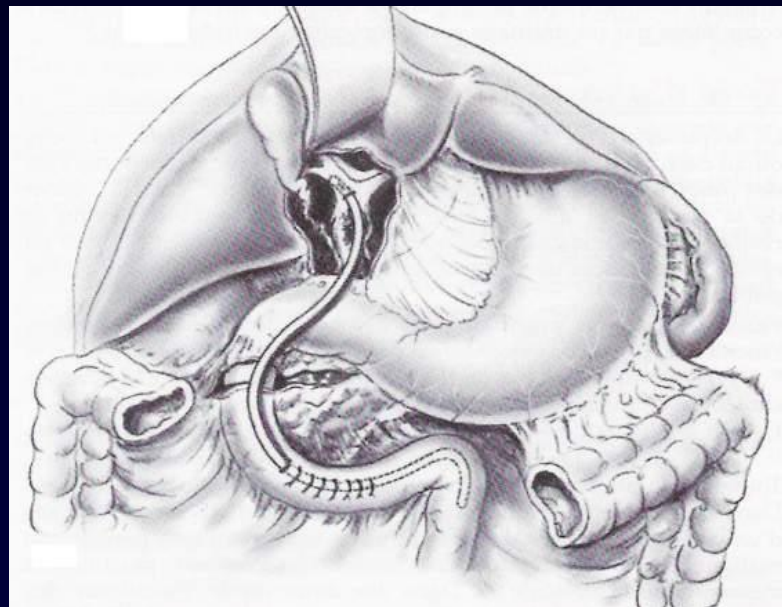


Il drenaggio del 30% del parenchima epatico è in genere sufficiente per ottenere la regressione dell'ittero e la scomparsa del prurito.

Intubazione transtumorale sec. Huguet



Protesi di Kron



Neoplasie delle vie biliari

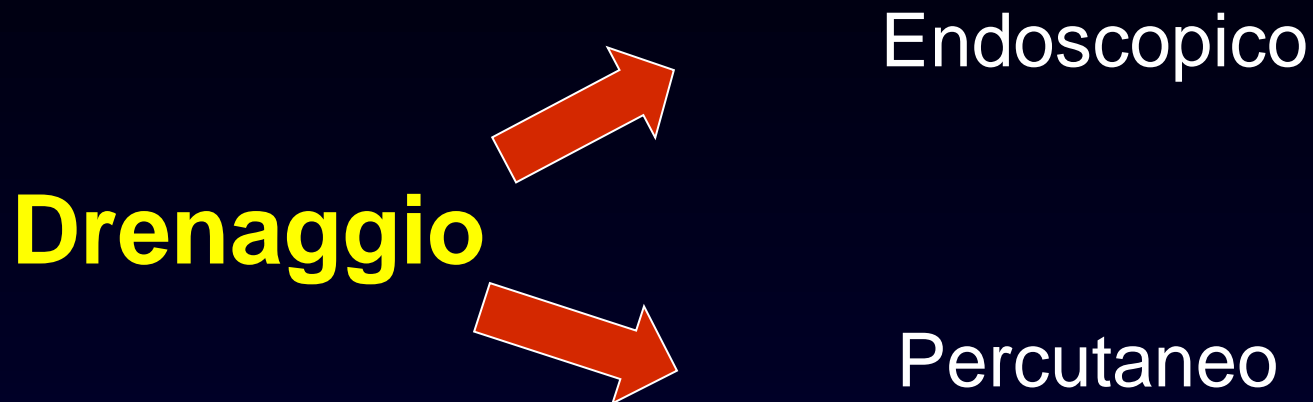
RISULTATI CHIRURGIA PALLIATIVA

Mortalità correlata alla sede del tumore ed alla tecnica utilizzata.

Mortalità inferiore al 2% nelle derivazioni al 1/3 mediodistale della VB principale e dal 7 al 25% per le anastomosi prossimali.

Sopravvivenza mediana 8-10 mesi; nulla a 5 anni.

Migliore compliance nella derivazione chirurgica rispetto al drenaggio interno che ha una recidiva dell'ittero vicina al 20%



Risultati a breve termine sovrapponibili

Non si escludono ma sono complementari

Risorse locali

Parametri da considerare prima del posizionamento di endoprotesi

- aspettativa di vita
- sede della stenosi
- estensione della stenosi
- pregressa chirurgia gastrica
- presenza di atrofia di un lobo epatico
- N° di stent da posizionare

Endoprotesi

Metalliche autoespandibili

Wallstent
Strecker
Gianturco
Endocoil
Diamond

Plastica

In teflon
In polietilene
In poliuretano

Endoprotesi in plastica

Vantaggi

- Facilità di posizionamento
- Rimovibili
- Basso costo

Svantaggi

- Piccolo diametro (10-12 F)
- Breve pervietà media (2- 4 m)
- Migrazione

Endoprotesi metalliche

Vantaggi

Maggior diametro (30 F)

>Durata pervietà (4-6 m)

Drenaggio anche delle branche secondarie

Svantaggi

Costose

Non rimuovibili

Maggiore esperienza dell'operatore

Palliazione endoscopica con endoprotesi

Successo

T. distale : 90%

T. prossimale 55-80% rischio di colangiti

Complicanze

Durante
il posizionamento:

Sanguinamento
Perforazione duodenale
Perforazione dotti biliari

Precoci

Pancreatite acuta (1,5%)
Colangite acuta (10%)

Tardive

Ostruzione
entro 2-6 mesi
Dislocazione

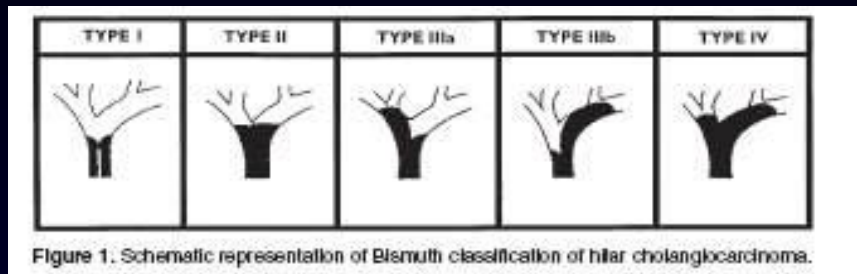
Palliazione del colangiocarcinoma

Tumore distale

via endoscopica

Singolo stent

Tumore prossimale



-tipo I

via endoscopica
(via percutanea)

Singolo stent

-tipo II-III

via endoscopica
via percutanea

Non consenso se singolo
e multipli stents

-tipo IV

via percutanea
(via endoscopica)

Drenaggio biliare percutaneo

Modalità di trattamento

- ~~**Drenaggio esterno**~~
- **Stent in plastica**
- **Stent metallico: bare stent
covered stent**
- **Drenaggio esterno-interno**

Palliazione chirurgica

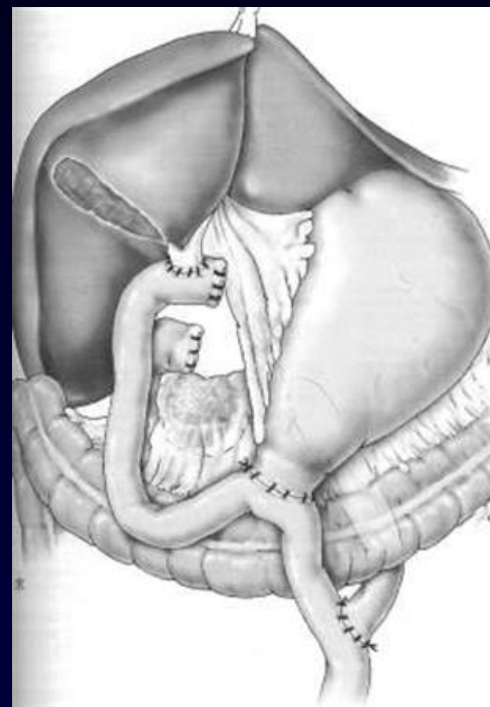
Trattamento chirurgico: palliazione dell'ostruzione Duodenale

Si sviluppa nel 11-20% dei casi, ma solo il 5% presenta il sintomo nelle fasi iniziali della malattia.

Gastroenterostomia “profilattica”?

Doppio by-pass?

Palliazione dell'ostruzione Duodenale



Palliazione chirurgica

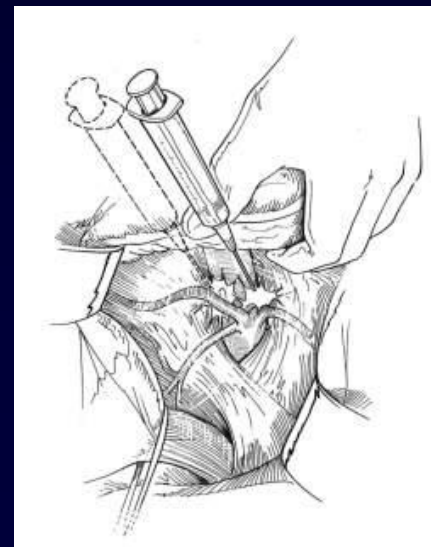
Trattamento chirurgico : palliazione del dolore

Il dolore delle patologie retroperitoneali può essere difficile da controllare farmacologicamente.

La neurolisi del plesso celiaco può controllare efficacemente il dolore nelle neoplasie pancreatiche avanzate e può essere eseguita per via chirurgica, endoscopica e radiologica.

Interessante la correlazione tra dolore e prognosi del ca pancreatico, che è migliore nei pazienti con buon controllo dolore

(Lillemoe, 1993)



Terapie palliative nel cancro colorettale

Terapie palliative

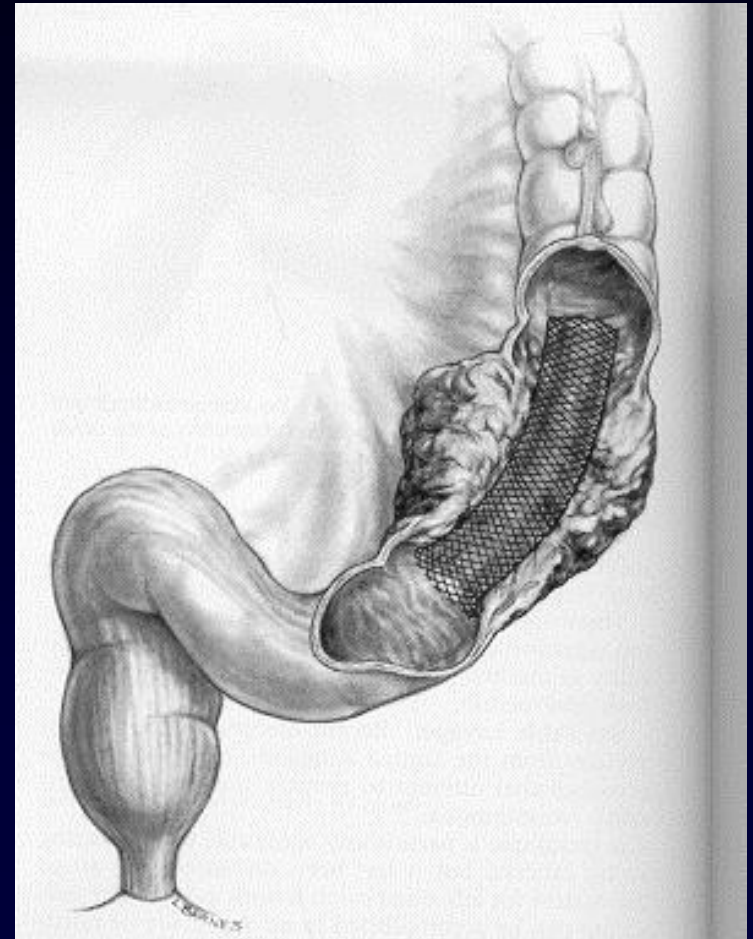
Quando in prima linea?

- **Malattia metastatica diffusa**
- **Per controllare i sintomi**
- **Per prevenire o alleviare l'ostruzione**
- **Per evitare le complicanze di un'eventuale resezione radicale**

Terapie palliative

Opzioni

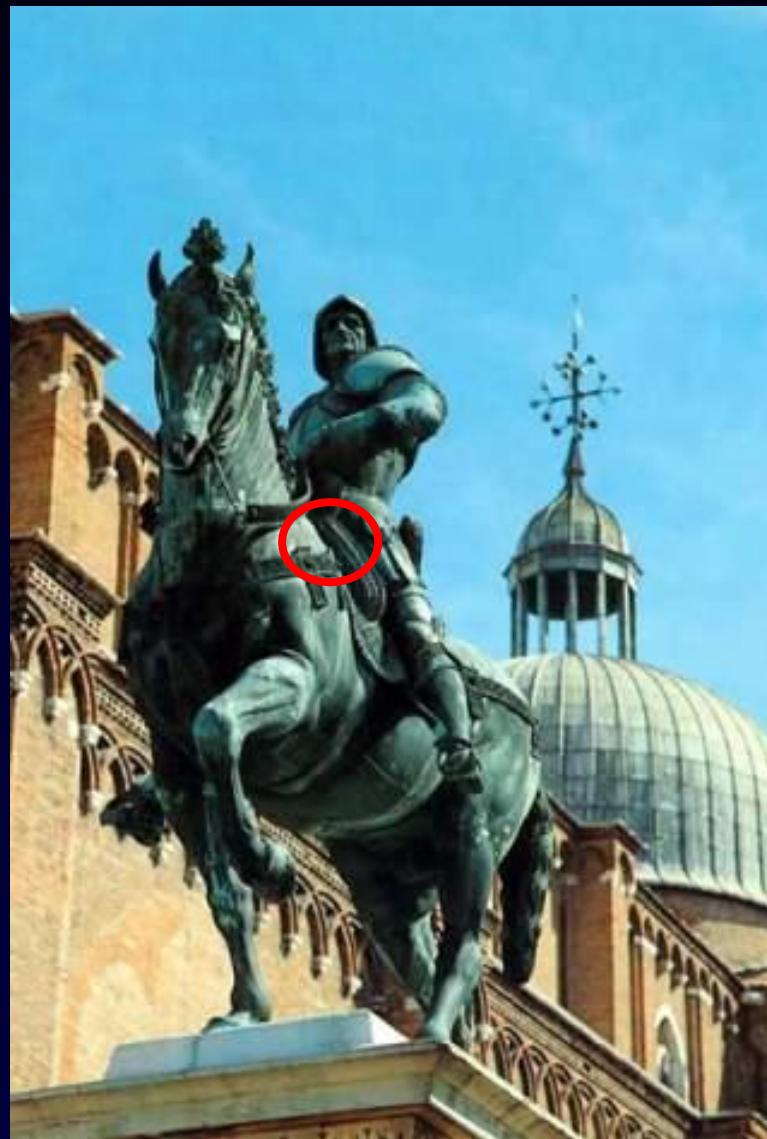
- Radio-chemioterapia
- Posizionamento di stent
- Brachiterapia
- Laser terapia
- Colostomia - ileostomia



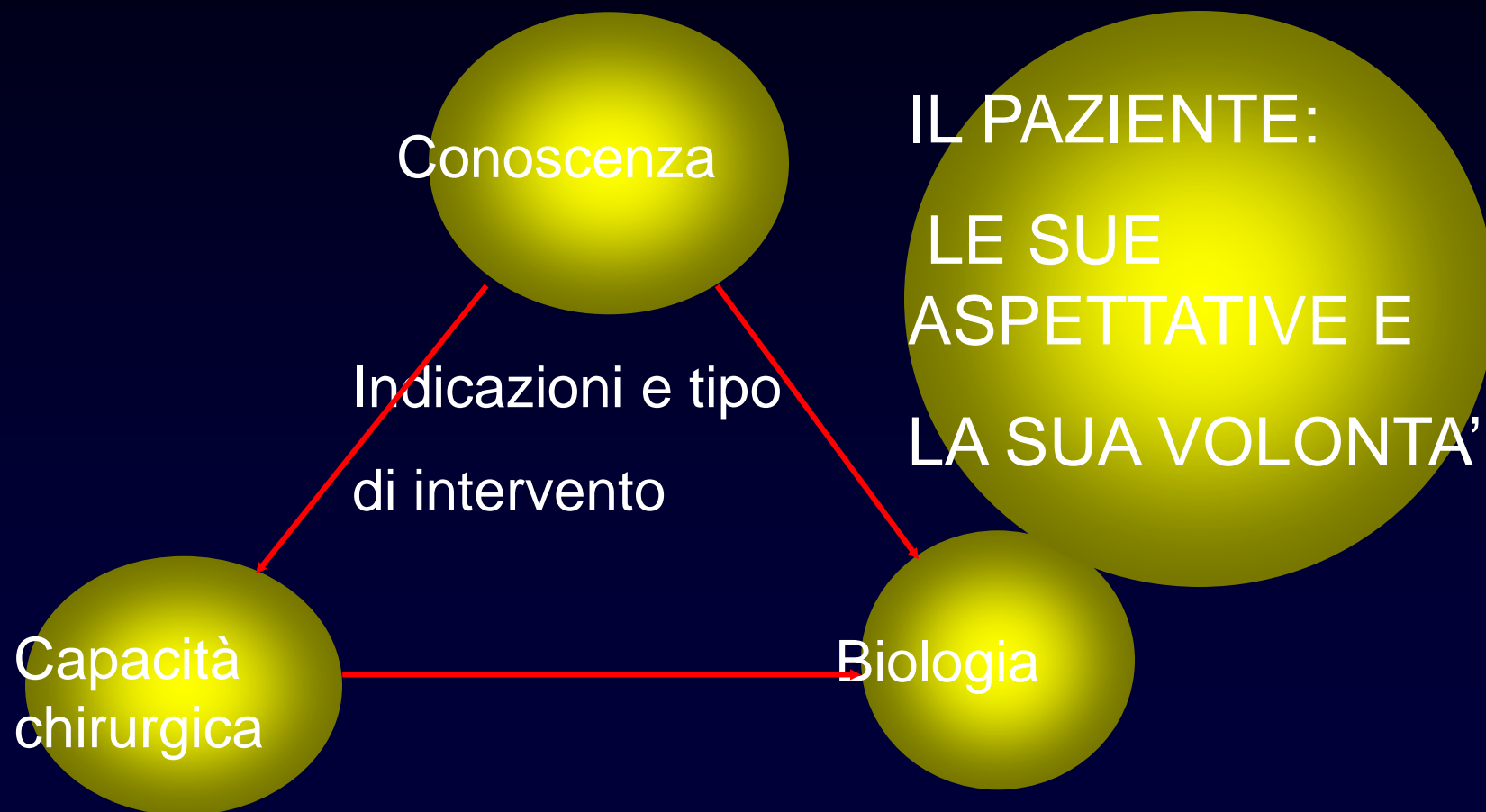
"Il calcolo delle probabilità"

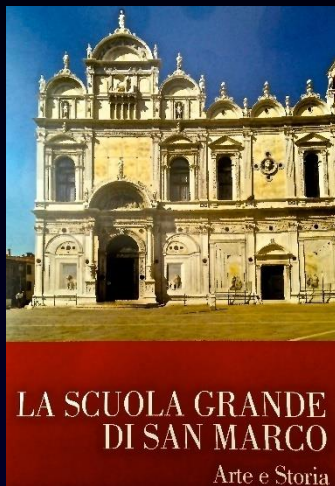


Un delirio di onnipotenza! (I)



Una difficile sintesi: la legge delle 4 palle (II)





LA SCUOLA GRANDE
DI SAN MARCO
Arte e Storia



Le strade si dividono

Il paziente giudicato non resecabile

✓ **All'atto dell' intervento**

✓ Nella fase diagnostica

a. Localmente avanzato

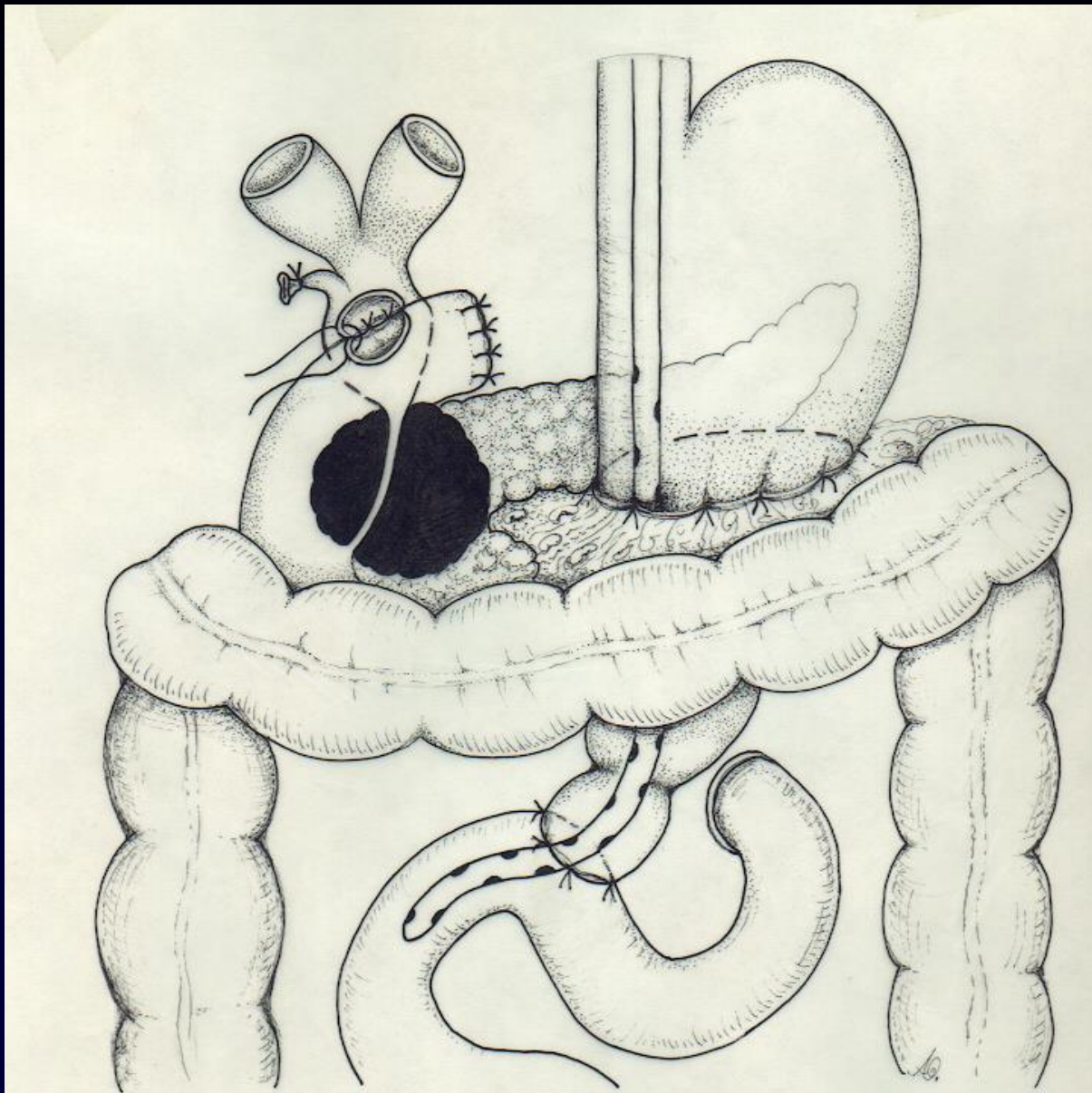
b. Metastatico

La gastroenteroanastomosi “profilattica”

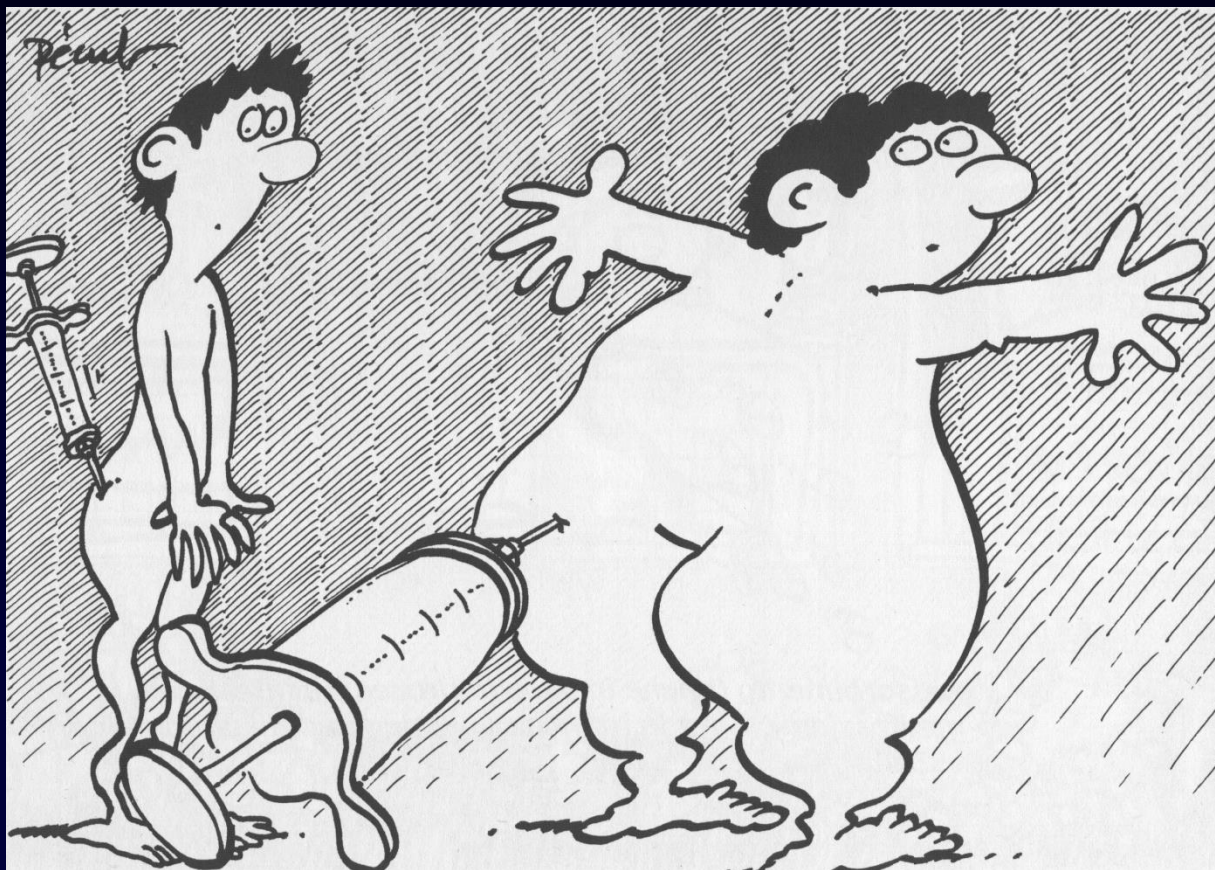
GEA + biliare vs. biliare

Autore	anno	morbilità	mortalità	occlusione in follow-up
Lillemoe	1999	32 % vs. 33 % (p = 0.001)	nessuna differenza	0 % vs. 19 % (p = 0.001)

La trasposizione gastrica



Un secondo must: la tipizzazione



Le strade si dividono

Il paziente giudicato non resecabile

- ✓ All'atto dell' intervento

- ✓ **Nella fase diagnostica**

 - a. Localmente avanzato

 - b. Metastatico

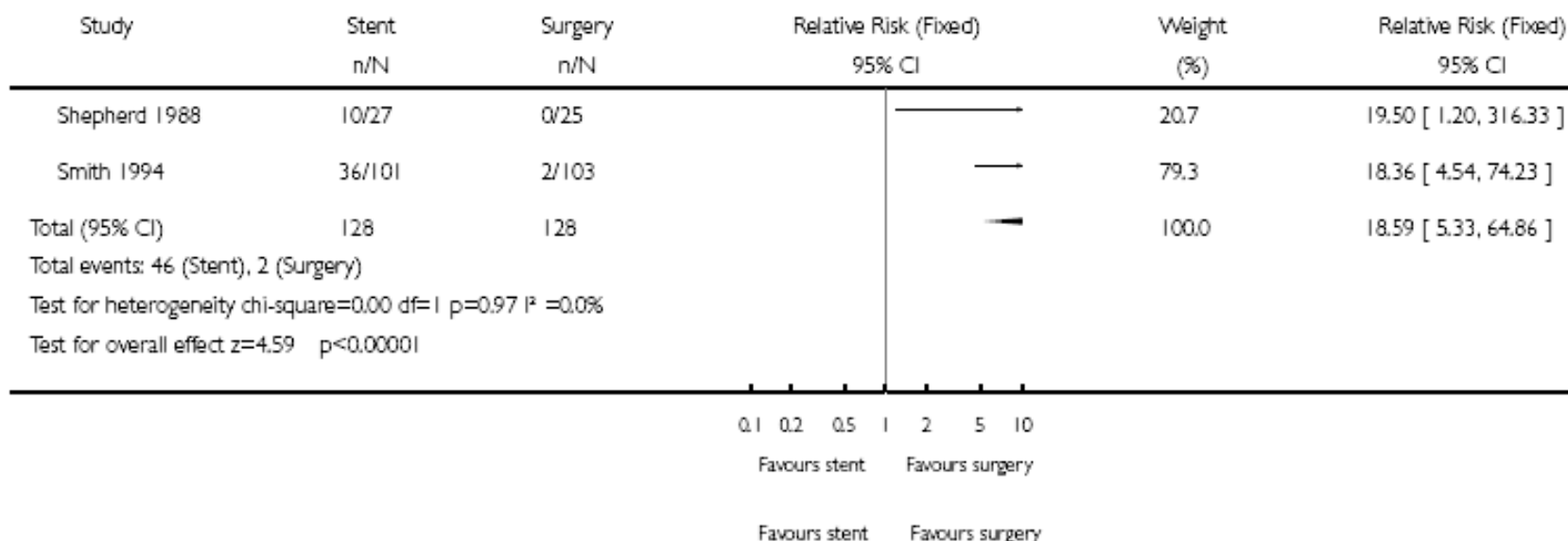
Il localmente avanzato itterico operare vs. non operare

Analysis 01.06. Comparison 01 Stent versus Surgery, Outcome 06 Recurrent biliary obstruction prior to death / end of study

Review: Palliative biliary stents for obstructing pancreatic carcinoma

Comparison: 01 Stent versus Surgery

Outcome: 06 Recurrent biliary obstruction prior to death / end of study



Tuttavia

operare vs. non operare

Table 2. Effect of Surgical and Endoscopic Biliary Drainage on the Outcome and Cost of Care of Patients with Biliary Obstruction and Metastatic Pancreatic Cancer

Outcome	Endoscopic Group (N = 15)	Surgery Group (N = 15)	<i>p</i> Value
Biliary drainage procedure			
Relief of biliary obstruction (%)	100	100	1.0
Procedure-related mortality (%)	0	0	None
Procedure-related morbidity (%)	20	26	0.71
Postoperative complications (%)	33	47	0.43
Early onset complications (%)	20	33	0.092
Late onset complications (%)	20	26	0.12
Readmission for complications (N)	26	40	0.054
Duration of survival (days) (mean \pm SD)	162 \pm 57	202 \pm 71	0.0617
Cost of care (US\$)			
1. Hospital stay (mean \pm SD)	417 \pm 192	5,130 \pm 1,322	0.0002
2. Drainage procedure (mean \pm SD)	2,832 \pm 519	3,821 \pm 1,181	0.031
3. Cost of care during the first 30 days (mean \pm SD)	3,122 \pm 877	6,591 \pm 711	0.001
4. Cost of care of complications	2,718.2 \pm 197.4	7,112.2 \pm 171.1	0.007
5. Total cost of care till death (mean \pm SD)	4,271 \pm 2,411	8,321 \pm 1,821	0.0013

Le strade si dividono

Il paziente giudicato non resecabile

- ✓ All'atto dell'intervento

- ✓ **Nella fase diagnostica**

- a. Localmente avanzato

- b. **Metastatico**

Tipizza ma...

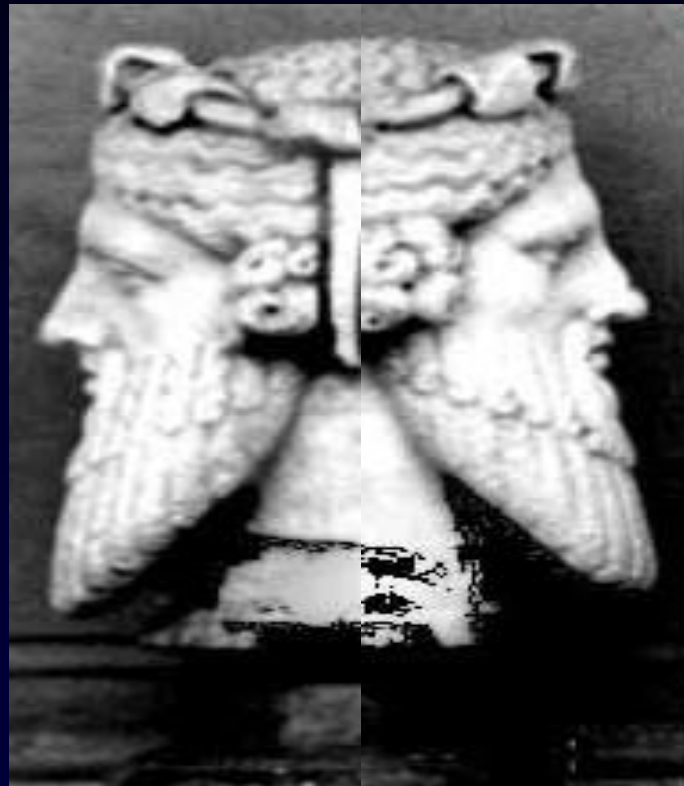


Ipotesi di lavoro: il domani



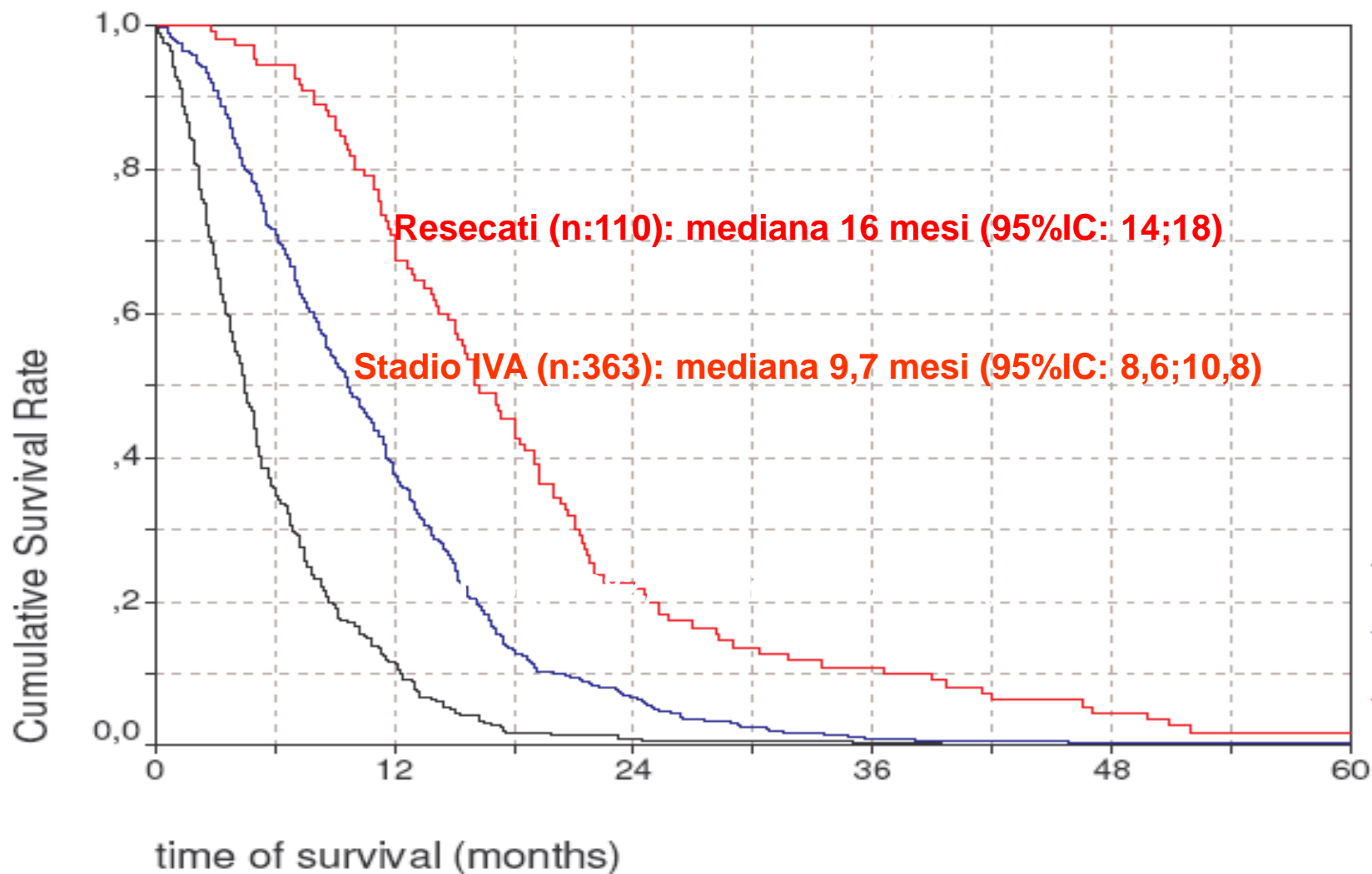
L'atteggiamento schizoide del chirurgo

- ✓ EUS
- ✓ PET
- ✓ Washing
- ✓ Laparoscopia

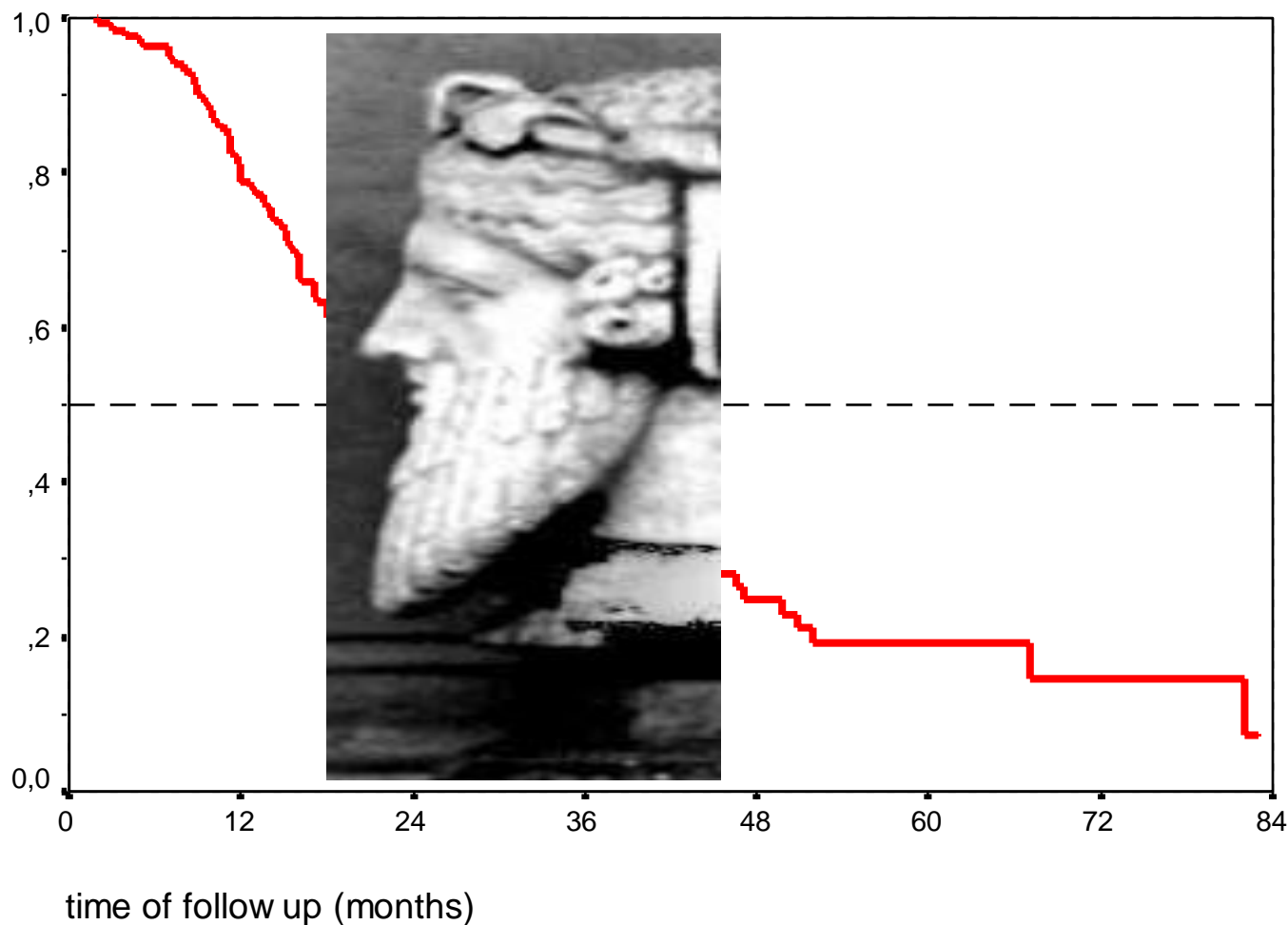


Chirurgia anche
“estrema”

La verità che ci viene da chi non ce l'ha fatta



Il risultato netto e le ragioni di entrambi



Il risultato netto e le ragioni di entrambi

