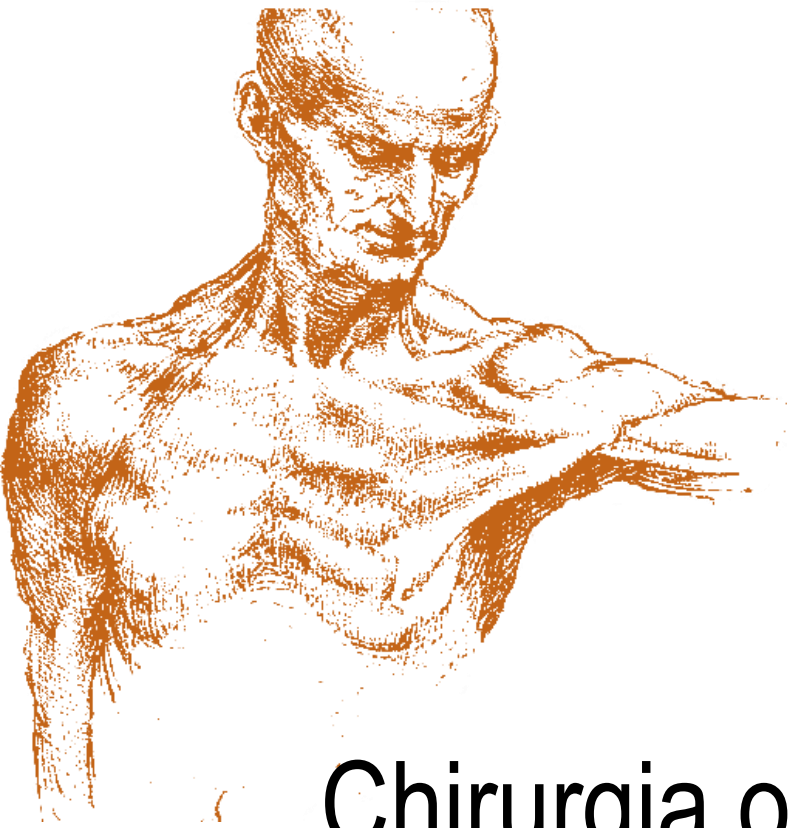




Chirurgia o alternative terapeutiche per il paziente fragile

Nico Console
U.O. Chirurgia Generale
SM Nuova



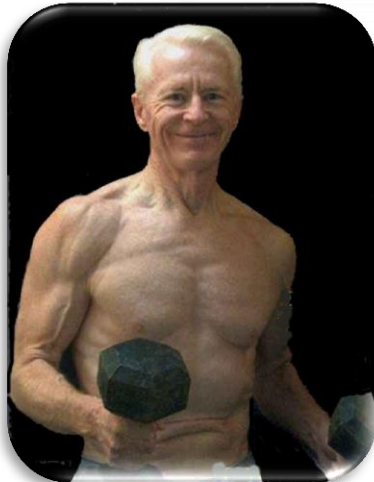
EDITORIAL

DEFINING FRAILTY – THE HOLY GRAIL OF GERIATRIC MEDICINE

S. CONROY



S. CONROY



“Tutti sanno riconoscere l’aspetto della fragilità, tuttavia una definizione chiara che rispetti criteri rigorosi e validati rimane tuttora elusiva”

“possiamo descriverne le costituenti, ma non le cause sottostanti. La fragilità è associata all’età ed alle comorbidità, ma non è causata da esse, la fragilità non è un’aspetto inevitabile dell’invecchiamento né dell’accumulo di patologie croniche. È associata a un esaurimento delle riserve funzionali e c’è un generale accordo nel considerare la fragilità uno stato di pre-disabilità”



Rockwood K et al. Age Ageing 2005
Abdellan Van Ka A et al. Health & Ageing 2008
Conroy S. JNHA 2009

Fragilità



Definizione:

- Sindrome multifattoriale di scarsa riserva fisiologica che provoca aumentato rischio di eventi avversi a seguito di esposizione a fattori di stress

Prevalenza:

- nella popolazione generale 65-74 aa 4,1-8,5%, > 75 aa 41,8-50,3%

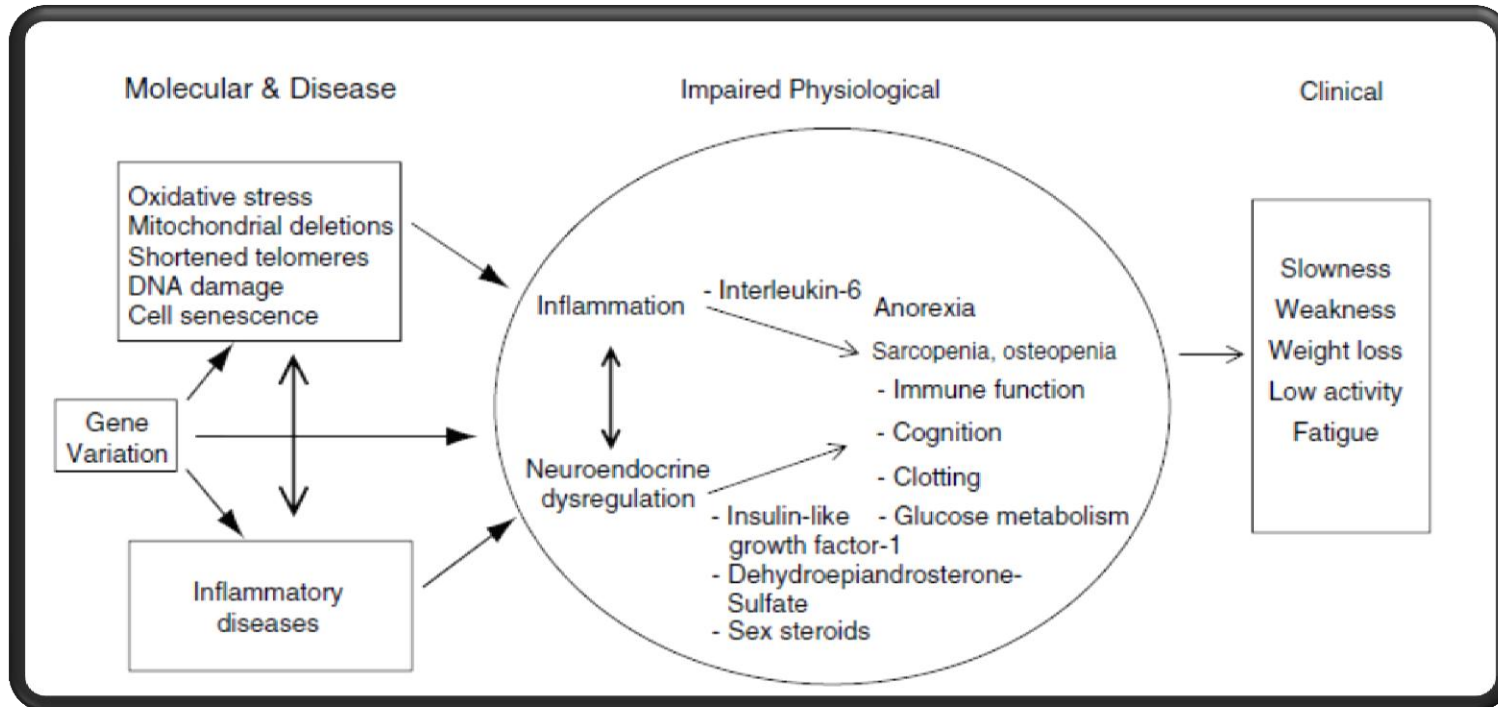
Scopo:

- Indicatore di complicanze postoperatorie
- Selezionare i pazienti, stratificare il rischio
- Identificare i pazienti che potrebbero beneficiare di procedure preoperatorie di riduzione del rischio

Individuare il paziente fragile:

- Individuazione del “fenotipo fragile”: almeno tre dei seguenti criteri
 - Lenta andatura
 - scarsa attività fisica
 - perdita di peso non intenzionale
 - esaurimento
 - debolezza muscolare
- Valutazione multidimensionale
 - EFS (Edmont Frail Scale)
 - REFS (Reported Edmont Frail Scale)
 - CAF (Comprehensive Assessment of Frailty)
 - CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)

Fragilità fisiopatologia



Fried LP, Walston J (1993) *Frailty and failure to thrive*. In: *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 3rd edn. McGraw-Hill, New York, pp 241–248

Frail older patients with colorectal cancer have higher preoperative levels of the inflammatory markers CPR and IL-6.

IL-6 is an independent predictor of post-operative complications. Biomarkers may add validity to a CGA in the preoperative risk assessment of older surgical patients.

Modificare la fragilità



Processo solitamente peggiorativo

Possibili azioni migliorative preoperatorie

- Esercizio fisico *Liu CJ. Cochrane Database Syst Rev. 2009;3:CD002759.*
- Nutrizione: Fe, Vit. B12, Vit. D, Proteine (?) *Waters DL et Al. Clin Interv Aging. 2010;5:259-70.*
- Testosterone, GH, ACE inibitori *Sumukadas D et Al. CMAJ. 2007;177:867-74.*
- Trattamento depressione *Bilotta C et Al. Aging Ment Health. 2010 Nov;14(8):1024-36.*

Il repertorio “chirurgico”



Chirurgia tradizionale

- Pro: Offre trattamento ad ogni tipo di patologia, ampia disponibilità
- Contro: Massima invasività e massimo trauma chirurgico



Chirurgia laparoscopica

- Pro: minimizza il trauma chirurgico a parità di procedura, ripresa più fisiologica e veloce
- Contro: non applicabile a tutte le patologie, raggiungimento di learning curve



Endoscopia operativa

- Pro: richiede solo blanda sedazione, ottima efficacia nel trattamento di patologia ostruttiva della via biliare e sanguinamenti GI
- Contro: non applicabile a tutte le patologie, strumentazione ed equipe dedicata



Radiologia interventistica

- Pro: richiede solo anestesia locale o blanda sedazione, ottima efficacia nel trattamento di patologia ostruttiva della via biliare, drenaggio ascessi e embolizzazione lesioni sanguinanti
- Contro: non applicabile a tutte le patologie, strumentazione ed equipe dedicata



Fragilità del paziente

Lieve

Moderata

Severa

Procedure disponibili

Chirurgia
tradizionale

Chirurgia
laparoscopica

Endoscopia
operativa

Radiologia
interventistica

Goal terapeutico

Risoluzione
completa
del quadro
chirurgico

Risoluzione
“parziale”

Palliazione

Trattamento
o
sintomatico

Casistica 2008-2012

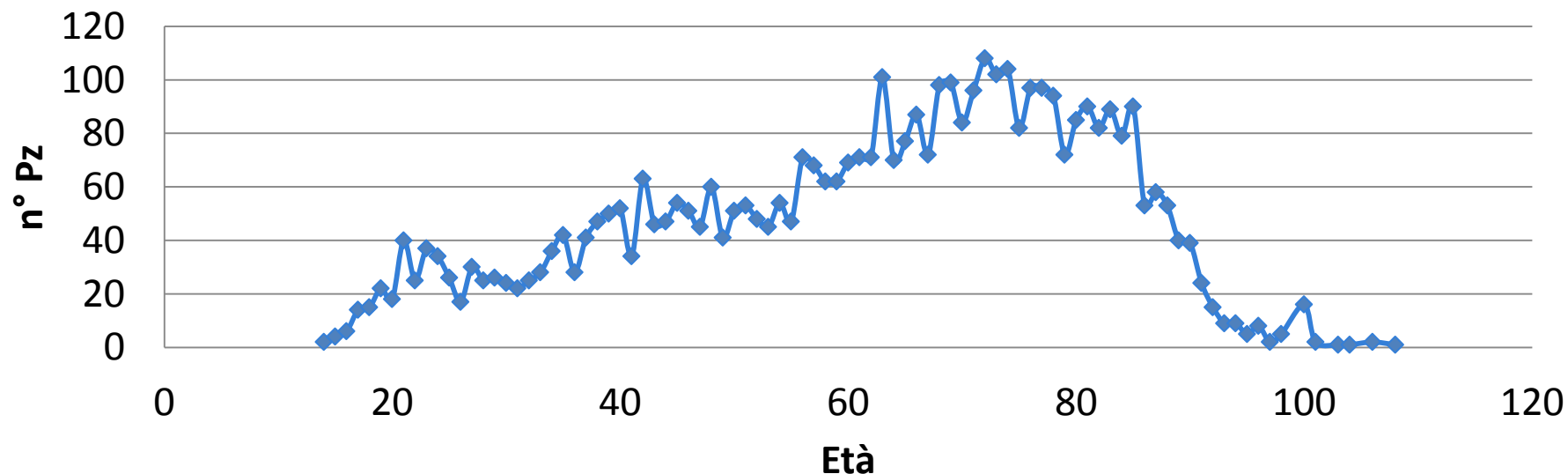


4349 pz

Età media 62 aa (14-108)

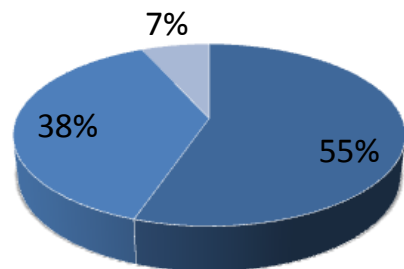
- 1749 > 70 aa (40,2%)
- 858 > 80 (19,7%)
- 139 > 90 (3,1%)

Distribuzione età



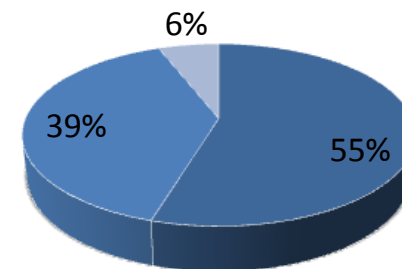
Pat. Parete: n° = 555

■ 70-80aa ■ 80-90aa ■ > 90aa



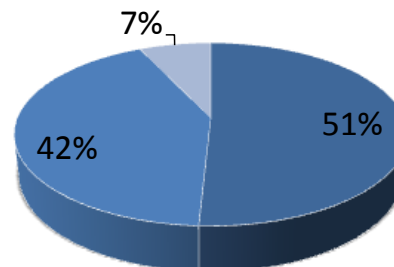
Calcolosi: n° = 236

■ 70-80aa ■ 80-90aa ■ > 90aa



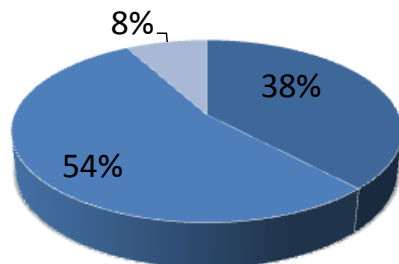
K Colon-Retto: n° = 185

■ 70-80aa ■ 80-90aa ■ > 90aa



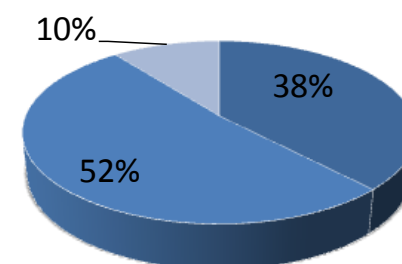
K Stomaco: n° = 50

■ 70-80aa ■ 80-90aa ■ > 90aa



Occlusioni: n° 95

■ 70-80aa ■ 80-90aa ■ > 90aa





	Pat parete	Calcolosi	Ittero maligno	Colon	Gastro	Occlusione
Open	•Ernia in anestesia locale •Laparoccele •Resezione	•Colecistectomia •Coledocolitotomia + Kehr	•Resezione •Palliazione	•Resezione •Palliazione	•Resezione •Palliazione •Raffie	•Viscerolisi •Resezione
VL	Laparoccele	•VLC	•Biopsia	•Resezione •Palliazione	•Resezione •Palliazione •Raffie	•Viscerolisi •Resezione
Endoscopia	/	•ERCP	•Stenting	•Trattamento forme sanguinanti •Stenting •Derotazioni •polipectomie	•Trattamento o forme sanguinanti •Gastrostomia	/
Radiologia	/	•Colecistotomia	•PTC •Stenting	•Drenaggio •Stenting	/	/

Patologia di parete del paziente fragile



Patologia chirurgica più frequente
Non alternative valide alla terapia chirurgica

Ernia
inguinale/femorale
asintomatica

Wait and see
(complicanze 0.2% a
24 mesi) (*)

Ernia sintomatica

Inguinale/femorale
Plastica elettiva con
protesi in anestesia
locale (§)

Laparocoele irriducibile
Plastica elettiva
(laparoscopica?) (†)

Ernia Strangolata
(1,3-3%) (tipo,
sesso, tempo)

Trattamento
chirurgico urgente
(valutare uso di
protesi se è stata
eseguita resezione)

(*) Stroupe KJ et al. Am Coll Surg 2006

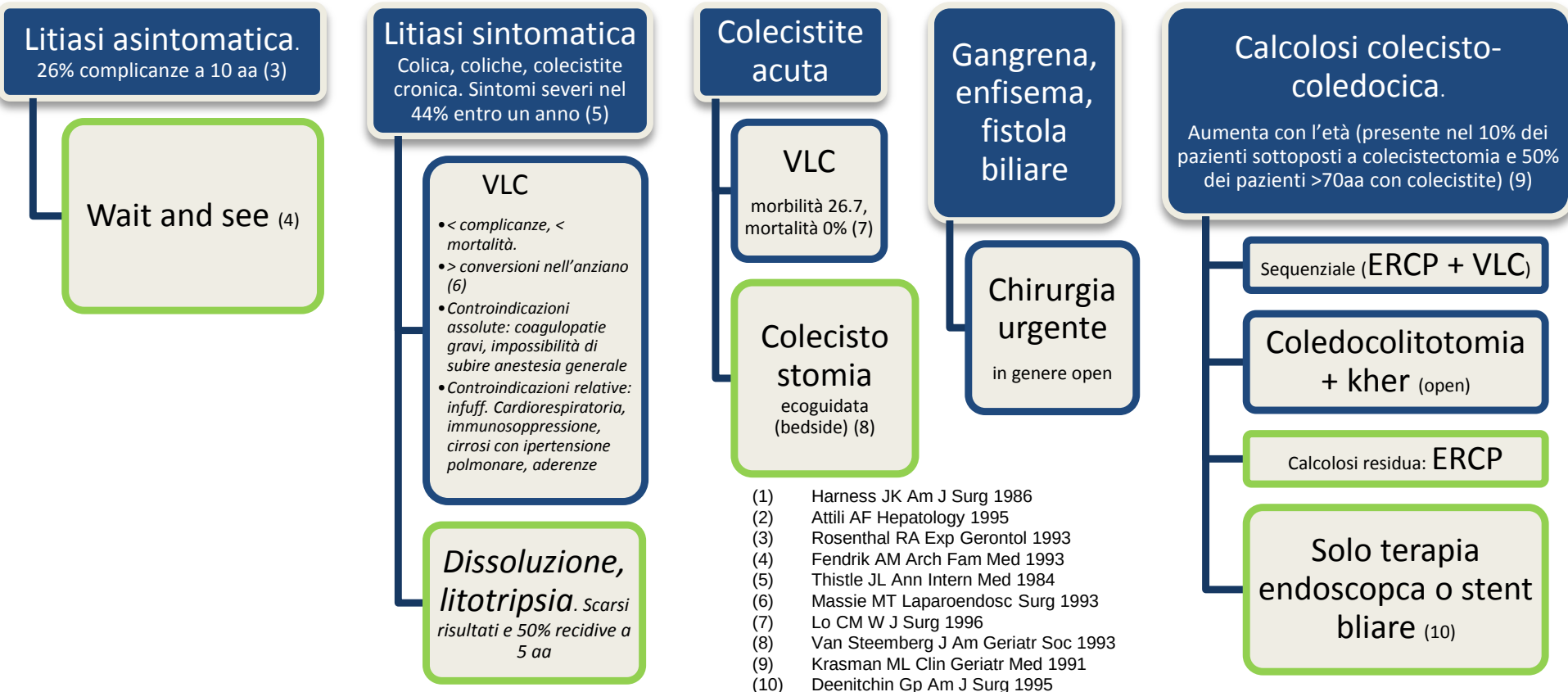
(§) Ozgun H et al. Eur J Surg 2002

(†) goodney PP Arch Surg 2002

Calcolosi nel paziente fragile



Prevalenza 50% >70 aa (1)
Presentazione più severa e complicata 30% >60aa, 50% > 70 aa (2)



Ittero maligno nel paziente fragile



Spesso la chirurgia ha ruolo palliativo

Colangiocarcinoma , Carcinoma cefalopancreatico

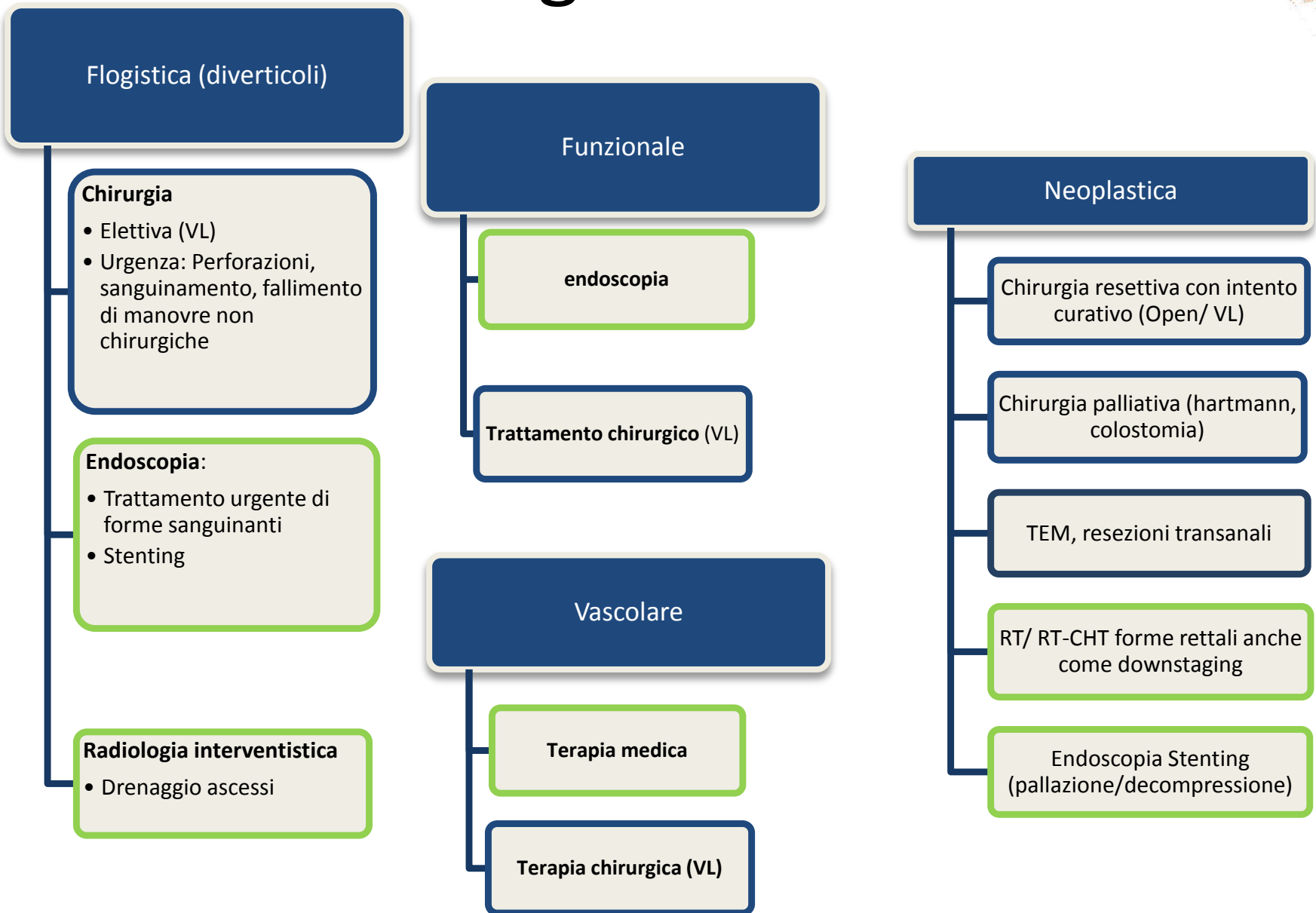
Chirurgia resettiva epatica (forme prossimali),
cefalopancreatectomia (forme distali)

Palliazione chirurgica: coledocodigiunostomia su ansa alla
Roux, colangiodigiunostomia (forme prossimali),
gastrodigiunostomia (forme distali)

Drenaggio percutaneo meglio raggiungibile, meglio
sostituibile (forme prossimali inoperabili)

Drenaggio endoscopico (forme distali)

Patologia coloretta



Patologia gastrica nel paziente fragile



Patologia benigna (patologia peptica)

Endoscopia

- ulcere sanguinanti (scleroterapia, clips emostatiche)
- Gastrosotomie
- Polipectomie

Trattamento chirurgico perforazioni peptiche

- Raffia VL
- Resezione gastrica

Patologia Maligna (cancro gastrico)

Trattamento endoscopico delle forme *Early Gastric Cancer*
Confezionamento gastrostomie

Con intento radicale (in casi selezionati indipendentemente dall'età)

Chirurgia "limitata" nei pazienti compromessi (dimostrata scarsa compromissione dell'outcome oncologico)

Palliazione chirurgica: peggioramento del QOL

Occlusione nel paziente fragile



Incidenza: 450 casi per 100.000 abitanti > 65 aa
60-75% di risoluzioni con terapia medica (forme subocclusive) (1)

Subocclusioni, Atonie (diabetiche, degenerazione plessi, postchirurgiche)

Terapia medica, infusione, decompressiva, procinetica, catartica osmotica (2)

Terapia endoscopica (forme coliche)

Terapia chirurgica

- Esplorazione/terapia laparoscopica (3)
- Viscerolisi
- Resezione- bypass

Occusioni complete/segni di sofferenza d'ansa

Trattamento chirurgico urgente

- Esplorazione/terapia laparoscopica
- Viscerolisi
- Resezione-bypass

(1) Sosa J. Am Surg 1993

(2) Feigin E Am J Surg 1996

(3) Farinella E World J Emerg Surg 2009

PERCORSO

