

## STUDII CLINICE

Clinica Chirurgicală nr. 1 (cond.: prof. dr. E. V. Bancu, doctor-docent)  
din Tirgu-Mureş

### REZULTATE IMEDIATE ŞI TARDIVE ÎN CHIRURGIA CANCERULUI COLORECTAL

E. V. Bancu, A. Keresztessy-Kosztá, T. Grozescu, C. Copotoiu, Ş. Bancu,  
M. Baghiu, M. Eşianu, T. Bara, M. Coroş, Liliana Tarău

Concerul de colon şi rect dă o frecvenţă tot mai mare printre îmbolnăvirile maligne ale tubului digestiv, ocupînd locul al doilea după cancerul gastric.

Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tirgu-Mureş a avut preocupări serioase în această chirurgie, preocupări ce au depăşit ca longevitate o perioadă de 3 decenii.

Acum cînd ne găsim în etapa unei retrospective am putea afirma că strădaniile noastre au fost deosebite pe tărîmul acestei chirurgii, care este grevată şi astăzi de riscuri procurate mai ales de infecţie şi de o serie de particularităţi anatomice care fac din acest teritoriu digestiv un cîmp de acţiune chirurgicală precar datorită unor ţesuturi mai fragile şi mai rău vascularizate.

Succesele spectaculare observate în ultimul timp pe plan mondial în chirurgia colorectală îşi au rădăcinile în cunoştinţele mai bune de anatomie vasculară sangvină şi limfatică a acestui mare teritoriu, în progresele realizate în anestezie, în pregătirea generală şi locală a bolnavilor de operat. Nu trebuie neglijate nici progresele tehnice pe linia materialelor de sutură prin folosirea aproape exclusivă a acelor atraumatice şi a materialelor sintetice monofil precum şi a aparatului sofisticate de sutură mecanică a colrectului. Îngrijirea postoperatorie a bolnavilor operaţi reprezintă şi ea un pilon de bază al succeselor şi nu trebuie neglijată nici acea fericită ocazie în care un serviciu de chirurgie poate să colaboreze cu un serviciu de terapie intensivă competent.

Chiar dacă toate condiţiile de mai sus sînt reunite, chirurgia colrectului rămîne o chirurgie de hotar care are menirea prin dificultăţile şi anvergura ei să dea marcă serviciului de chirurgie, care pentru a obţine rezultate bune, trebuie să aibă echipe bine antrenate atît pentru operaţii la rece cît şi în urgenţă, cunoscut fiind faptul că diferitele complicaţii ale cancerului colorectal care reclamă operaţii de urgenţă duc la deteriorarea prognosticului celor operaţi.

Majoritatea hotărîtoare a autorilor sînt de acord că îmbolnăvirea prin cancer colorectal survine în decadele 6—7—8 de viaţă, fapt ce agravează prognosticul bolnavilor, verificat fiind adevărul că vîrsta înaintată poate fi o tară a unor bolnavi ce se găsesc în faţa unei mari intervenţii chirurgicale.

Între anii 1968—1983 în Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tîrgu-Mureș au fost internați 936 de bolnavi cu cancer al colonului și rectului.

Din această statistică au fost studiați un număr de 633 bolnavi — internați consecutiv — și care au avut înscrși toți parametrii pe care ni i-am fixat spre studiu (1968—1982).

Dacă urmărim defalcarea bolnavilor pe ani (fig. nr. 1) ne dăm seama că numărul internărilor crește progresiv. În anul 1968 au fost internați 39 bolnavi, iar în 1981 (an de vîrf) 103 cazuri.

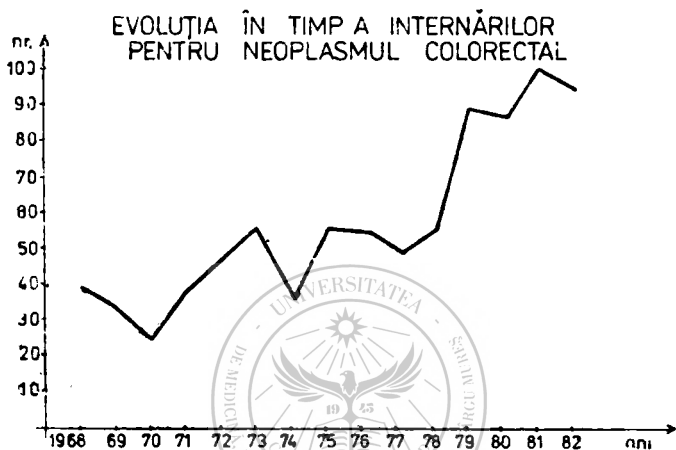


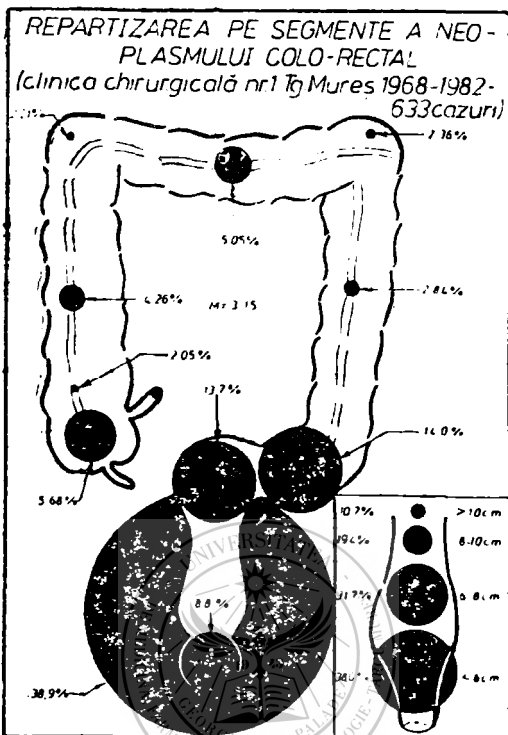
Fig. nr. 1

Creșterea frecvenței bolnavilor internați se datorește pe de o parte creșterii numărului îmbolnăvirilor în teritoriul pe care-l deservim — dar mai ales adresabilității crescute către clinica noastră a unor bolnavi din cele mai variate regiuni ale țării în special pentru cancer de rect.

În ceea ce privește localizarea cancerului colorectal trebuie să facem o precizare — toate acele cancere, pentru îndepărtarea cărora în limite de securitate oncologică le este necesară și rezecția unei porțiuni a rectului, trebuie să fie clasificate la cancerul rectal așa cum fac majoritatea chirurgilor. Noi am clasificat la localizare și cancerul joncțiunii rectosigmoidiene.

Dintr-o simplă privire orientativă (fig. nr. 2) ne dăm seama că cea mai frecventă localizare a cancerului intestinului gros este la nivelul rectului — reprezentînd  $61,4^{0}/_{0}$  — atunci cînd includem și cancerul joncțiunii rectosigmoidiene ( $13,7^{0}/_{0}$ ). Cancerul sigmoidian ocupă locul al doilea în orice circumstanță,  $14^{0}/_{0}$  cînd luăm numai localizarea la buclă și  $27,7^{0}/_{0}$  dacă am adăuga și tumorile joncțiunii la localizarea sigmoidiană.

Putem spune că pe porțiunea de sub colonul iliac (sigmă, rect) sînt localizate peste  $75^{0}/_{0}$  din cancerele intestinului gros — așa cum reiese



din statistica noastră. Cele mai rare localizări sînt ale colonului descendent (2,84%) și ale flexurii hepatice și lienale (2,21% respectiv 2,36%). Dacă sumăm cele două localizări (colon descendent și flexură lienală) la cea sigmoidiană ajungem la un procentaj de peste 19% — cancere ce dau cele mai multe complicații postoperatorii atît datorită necesității de a opera uneori în urgență cît și datorită dificultăților date de tehnica chirurgicală, de septicitatea crescută a regiunii și de posibilitățile precare de a putea pregăti uneori acest segment colic. Tocmai în aceste localizări vin în discuție foarte adesea operațiile seriate sau colostomiile de protecție în amonte pe colonul restant. Gravitatea operațiilor practicate pe colonul sigmoidian rezultă și din faptul bine cunoscut că rezecțiile segmentare de teapa operației Rejbard nu mai sînt bine văzute. experiența arătînd nesiguranța lor în ceea ce privește respectarea principiilor oncologice și slabele rezultate la distanță. De altfel cunoașterea mai bună a circulației limfatice de la nivelul colonului transvers a redus exerezele segmentare și în cazul localizării la acest nivel a tumorii — operațiile limitate rezervîndu-se bolnavilor vîrstnici și cu tare organice serioase.

După cum vedem, trăim astăzi o era nouă a hemicolectomiilor mai mult sau mai puțin extinse, hemicolectomia dreaptă pentru cancerul colonului transvers putînd fi lărgită pînă sub unghiul lienal al colonului în anumite circumstanțe.

Un alt factor etiologic pe care l-am studiat printre altele a fost acela al sexului și am constatat pe cei 633 bolnavi că diferențele între îmbolnăvirile la bărbați și femei nu au fost esențiale (54,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> față de 45,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Canceralele cele mai joase (anorectale) sînt de 2 ori mai frecvente la femei, iar cancerul colonului drept de 2 ori mai frecvent la bărbați. În restul regiunilor frecvența tumorilor este asemănătoare la bărbați și femei.

În ceea ce privește cancerul rectal este bine cunoscut la noi aforismul lui *Mandache* că la 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din bolnavii cu cancer rectal diagnosticul se află în virful indexului care palpează la tușeu rectal. Am putea deduce de aici că 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din aceste cancere se găsesc la sub 10 cm de la limita mucocutanată a anusului. În cazuistica noastră 89,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din cancererele rectale se găsesc sub 10 cm de anus, iar 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din acestea sînt sub 6 cm.

Astăzi este bine cunoscut faptul că pînă la 6—7 cm de limita mucocutanată vasele limfatice sînt orientate numai ascendent. Rezultă de aici faptul că toate tumorile localizate sub 7 cm trebuie rezecate larg, cu îndepărtarea aparatului sfincterian și terminate cu anus contra naturii iliac stîng. Dacă noi am înregistrat la cei 633 bolnavi studiați că la 61,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> tumorile a avut localizare rectală și că la 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dintre aceștia au avut tumorile localizate sub 6 cm și 31,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> între 6 și 8 cm, rezultă că necesitatea rezecției abdominoperineale cu anus iliac definitiv a fost necesară în mult mai mult de 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dintre cancererele rectale. Cifra dată de noi este superioară aceleia dată de *Mandache* (26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) la Congresul Internațional de la New Orleans (1974) pe 482 rezecții consecutive de rect.

Incidența de vîrf a cancerului colorectal în cazuistica noastră a fost în decada a 7-a și după ea (33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) față de o comunicare recentă din Glasgow (*Am.J.of Surg.*, 1984) în care în decada a 8-a și după ea au colonului stîng este hotărîtoare și că operațiile seriate vin mai ales aici în îmbolnăvirea cînderoasă colorectală apare tot mai frecvent la vîrste foarte înaintate, întîmplarea constituind un factor de risc chirurgical de care trebuie să ținem seama în tratamentul acestor bolnavi.

Durata medie de la apariția primelor semne de boală la internarea bolnavilor a fost de 12 luni. Majoritatea bolnavilor (39,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) s-au internat în primele 6 luni; 9,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> s-au prezentat la un interval de sub o lună de la apariția simptomelor iar 14,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> se prezintă în urgență datorită apariției complicațiilor.

Depistarea bolnavilor în stadiul I sau în stadiul A după *Dukes* este foarte rară. La noi doar în 7,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> bolnavii au fost internați în stadiul I. În comunicarea din Glasgow (1984) doar 10 bolnavi din 456 au fost operați în stadiul A și toți au supraviețuit la 5 ani.

În ceea ce privește simptomatologia — rectoragia este prezentă cu atît mai frecvent cu cît tumoarea este mai jos situată. Ea s-a manifestat la 65,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> a bolnavilor cu tumori rectale, la 39<sup>0</sup>/<sub>0</sub> a celor cu tumori sigmoidiene și la 15,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> a bolnavilor cu tumori localizate în restul colonului.

Tulburările de tranzit în sensul ocluziei și subocluziei au fost cele mai frecvente în cazul tumorilor jos situate pe colonul stîng (39<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). În-

jumătățindu-se pentru localizările rectale și ale colonului drept.

Majoritatea autorilor sînt de acord că a opera în urgență pentru ocluzie sau peritonită, înseamnă a umbri prognosticul imediat postoperatoriu dar și procentajul supraviețuirilor la distanță.

Dacă obstrucțiile colonului drept nu aduc riscuri atît de mari cu ocazia hemicolectomiilor drepte efectuate în urgență, a opera bolnavul cu ocluzie procurată de obstacol tumoral pe colonul stîng înseamnă a opera un bolnav nepregătit local și a face suturi într-un mediu foarte septic, fapt ce compromite anastomozele și agravează prognosticul imediat postoperatoriu. Am ajuns la concluzia că răbdarea în chirurgia colonului stîng este hotărîtoare și că operațiile seriate vin mai ales aici în discuție. Operația minimă (colostomia de degajare) este adesea salutară în asemenea cazuri ea permițînd atît o curățare și aseptizare a colonului de operat cît și o remontare a unui bolnav vîrstnic și tarat atunci cînd este cazul.

Perforațiile paratumorale sau diastatice — la distanță — sînt cauzele complicațiilor prin peritonită. Această incidență a fost întilnită de noi de 23 ori pe cele 633 de cazuri. La 9 bolnavi dintre aceștia s-a ajuns la fistulizări iar la 14 la peritonite generalizate sau localizate. La

La toți bolnavii internați în clinică li s-au făcut examinări paraclinice pentru stabilirea diagnosticului, pentru diagnosticul diferențial uneori, pentru descoperirea unor tare organice în vederea stabilirii momentului operator și pentru determinarea riscului anestezic și chirurgical. Au fost necesare irigografiile la 150 bolnavi, rectosigmoidoscopii la 120, colonoscopii la 8, pasaj baritat în 25 de cazuri.

Diagnosticul a fost pus corect la marea majoritate a bolnavilor. Diagnosticul de tumoare a fost omis uneori în urgență (ocluzie, peritonită) cînd s-a pus diagnosticul complicației și tumoarea a fost găsită intraoperator.

Nu am găsit în cazuistica noastră ceva deosebit în ceea ce privește forma anatomopatologică a tumorii. Majoritatea tumorilor vegetante se găseau la nivelul rectului și colonului drept și cele schiroase la nivelul colonului stîng.

După examinările histopatologice efectuate postoperatoriu sau după biopsii din tumori rectale am ajuns la concluzia că în marea majoritate a cazurilor (85,6%) a fost consemnat adenocarcinomul, urmînd în ordine polipii malignizați (5,7%), cc. epidermoid, sarcoame și melanosarcoame (2,2%); a fost depistat limfomul malign la 3 bolnavi.

La cei 633 bolnavi s-au efectuat 558 intervenții. Aceste operații au fost efectuate la cei 577 bolnavi nou internați și la cei 56 reinternați. Din cei 577 bolnavi nou internați au fost operați 511 (88,6%), 37 au refuzat intervenția iar la 29 operația a fost contraindicată.

Din totalul de 558 intervenții efectuate la cei 633 bolnavi studiați am consemnat 71,3% operații cu intenție de radicalitate, 23% operații paliative și 5,7% laparotomii (fig. nr. 3).

Din totalul bolnavilor operați în 14,3% s-au efectuat operații seriate.

Operațiile seriate au fost efectuate pentru bolnavi operați în urgență (colostomii, operație Hartmann), sau pentru asigurarea anastomozelor în hemicolectomiile lărgite stîngi sau rezecțiile anterioare (Dixon), mai ales cînd se practică anastomoze colorectale retroperitoneale joase.

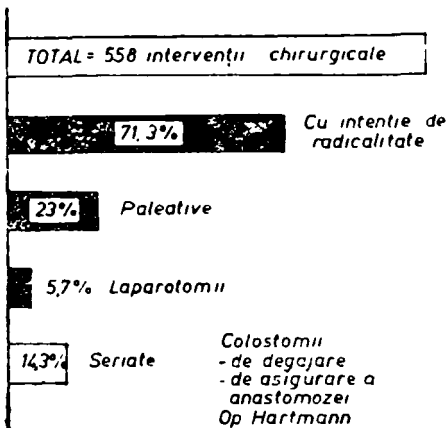


Fig. nr. 3

Operațiile efectuate în intenția extirpării radicale a tumorii:

1. Rezecții de rect abdominoperineale (Miles)	104
2. Hemicolectomii drepte	75
3. Colectomii segmentare (transvers, sigmoid)	56
4. Rezecții anterioare (Dixon)	50
5. Rezecții abdominoendanaale (Babcock sau Bacon-Mandache)	44
6. Rezecțiile colorectale cu telescopare prin can. anal	11
7. Operații Hartmann	20
8. Hemicolectomii stingi largite sau colectomii limitate	38

Au fost efectuate și operații complexe, extirpându-se concomitent cu rectul sau colonul și alte organe: histerectomii, colpectomii posteroare și o colectomie totală, enterotomii segmentare, rezecție gastrică, splenectomii, anexectomii, enteroplicaturi Child-Phillips, chiuraj ganglionar inghinal etc.

Din cele 558 intervenții au fost necesare reintervenții pentru complicații de 69 de ori.

La cele 558 operații am consemnat un număr important de complicații astfel:

- cardiovasculare 24 (tromboze 13, embolii pulmonare 6, decompensări cardiace 5);
- respiratorii 23 (pneumonii și bronhopneumonii 15, infarct pulmonar, 2, EPA 4, abces pulmonar 1, laringită striduloasă 1);
- minore 16: cistite 13, orhiepididimite 1; IRA 2;
- nervoase 11: psihoze exogene 4, pareze radiale 2, pareze ale n. cranieni VI—VII — 2, hemipareze 1, come 2 (infarct cerebral);
- digestive: hematemeze 2, pancreatită ac. edematoasă 1;
- alte complicații: septicemii 5, insuficiență hepatorenală 5, CID 3, icter 3, stop cardiorespirator 6.

La cele 558 operații am avut 67 supurații deosebite ale plăgii (12<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). Am putea spune că privind pe grupe de afecțiuni supurațiile într-un serviciu cu o situație bună pe plan național, cel mai mare număr de supurații ni-l dau de departe intervențiile pe colon și rect.

Complicații locale. Printre acestea amintim insuficiențele de sutură coloenterală, colocolică sau colorectală — care ne-au dat un număr de 25 de cazuri la 558 operații din 633 bolnavi internați. Aceste insuficiențe de sutură de diferite gravități au dat un procentaj de 4,4% — fără folosirea în nici un caz a firelor sintetice cu ace atraumatice, fiind vorba în 17 cazuri de fistule stercoreale la nivelul colonului, 8 dehiscențe colorectale. Am consemnat de asemenea eviscerații în 9 cazuri și dehiscențe serioase ale plăgii la 6 bolnavi.

Am constatat 14 sfacelări de ansă colică terminală la cei 293 bolnavi operați pentru cancer de rect (anse coborâte pentru telescopare transanală, pentru operația Dixon sau pentru anus iliac definitiv).

Au fost înregistrate 7 ocluzii precoce postoperatorii. Ocluzia înaltă sau staza prelungită produsă prin cudarea primei anse jejunale la nivelul ligamentului lui Treitz ne-a hotărât să facem în ultimul timp o anastomoză entero-enterală latero-laterală între D<sub>3</sub> și prima ansă jejunală atunci când coborim colonul transvers în cursul intervențiilor după ligatura arterei și venei mezenterice inferioare.

Pentru studiul rezultatelor postoperatorii imediate am ținut seama de o serie de factori, pentru a putea avea aspecte reale asupra deceselor la bolnavii cu cancer al colonului și rectului și fără tare care să compromită actul operator.

Din cei 558 bolnavi operați, 97 au decedat la un interval de timp inferior a 30 zile de la actul operator, dar din aceștia, 30 erau bolnavi gravi, tarați în decadele VIII și IX de vîrstă, iar la 4 bolnavi s-a practicat doar o laparotomie, cazurile fiind considerate depășite. Dacă raportăm la numărul total de intervenții cu intenție de radicalitate (398) numărul bolnavilor decedați sub 30 de zile de la actul operator, din care am exclus pe cei vîrstnici și tarați și la care s-au practicat rezecții de colon sau colon-rect (40), obținem un procentaj de 10%, ceea ce reprezintă cifra reală a mortalității postoperatorii precoce (fig. nr. 4).

TOTAL OPERAȚII 558	DECESE SUB 30 ZILE 97 (17%)	DECESE SUB 30 ZILE EXCLUSIV BOLNAVI TA RATI SI VIRSTNICI 67 113%
- RADICALE = 398	57 (14.3%)	40 (10%)
- PALEATIVE = 128	36 (28.1%)	25 (19.5%)
- LAPAROTOMII = 32	4 (12.4%)	2 (6.2%)

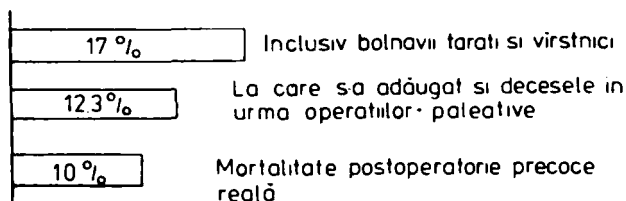


Fig. nr. 4

Acest procentaj crește la 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> în cazul în care luăm în considerare și bolnavii care au decedat sub 30 de zile și la care li s-au efectuat intervenții paliative, iar dacă mai adăugăm și bolnavii tratați și vîrstnici acesta crește la 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ne dăm seama deci, din această creștere vertiginoasă a ratei mortalității postoperatorii precoce, de rolul important pe care-l joacă cei 2 factori: terenul (tarat, vîrstnic) și precocitatea intervenției chirurgicale.

Pentru a putea obține date în legătură cu supraviețuirile la distanță am recurs la metoda corespondenței cu bolnavii, familiile lor, cu medicii de circumscripție și cu cabinetele oncologice ale policlinicilor județene, iar o parte din bolnavi au fost consultați la cabinetul de chirurgie. Am obținut relații în legătură cu 322 de bolnavi, 282 operați și 40 neoperați, referitoare la evoluția postoperatorie pe o perioadă cuprinsă între 4 și 17 ani.

Din cei 282 de bolnavi operați (cu intenție de radicalitate și paliativ) au supraviețuit la 5 ani 25,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, la 10 ani 7,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> și la 15 ani 3,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (fig. nr. 5). Dacă însă luăm în considerare numai bolnavii operați cu intenție de radicalitate, această rată se ridică la 31,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (39<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pentru tumorile colonului și 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pentru cele rectale). În momentul de față tră-

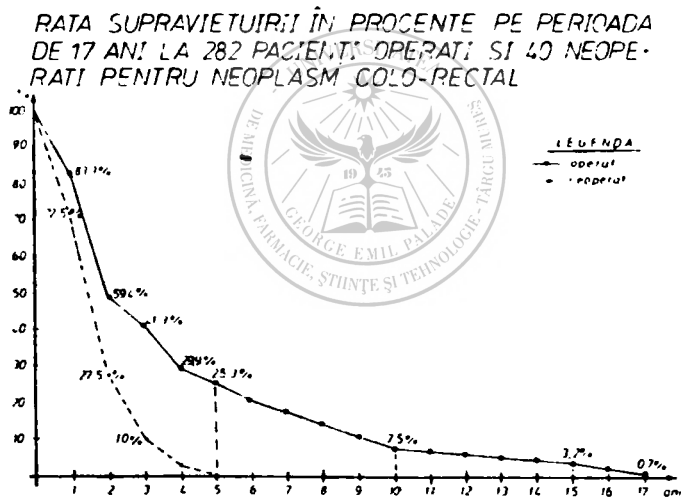


Fig. nr. 5

iesc 95 din 282 bolnavi operați, despre care am reușit să obținem informații.

Avînd în vedere că mulți dintre bolnavii tratați în serviciul nostru au fost vîrstnici, putem afirma că scăderea vertiginoasă a ratei supraviețuirii la 10 și 15 ani se datorește și deceselor de alte cauze, incluzînd și vîrsta înaintată.



Toți cei 40 de bolnavi care nu au fost operați au decedat la 1—3 ani, sau la mai puțin de 1 an din cauza refuzului intervenției sau a contraindicației noastre.

Din cazuistica noastră rezultă că cea mai mare rată a supraviețuirii la 5 ani ne-au dat-o bolnavii din decada a V-a de vîrstă (42,5%) și cei la care tumoarea era localizată pe colonul drept și rectal superior.

### Concluzii

Rezultatele imediate și tardive ale tratamentului chirurgical al cancerului colorectal sînt susceptibile de ameliorare. Pentru atingerea acestui deziderat ne-am propus următoarele:

1. Asigurarea unei munci mai sustinute în teren pentru depistarea cît mai precoce a cazurilor de îmbolnăvire.

2. Inșușirea deprinderii de a efectua operații seriate pentru cazurile care se prezintă în urgență, cunoscut fiind faptul că aceste forme complicate deteriorează atît rezultatele imediate cît și la distanță.

3. Stabilirea momentului operator în funcție de pregătirea generală și locală a bolnavului. În acest sens se va scădea septicitatea coloretului prin folosirea obligatorie preoperatoriu a sulfamidelor și antibioticelor indicate, completată de antibioterapia postoperatorie.

4. Renunțarea la operația radicală dacă interoperatoriu s-a constatat o pregătire precară a colonului și trecerea la operații seriate.

5. Folosirea în toate suturile pe colon și rect a acelor atraumatice cu fire sintetice (4/0).

6. Introducerea în acest caz la toate anastomozele colorectale a suturii monoplan — totale inversante.

7. Asigurarea anastomozelor colorectale și colo-colice joase (unde este cazul) cu o colostomie de protecție.

8. Efectuarea anastomozii entero-enterale între D<sub>3</sub> și prima ansă jejunală în toate cazurile în care se coboară colonul transvers pentru telescopare sau anastomoză.

9. Continuarea studiului rezultatelor imediate și tardive, și ape-larea la chirurgia experimentală de tot atîtea ori cînd abordăm o manevră nouă în chirurgia coloretului.

V. E. Bancu, A. Keresztessy-Kosztia, T. Grozescu, C. Copotoiu, Ș. Bancu,  
M. Baghiui, M. Eșianu, T. Bara, M. Coroș, Liliانا Tarău

### IMMEDIATE AND TARDIVE RESULTS IN THE SURGERY OF COLORECTAL CANCER

Studying 633 patients consecutively hospitalized at the Surgical Clinic Nr. 1, Tirgu-Mures, between 1968—1982, the authors pointed out that the number of patients suffering from colorectal cancer was increasing progressively from 39 hospitalizations in 1968 to 103 cases in 1981, which represented the peak year. In 61.4% of these cases the lesion was localized at the level of the rectum. The most frequent cancers were rectosigmoid ones, and the sigmoid and rectal cancers

taken together showed 75% of the clinical material studied. In 38% of the rectal cancers the localization was under 6 cm of muco-cutaneous limit. Most cases (33%) belonged to the 7th decade of age. Only 7.3% of the cases were hospitalized in stage I (DUKES). In the 633 patients 558 interventions were performed, of which 71.3% were operated on with radical intention, 23% underwent palliative surgery and 5.7% laparotomy.

The authors present the type of interventions. An important number of patients had postoperative complications and 12% suppurations of the wounds. Postoperative death-rate was 9.19%, which rose to 12% by adding those who died after palliative interventions, and if we also add old and debilitated patients, the death-rate rose to 17%. The tardive results showed 31.4% of survivals after 5 years if we take into consideration only those patients who underwent interventions with radical intention.