



S.I.E.D.
Società Italiana
Endoscopia Digestiva

TRATTAMENTO DELLE STENOSI DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

a cura di: **Danilo Baroncini**

U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Azienda Ospedaliera 'Ospedale S. Salvatore' di Pesaro

INTRODUZIONE

Gli stents colo-rettali rappresentano attualmente il presidio più efficace nel trattamento palliativo delle ostruzioni del colon-retto ed hanno in gran parte soppiantato altre procedure come il trattamento laser. Qualche spazio è rimasto per l'utilizzo dell'Argon plasma in prevalenza nel trattamento di lesioni sanguinanti.

In caso di pazienti occlusi o sub occlusi il posizionamento di una protesi metallica autoespandibile consente di ripristinare la canalizzazione, eseguire una adeguata preparazione intestinale e sottoporre successivamente il paziente ad un intervento chirurgico in condizioni d'elezione (bridge to surgery) con morbilità e mortalità inferiori rispetto al trattamento chirurgico in emergenza. In caso di pazienti inoperabili o con malattia diffusa il posizionamento della endoprotesi diviene il trattamento palliativo definitivo.

TECNICA

Accertata la presenza di uno stato occlusivo o sub occlusivo del colon mediante parametri clinici e radiologici (rx addome e/o CT) è necessario eseguire un clisma con Gastrograffin per identificare la sede esatta della lesione e, se possibile, la sua morfologia ed estensione. Va evitato l'uso di bario in quanto la presenza di questa sostanza rende estremamente difficile l'esecuzione della colonscopia successiva. Il clisma con Gastrograffin inoltre consente spesso una discreta pulizia del colon distale alla lesione agevolando la colonscopia. Va evitata la preparazione con soluzioni elettrolitiche in caso si sospetti una ostruzione completa.

In base alla gravità del quadro clinico l'intervento andrà eseguito più o meno precocemente.

In caso di occlusioni complete è opportuna una profilassi antibiotica da eseguire prima della procedura in quanto l'insufflazione di aria in un colon già disteso può causare microperforazioni e batteriemie.

La distanza minima dallo sfintere anale per il posizionamento deve essere di almeno 4-5 cm mentre è possibile posizionare stent in tutti i tratti a monte sino al colon ascendente-ceco.

L'assistenza di un anestesista durante l'intervento, in particolare nelle lesioni prossimali, pur se non indispensabile, consente sia di sedare il paziente profondamente, ottenendo una migliore compliance da parte dello stesso, sia di tutelarsi da qualsiasi inconveniente possa insorgere trattandosi di pazienti spesso in condizioni instabili.

La posizione più idonea per tale procedura è quella ginecologica con paziente supino a gambe divaricate che consente un migliore orientamento radiologico durante l'uso della scopia ed una migliore gestione del paziente da parte dell'anestesista.

La modalità più sicura per il posizionamento di endoprotesi nel colon è di eseguire la procedura con il doppio controllo endoscopico e radiologico. L'amplificatore di brillantezza va posto in corrispondenza dell'addome del paziente con la possibilità di spostamenti per seguire la procedura in tutte le sue fasi.

La colonscopia va eseguita con strumenti con canale operatore di almeno 3.8 mm. per consentire il passaggio agevole del dispositivo di rilascio della protesi.

Particolare cautela va osservata nel raggiungimento della neoplasia con il colonscopio. È necessario insufflare la minore quantità di aria possibile per evitare la distensione ulteriore del colon a monte della stenosi che a volte può causare micro perforazioni. A volte può essere difficile raggiungere il tratto stenotico per la presenza di feci, prevalentemente in caso di lesioni prossimali.

Raggiunta la lesione due sono le possibili opzioni in base alla situazione anatomica riscontrata.

Nel caso il tratto stenotico sia transitabile con lo strumento endoscopico, e questa è la situazione meno frequente, è sufficiente portarsi nel tratto a monte e posizionare il più distalmente possibile un filo guida rigido ("stiff" da 0.40 F) su cui andrà successivamente fatta scorrere la protesi. Può essere utile marcare con iniezioni di mezzo di contrasto le due estremità della stenosi in modo da avere dei punti di riferimento più precisi nelle successive manovre di rilascio.

Nella evenienza più comune di intransitabilità della stenosi è necessario utilizzare un filo guida a punta morbida da 0.35 F con il quale tentare di superare la stenosi, inserito in un catetere da ERCP. Queste manovre vanno eseguite con estrema delicatezza in quanto il tessuto neoplastico è spesso friabile o possono essere presenti tragitti fistolosi ed a volte il filo, anche se a punta morbida, può creare falsi tramiti. Per tale ragione non va mai utilizzato un filo guida rigido per tentare di superare la stenosi. È quindi necessario non forzare assolutamente nei tentativi di superamento di quest'ultima. Quando il filo supera la stenosi le immagini radiologiche sono di aiuto per verificare il corretto posizionamento dello stesso il quale si muove liberamente nel tratto dilatato a monte spesso riconoscibile dall'aria che lo distende. Successivamente si farà scorrere il catetere sul filo guida per



raggiungere il tratto a monte della stenosi ed iniettare mezzo di contrasto per verificare il corretto posizionamento del filo e per eseguire una contrastografia che ci consentirà di avere una migliore definizione del tratto stenotico e della sua lunghezza, dati a volte forniti approssimativamente dalle altre indagini preliminari. Attraverso il catetere si sostituisce quindi il filo guida morbido con un filo "stiff" e si procede al posizionamento della protesi.

Le scorrimento della protesi nello strumento può risultare difficoltoso in caso di presenza di curvature dello stesso che è necessario tentare di ridurre più possibile. Nei rari casi in cui non è possibile fare scorrere il sistema di rilascio sino alla lesione lungo lo strumento è possibile sfilare quest'ultimo e procedere al posizionamento solo su filo guida sotto controllo radiologico. Una volta fuoriuscita dal colonscopio il modo più sicuro di seguire la manovra è di eseguire un doppio controllo, radiologico ed endoscopico. Mediante la scopia utilizzando i reperi radioopachi presenti sul sistema di rilascio si cercherà di rilasciare la protesi in posizione centrale rispetto alla stenosi. Il controllo endoscopico consentirà di ritirare la protesi con piccoli movimenti, se necessario, durante le fasi di rilascio in quanto l'espansione distale di questa tende a spingerla a monte. Il corretto posizionamento dello stent è confermato dall'immagine radiologica a clessidra di questo, segno di un posizionamento equidistante dalle estremità della stenosi. Altro segno inequivocabile di corretto posizionamento è il rapido passaggio di materiale fecale a valle. Un altro elemento evidente di successo della manovra è il rapido miglioramento clinico del paziente apprezzabile già immediatamente al termine dell'intervento.

Qualunque sia la situazione anatomica va assolutamente evitata la dilatazione del tratto stenotico che si è dimostrata uno statisticamente significativo elemento di rischio per perforazione.

Una possibile alternativa al superamento con filo guida della stenosi o in caso di insuccesso di questa manovra, è l'utilizzo di uno strumento a calibro più sottile (gastroscopio o strumento pediatrico) mediante il quale tentare di superare la stenosi e posizionare direttamente un filo guida rigido. In caso di riuscita di questa manovra sarà poi necessario sostituire lo strumento di piccolo calibro con uno strumento operatore facendo scorrere questi sul filo guida già in sede. I passi successivi saranno analoghi a quanto descritto in precedenza.

Una volta verificato il corretto posizionamento dello stent il paziente andrà operato in tempi ravvicinati per evitare la dislocazione di quest'ultima, rischio sempre presente. In caso di inoperabilità del paziente lo stent rimarrà in sede a scopo palliativo. Sarà necessario successivamente che il paziente mantenga morbide le feci mediante l'uso di blandi lassativi ed una dieta a basso residuo di scorie per evitare l'ostruzione della protesi..

Le percentuali di successo del posizionamento in urgenza degli stent colo rettali in letteratura variano dall'86 al 98%. Va comunque distinto il successo tecnico dal successo clinico in quanto, in una percentuale dell'8-10% dei casi, nonostante un corretto posizionamento dello stent il paziente non trae giovamento dalla manovra. Ciò è dovuto più spesso o alla presenza di feci solide a monte della stenosi che ostruiscono la protesi o al posizionamento delle estremità della protesi a parete con insufficiente canalizzazione.

La complicità più severa di questo tipo di procedura è la perforazione che incide in percentuali variabili dall'1 al 7%. Va considerato comunque che tale complicità è assai più frequente nelle fasi di apprendimento della tecnica riducendosi una volta acquisita la necessaria esperienza. Inevitabili sono invece le perforazioni dovute all'espansione della protesi dotata di una considerevole forza radiale. Queste ultime si possono realizzare anche a distanza di 48-72 ore, il tempo di espansione completa dello stent.

È buona norma verificare il corretto posizionamento ed espansione dello stent a distanza di 48-72 ore dalla procedura mediante un rx addome, tenendo presente che la dislocazione della protesi, anche se posizionata correttamente, è sempre possibile.

Esistono diversi tipi di stent in commercio. Per le lesioni al retto-sigma distale sono utilizzabili anche gli stent con meccanismo di rilascio di grosso calibro, mentre gli stent endocanalari consentono il raggiungimento di tutti i tratti del colon. In caso di dubbi sulla lunghezza della stenosi è sempre opportuno utilizzare la protesi di lunghezza maggiore. In caso di stenosi molto estese è possibile utilizzare più di una protesi in successione. Se nel corso del follow-up di pazienti trattati a scopo palliativo si verifica l'ostruzione della protesi è possibile posizionarne altre all'interno di quella occlusa e ripristinare la canalizzazione. Anche in caso di mobilizzazione della stessa è possibile, una volta asportata la protesi dislocata, posizionare un nuovo stent.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Baron TH, Dean PA. Expandable metal stents for treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1998;47:277.
- 2 Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002;89:1096.
- 3 Baron TH, Rey J, Spinelli P. Expandable metal stent placement for malignant colorectal obstruction. *Endoscopy* 2002;34:823.
- 4 Law WL, Choi HK, Lee YM, Chu KW. Palliation for advanced malignant colorectal obstruction by self-expanding metallic stents: prospective evaluation of outcomes. *Dis Colon Rectum* 2004;47:39.
- 5 Meisner S, Hensler M, Knop FK et al. Self-expanding metal stents for colonic obstruction: experiences from 104 procedures in a single center. *Dis Colon Rectum* 2004;47:444.
- 6 Garcia-Cano J, Gonzales-Huix F, Juzgado D et al. Use of self-expanding metal stents to treat malignant colorectal obstruction in general endoscopic practice. *Gastrointest Endosc* 2006;64:914.
- 7 Vandervoort J, Tham T.C.K. Colonic stent for malignant obstruction-not a bridge too far. *Gastrointest Endosc* 2006;64:921.