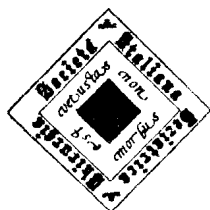


PUBBLICAZIONE

5

APPROCCIO CHIRURGICO NEL
PAZIENTE ANZIANO

VOLUMETTO ESTRATTO DA:
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA GERIATRICA



III CONGRESSO NAZIONALE

Padova, 18-21 ottobre 1989



MONDUZZI EDITORE

Approccio chirurgico nel paziente anziano

A. PAOLINI, M. LEPORE, A. CAMINITI,
M. MUCCI, W. CANUTI e M. RUGGIERI

Istituto di IV Clinica Chirurgica, Università La Sapienza, Roma

III Congresso
Nazionale
della Società Italiana
di Chirurgia
Geriatrica

Padova
18-21 ottobre 1989

L'incremento di durata della vita media, registrato negli ultimi decenni nelle società di tipo occidentale, ha determinato una espansione numerica della popolazione anziana e conseguentemente un parallelo ampliarsi delle problematiche di natura sociale, economica ed ovviamente medica inerenti questo particolare periodo della vita.

L'età non rappresenta una contro-indicazione all'intervento chirurgico come si potrebbe invece pensare; se è vero, infatti, che l'età impone dei mutamenti nell'organismo (un declino generale delle funzioni d'organo, una alterata risposta al dolore e alla temperatura, un'alterazione della farmacocinetica etc.) che potrebbero costituire dei fattori di rischio per l'intervento chirurgico, è anche vero che questi parametri presentano una notevole variabilità da individuo a individuo cioè in altre parole è importante l'età fisiologica del paziente e non l'età cronologica; inoltre tali fattori di rischio legati all'età possono essere sostanzialmente ridotti da:

- A) un attento studio del paziente nella FASE PREOPERATORIA;
- B) una oculata scelta della tecnica d'intervento in FASE PEROPERATORIA;
- C) una accurata assistenza nella FASE POSTOPERATORIA.

A) FASE PREOPERATORIA

Lo studio preoperatorio di un paziente anziano candidato all'intervento chirurgico prevede un complesso di indagini secondo protocolli ben precisi il cui fine è identificare quelle condizioni che possono influire negativamente sulla mortalità e morbilità chirurgica.

Una volta accertare, occorre correggerle se possibile o comunque tenerne conto durante la programmazione dello schema operativo.

Il primo passo prevede la raccolta di una attenta anamnesi quindi un accurato esame fisico ed infine tutta una serie di esami strumentali e di laboratorio

L'anamnesi deve rilevare l'eventuale presenza di sintomi aspecifici come astenia, inappetenza, perdita di peso, distimie; particolare attenzione deve essere rivolta ai recenti cambiamenti dello stato di salute che possono, meglio di numerosi dettagli su regresse patologie e problemi cronici fornire chiarimenti sulle condizioni attuali del paziente in osservazione. Occorre poi tener presenti le terapie seguite dal paziente con riferimento alle posologie e ai farmaci non tollerati.

Infine vanno indagate le abitudini alimentari, quelle concernenti il fumo ed il consumo di alcool.

L'esame fisico deve essere rivolto a definire soprattutto lo stato cardio-polmonare e quello nutrizionale. Importante è anche la valutazione dello stato mentale: particolari condizioni psichiche non trattate potrebbero condizionare l'iter terapeutico.

Per quanto riguarda le indagini di laboratorio va ricordato che l'età non influisce significativamente sui valori dell'emocromo, sul profilo ematochimico e sui parametri urinari. Importante è invece il livello di albumina sierica, infatti è stato evidenziato che una concentrazione di albumina inferiore a 3gr./100ml. può associarsi ad una certa incidenza di complicanze post-operative.

Fondamentale è inoltre la valutazione della

funzionalità renale mediante la clearance della creatinina che deve essere corretta per l'età secondo la formula:
$$\frac{(140 - \text{età}) \times (\text{peso in kg})}{72 \times \text{creatinemia}}$$

tra gli esami strumentali sono d'obbligo: l'Rx torace, l'ECG e soprattutto in soggetti fumatori (e/o con storia di malattie respiratorie) si dovranno eseguire le prove di funzionalità respiratoria.

Al riguardo occorre ricordare che la PO_2 decresce all'incirca di 0,4 mmHg/anno dopo i 20 aa. e che i valori della F.E.V.₁ variano in funzione dell'età.

Dal complesso delle indagini descritte si possono ricavare una serie di informazioni che permettono di identificare quelle particolari condizioni patologiche che rappresentano dei fattori di rischio nella chirurgia dell'anziano.

Tali condizioni patologiche possono essere ad ordine generale o interessare singoli apparati.

GENERALI: disidratazione, stato di malnutrizione, anemia, patologie maligne (non precedentemente diagnosticate), recenti attacchi ischemici cerebrali (in questi casi occorre posticipare l'intervento di alcuni mesi), stato acuto confusionale, delirio.

CARDIOVASCOLARI: recente infarto miocardico (in questi casi si consiglia di rinviare l'intervento di almeno 6 mesi dopo l'episodio infartuale), angina instabile (è rischiosa tanto quanto il recente infarto miocardico), insufficienza cardiaca congestizia, aritmie instabili, ipertensione arteriosa (una P. diastolica inferiore a 110 mmHg permette una ragionevole sicurezza operatoria).

RESPIRATORIE: infezioni acute e croniche; bronco-pneumopatie croniche ostruttive.

GASTROINTESTINALI: ulcera peptica attiva (deve essere necessariamente curata perché lo stress chirurgico può essere responsabile di emorragie difficilmente dominabili), insufficienza epatica (influenza la scelta della anestesia).

ENDOCRINE: diabete, disfunzioni tiroidee, insufficienza surrenalica.

GENITOURINARIE: infezioni acute e croniche, ipertrofia prostatica (aggravata dall'uso di anticolinergici e di cateteri), litiasi renale.

Se l'accurato studio preoperatorio garantisce condizioni favorevoli alla terapia chirurgica allora si deve procedere senza esitazioni, infatti "IN PRESENZA DI UN PAZIENTE ANZIANO

INTERVENIRE SUBITO E' MEGLIO CHE TARDI". Una conferma sull'importanza della fase di studio preoperatorio del paziente anziano è data dalla maggiore mortalità negli interventi chirurgici in urgenza dove di necessità la fase preoperatoria è ridotta all'essenziale.

B) FASE PEROPERATORIA

Una scelta opportuna della tecnica operatoria è fondamentale nella chirurgia dell'anziano.

Al riguardo la chirurgia conservativa (resezione gastrica piuttosto che gastrectomia totale; resezione anteriore del retto piuttosto che amputazione addomino-perineale) deve trovare assoluta preferenza nei confronti d'interventi allargati o superallargati mal tollerati dal paziente anziano. Infatti, nell'anziano, l'obiettivo "qualità della vita" deve avere, comunque, un peso determinante nei confronti "dell'entità della sopravvivenza" (obiettivo classico nella cura dei tumori) quanto più esile si fa l'aspettativa teorica della vita stessa in rapporto all'età raggiunta. Questo atteggiamento è ancor più giustificato se si valutano le condizioni in cui il paziente è anziano viene accettato, dopo l'intervento, nelle comunità e nelle stesse famiglie. Altro è un uomo con un'ano preternaturale ed altro è chi sopperisce da solo ai propri bisogni fondamentali. Se poi si considera che l'evoluzione di certi processi neoplastici può essere lenta al di là di ogni prevedibilità, si deve ritenere che il chirurgo non debba mai rifiutare la sua disponibilità nei confronti di interventi palliativi.

Per quanto riguarda i tempi dell'intervento si possono adottare, a seconda dei casi, due linee di condotta diametralmente opposte.

La prima, quella dell'intervento in più tempi (colecistostomia, ano preternaturale, cistostomia sovrapubica), può essere consigliata dalla particolare gravità delle condizioni generali del paziente che non si ritengono idonee a sopportare un grosso intervento; la seconda riguarda la possibilità di eseguire anche più interventi in un solo tempo come per es. una prostatectomia associata a plastica erniaria, una gastrectomia con colecistectomia associata a plastica erniaria, una gastrectomia con colecistectomia etc. Quest'ultima linea di condotta è da ritenersi razionale quando si consideri che una seconda anestesia sia più importante per il paziente rispetto all'allungamento di 15-20

minuti dell'intervento in atto.

Utile inoltre potrebbe essere il ricorso ad anestesie alternative rispetto alla generale, come la loco-regionale o la peridurale.

Per concludere, occorre ricordare che alcune tecniche chirurgiche specifiche devono essere preferite ad altre al fine di ridurre l'incidenza di complicanze post-operatorie; al riguardo citiamo due esempi: in presenza di un cancro all'esofago (III medio) è indicata una esofagectomia subtotale attraverso la via addomino cervicale senza toracotomia; con tale tecnica le complicanze respiratorie, che rappresentano la più frequente causa di morte nel postoperatorio di pazienti anziani, vengono sensibilmente ridotte (Williamson 1985: "Annals of...surgeons of England"). Nel cancro del colon-retto la mortalità della resezione anteriore è più alta rispetto a quella per resezione ad domino-perineale a causa della maggior frequenza di complicanze settiche (Disease colon-rectum 1986).

C) FASE POSTOPERATORIA

E' la fase più delicata poiché l'insuccesso della chirurgia nell'anziano, nella maggior parte dei casi, è dovuto all'insorgenza di complicanze in questa fase.

Le cause di morte più frequenti sono le complicanze respiratorie; queste possono essere in parte prevenute attraverso una bronco-aspirazione ripetuta più volte nel corso della giornata.

Altre temibili complicanze sono quelle urinarie che spesso chiamano in causa l'uso incauto del catetere. Negli interventi per cancro colon-rettale le complicanze più frequenti sono le suppurazioni delle ferite chirurgiche, le deiscenze, le fistole, gli ascessi intraddominali.

Per evitare complicanze trombotiche è necessario attuare una mobilitazione precoce del paziente mentre per accelerare la ripresa metabolica si ricorrerà alla nutrizione parenterale.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BARRY P.P. "Primary care evaluation of the elderly for elective Surgery"; Geriatrics: 42; 77, 1987.
- (2) BERNARD S. "Evaluation of results of surgical procedures in the elderly"; Ann. Surg.: 195; 1, 1982.

- (3) BURNETT W. "Surgical procedures in the elderly"; Surg. Gynecol./Obstetr.: 134, 1972.
- (4) HESKETH P.P.: "Palliative care in the cancer patients; Jags 35; 883, 1987
- (5) PAYNE J.E. "Surgery for large bowel cancer in people aged 75 years and older"; Dis. col./Rect. 29; 11: 1986.
- (6) PIEGARI V. "Tumori e terza età: ruolo della chirurgia"; Giorn. Geront. XXXIV; 597: 1986.
- (7) WILLIAM B.E. "Ridotta aggressività nell'età avanzata"; Geriatrics 42; 72: 1987
- (8) WILLIAMSON R.C.N. "Abdomino cervical oesophagectomy in the elderly". Annals of the Royal college of Surgeon of England 67: 1985.