

Il ruolo della coloscopia nella quarta età



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 131-134

Michele Cirillo*, Antonio Li Pizzi**, Giovanna Gargiulo*, Fiorentina Frattolillo*, Francesca Piantadosi*, Concetta Mattera*, Luigi Afeltra*, Nicola Gennarelli*

*Area Funzionale di Chirurgia Generale ad indirizzo gastroenterico, Dipartimento di Oncologia, Endocrinologia e Chirurgia Generale Università degli Studi di Napoli "Federico II"

**Casa di Cura "Clinica Villa Maria", Mirabella Eclano (AV)

The colonoscopy in elderly patients

AIM: *The increase in the average life led an increase of diseases, acute and chronic, not only cardiovascular and respiratory system, but also gastrointestinal. Likewise we see an increase in neoplastic lesions, sometimes diagnosed in advanced stage of disease, not susceptible to radical therapy. The purpose of this work is to evaluate the usefulness, reliability and security of colonoscopy in elderly patients, age 75 years or more.*

MATERIALS AND METHODS: *We analysed 2407 colonoscopies, performed from January 2005 to December 2006 in Unit of Digestive Endoscopy of Gastrointestinal Surgery ("Federico II" University of Naples) and in Unit of Digestive Endoscopy of "Villa Maria Clinica" (Mirabella Eclano). Of these four hundred and sixty-nine patients (19.5%), 276 men and 139 women, were 75 years old or more. Were considered indications to endoscopy, completeness of the examination, findings, presence of any complications. In all patients were performed premedication with midazolam, 2,5-5 mg and floroglucina biidrata, 40-80 mg. The patients were constantly monitored with pulsiossimetro.*

RESULTS: *The colonoscopy was completed in 432/469 patients (92%). In 19 cases (4%) there was a neoplastic stenosis; other reasons for the failure of cecal intubation were the poor intestinal preparation (2.5%) and intolerance of the patient (1.5%). Were excluded patients in follow-up to previous surgery or polypectomy (33.5%). Other indications in the investigation were, in descending order, abdominal pain (32.8%), presence of anaemia (22.4%), rectal bleeding (19.2%), diarrhea or constipation (18.4%), presence of abdominal mass (7.2%). There were no complications observed, or local (perforation/ bleeding), or general (cardio-respiratory or neurological). Most frequent findings were: diverticular disease (34.4%), polyps (22.4%), cancer (12.8%), find colitis also aspecific (10.4%), hemorrhoids (8.8%). In 11.2% of patients colonoscopy was negative.*

CONCLUSION: *The endoscopic examination of the gastrointestinal tract is now practiced daily in almost all hospitals. The advanced age of patient, with the possible presence of diseases associated, is not, in our opinion, a controindication. Although present in the literature trials that emphasize the possibility of a higher incidence of complications in elderly patients, our experience shows how this control is quite safe, if executed in appropriate and correct manner, thanks also to appropriate preparation / sedation and monitoring of the patient. Compared to other diagnostic methods, such as air contrast barium enema, the computed tomography and virtual colonoscopy, "traditional" colonoscopy has the undoubted, and decisive advantage of being able to run biopsies, and complete removal of the lesion, as in the case of polypectomy*

In our case we have seen a high number of elderly patients, well 469/2407, equivalent to 19.5%. A neoplastic lesion was found in 165 patients (35.2%) and of these over 80% has successfully received curative treatment (surgery or polipectomy).

KEYWORD: Colorectal cancer, Colonoscopy, Elderly patients

Premessa

La crescita dell'età media di vita è considerato un indicatore di civiltà. Le curve di sopravvivenza della popolazione italiana indicano che l'80% degli uomini ed il 90% delle donne superano l'età di 65 anni. Negli ultimi

dieci anni la popolazione "over 65" è passata dai circa 10 milioni del 1997, pari al 17% della popolazione italiana, ai quasi 12 milioni del 2007, pari al 20% del totale (dati ISTAT). Tuttavia si "invecchia" in maniera differente: esiste l'invecchiamento "di successo" e quello gravato da malattia. Secondo recenti dati il 52% degli uomini ed il 66% delle donne ultrasessantacinquenni dichiara almeno due malattie croniche, mentre il 44% ed il 51%, rispettivamente, ne dichiara almeno tre. L'anziano, pertanto, soffre di più malattie contemporaneamente. Ciò non toglie che queste persone possano,

Pervenuto in Redazione Novembre 2007. Accettato per la pubblicazione Settembre 2008.

Per corrispondenza: Dr. Michele Cirillo, Via Pigna 96, 80128 Napoli, (micirill@unina.it).

anzi debbano, poter accedere ai programmi assistenziali, terapeutici e riabilitativi che riducano il rischio di ricadute e contrastino la disabilità e la perdita di autonomia. Gli anziani devono poter usufruire di prestazioni mirate al mantenimento delle loro funzioni, nell'ottica di una buona qualità di vita. La ricerca scientifica ha ampiamente dimostrato che la prevenzione e la terapia sono possibili ed efficaci nell'anziano e che considerare le manifestazioni patologiche di queste persone come dipendenti dell'età, e quindi non suscettibili di un trattamento efficace, è soltanto una ottusa considerazione. Molte patologie nell'anziano risentono dell'astensionismo terapeutico derivante da questo pregiudizio, mentre numerosi studi dimostrano l'effetto altamente positivo di interventi sanitari e di azioni incidenti sulla qualità di vita.

Nell'ambito della patologie a carico degli anziani le malattie dell'apparato digerente, ed in particolare quelle del grosso intestino, occupano un ruolo importante. Il cancro del colon-retto (CCR) è ancora oggi la seconda neoplasia per incidenza e mortalità, dopo il cancro del polmone nell'uomo e quello della mammella nella donna. Spesso la malattia è diagnosticata in una fase avanzata, non suscettibile di un trattamento curativo efficace, nonostante oggi siano disponibili, nella gran parte dei presidi sanitari, numerose indagini diagnostiche, facilmente eseguibili e di alta sensibilità e specificità. Tra queste l'esplorazione endoscopica del colon è senza dubbio l'esame che rappresenta il gold standard. Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'utilità, l'affidabilità e la sicurezza della colonscopia nei pazienti della cosiddetta "quarta età" (≥ 75 anni) e dimostrare che tale metodica non presenta un aumentato rischio di complicanze rispetto a classi di pazienti più giovani.^{1,2,3}

Materiali e metodi

Sono state prese in considerazione 2407 colonscopie praticate in un periodo di due anni, dal gennaio 2005 al dicembre 2006, in due unità di endoscopia digestiva: Area Funzionale di Chirurgia dell'apparato digerente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli, e Casa di Cura "Villa Maria" di Mirabella Eclano (AV). Sono stati estrapolati 469 pazienti, pari al 19,5% (276 uomini e 139 donne), che al momento dell'indagine avevano un'età pari o superiore ai 75 anni. Per questi pazienti sono state considerate le indicazioni all'indagine, la completezza dell'esame, il risultato diagnostico, la presenza di eventuali complicanze. Per la preparazione all'endoscopia si è consigliato, nella maggior parte dei casi, l'assunzione, il giorno prima dell'indagine, di una soluzione di Glicole Polietilenico (PEG 1000), 3-4 bustine. In caso di pazienti con insufficienza renale o con importanti patologie cardiovascolari si è preferito effettuare la preparazione con dieta priva di scorie nei tre giorni precedenti e clistere di pulizia la mattina dell'esame. A

tutti i pazienti è spiegato, sia oralmente che con il modulo del consenso informato, il motivo dell'esame, la tecnica, le eventuali complicanze, i possibili fastidi durante e dopo l'indagine. Viene raccolta sia l'anamnesi patologica prossima, sia quella farmacologica, in particolare per quanto riguarda i farmaci anticoagulanti/antiaggreganti.

In tutti i pazienti è reperito un accesso venoso: routinariamente è eseguita una premedicazione e/v con floglucina biidrata, 40-80 mg e con una dose di midazolam di 2,5, dose eventualmente ripetuta in caso di dolore/intolleranza da parte del paziente. Il paziente è costantemente monitorato con pulsiossimetro. Sono sempre disponibili le attrezzature per una eventuale rianimazione cardio-respiratoria.

Risultati

La colonscopia è stata completata in 432/469 pazienti (92%). In 19 casi (4%) vi era una stenosi neoplastica; le altre ragioni del mancato raggiungimento del cieco sono state la scadente preparazione intestinale (2,5%) e l'intolleranza del paziente (1,5%). Sono stati esclusi i pazienti in follow-up per precedente chirurgia o poliplectomia, pari al 33,5%. Nel restante 66,6% le indicazioni all'indagine sono state, in ordine decrescente, il dolore addominale (32,8%), la presenza di anemia (22,4%), la presenza di rettorragia (19,2%), alterazioni dell'alvo (18,4%), la presenza di massa addominale (7,2%). Non si sono osservate complicanze, né di carattere locale (perforazione e/o emorragia), né di tipo generale, cardio-respiratorio o neurologico. È stata quindi considerata la diagnosi posta dall'indagine: la patologia di più frequente riscontro è stata la diverticolosi colica (34,4%), seguita dalla presenza di polipi (22,4%), dal cancro (12,8%), dal reperto di colite anche aspecifica (10,4%), emorroidi (8,8%). Soltanto nell'11,2% dei pazienti la colonscopia è risultata completamente negativa.

Discussione

Alcuni studi sottolineano come le persone anziane possano presentare una più alta incidenza di complicanze in corso di endoscopia del grosso intestino. Altri lavori confrontano la colonscopia con altre metodiche di indagine, quali il clisma opaco, la tomografia computerizzata e la colonscopia virtuale, che pure presentano una buona affidabilità.^{4,5} A nostro avviso, però, tutte queste metodiche presentano, rispetto alla colonscopia tradizionale, un "handicap" notevole, anzi insormontabile: la impossibilità di effettuare un prelievo biptico per poter distinguere le lesioni benigne da quelle neoplastiche. Infatti tutte queste indagini, in presenza di lesioni del colon, impongono l'effettuazione di una biopsia diagnostica. E questa affermazione è valida anche per quan-

to riguarda il programma di screening, rispetto, per esempio, alla ricerca del sangue occulto nelle feci (Faecal Blood Occult Test, FBOT) ⁶ Per non parlare, poi, della possibilità che la coloscopia da diagnostica diventi terapeutica, con l'esecuzione di una polipectomia perendoscopica. E' oramai universalmente accertata l'affermazione che l'adenoma è la lesione precancerosa più frequente (sequenza adenoma-carcinoma), per cui l'interruzione di tale sequenza dovrebbe portare ad una riduzione dell'incidenza del carcinoma coloretale, e di conseguenza ad una riduzione della mortalità per tale patologia, che rimane ancora la seconda causa di decessi per malattie neoplastiche. L'incidenza del CCR nel nostro paese è di 30.000 nuovi casi ogni anno, con 18.000 decessi ogni anno. Ne risulta l'estrema importanza della prevenzione e, soprattutto, della diagnosi precoce del CCR, della diagnosi, cioè, in una fase ancora pauci o asintomatica, tale da poter essere suscettibile di un trattamento curativo. ^{7,8} L'incidenza di complicanze in corso di coloscopia è molto bassa, e non è strettamente correlata all'età del paziente, se si seguono le indicazioni delle linee guida. L'idonea preparazione intestinale, l'opportuna premedicazione, l'esperienza dell'endoscopista, o la presenza di un tutor esperto, sono tutti fattori che portano ad una soglia quasi nulla di incidenti.

Conclusioni

Nella nostra casistica abbiamo osservato una alta percentuale di persone anziane sottoposte a coloscopia, quasi il 20% del campione, ed in nessun paziente abbiamo avute complicanze di rilievo, quali emorragia, perforazione, insufficienza respiratoria. Un altro dato di enorme importanza è il numero di pazienti con diagnosi di polipi o carcinoma, rispettivamente il 22,4% ed il 12,8%. ^{9,10} La diagnosi ha quindi consentito di instaurare un trattamento terapeutico efficace, sia di carattere endoscopico (polipectomia) che prettamente chirurgico (resezione colica) in oltre l'80 % di questi pazienti. Questi dati suggeriscono che la coloscopia in un paziente con età ≥ 75 anni non solo non è più pericolosa rispetto a soggetti più giovani, ma anzi trova precise indicazioni in presenza di sintomatologia, quale anemia, rettorragia, dolore addominale.

L'età avanzata del paziente non costituisce un dato negativo, tale da portare ad un eccessivo e dannoso astensionismo, anzi tali pazienti hanno pieno diritto a ricevere tutte le prestazioni possibili e mirate al mantenimento delle loro funzioni, nell'ottica di una buona qualità di vita. ¹¹

Riassunto

L'innalzamento dell'età media della vita ha portato ad un appiattimento della curva demografica e, conseguen-

temente, ad un aumento delle patologie, acute e croniche, a carico dei vari organi ed apparati, non solo cardiovascolare e respiratorio, ma anche gastroenterico. Similmente si nota un incremento delle lesioni neoplastiche, talvolta diagnosticate in una fase di malattia avanzata, non suscettibile di terapia radicale. Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'utilità, l'attendibilità e la sicurezza della coloscopia nei pazienti della cosiddetta "quarta età" (età ≥ 75 anni).

MATERIALI E METODI: Abbiamo analizzato 2407 colonoscopie, eseguite dal gennaio 2005 al dicembre 2006 nelle Unità di endoscopia digestiva dell'AF di Chirurgia dell'apparato digerente dell'AOU Federico II di Napoli e della Casa di Cura Villa Maria di Mirabella Eclano. Di questi pazienti quattrocentosessantanove, pari al 19,5%, 276 uomini e 139 donne, avevano una età pari o superiore ai 75 anni. Sono state considerate le indicazioni all'indagine, la completezza dell'esame, il risultato diagnostico, la presenza di eventuali complicanze. Routinariamente viene eseguita una premedicazione con midazolam, 2,5-5 mg e floroglucina biidrata, 40-80 mg. Il paziente è costantemente monitorato con pulsiossimetro.

RISULTATI: La coloscopia è stata completata in 432/469 pazienti (92%). In 19 casi (4%) vi era una stenosi neoplastica; le altre ragioni del mancato raggiungimento del cieco sono state la scadente preparazione intestinale (2,5%) e l'intolleranza del paziente (1,5%). Sono stati esclusi i pazienti in follow-up per precedente chirurgia o polipectomia, pari al 33,5%. Le altre indicazioni all'indagine sono state, in ordine decrescente, il dolore addominale (32,8%), la presenza di anemia (22,4%), la presenza di rettorragia (19,2%), alterazioni dell'alvo (18,4%), la presenza di massa addominale (7,2%). Non si sono osservate complicanze, né di carattere locale (perforazione e/o emorragia), né di tipo generale, cardiorespiratorio o neurologico. La patologia di più frequente riscontro è stata la diverticolosi colica (34,4%), seguita dalla presenza di polipi (22,4%), dal cancro (12,8%), dal reperto di colite anche aspecifica (10,4%), emorroidi (8,8%). Nell'11,2% dei pazienti la coloscopia è risultata negativa.

CONCLUSIONI: L'esame endoscopico del tratto gastroenterico è ormai esame praticato quotidianamente in quasi tutte le strutture sanitarie. L'età avanzata del paziente, con l'eventuale presenza di patologie associate, non costituisce, a nostro parere, una controindicazione alla metodica. Benché siano presenti in letteratura lavori che sottolineano la possibilità di una più alta incidenza di complicanze nei pazienti anziani, la nostra esperienza mostra come tale esame sia abbastanza sicuro, sempre se eseguito in maniera idonea e corretta, grazie anche alla opportuna preparazione/sedazione e monitoraggio del paziente. Rispetto ad altre metodiche diagnostiche, quali il clisma a doppio contrasto, la TC e la coloscopia virtuale, la coloscopia "tradizionale" ha l'indubbio, e decisivo, vantaggio di poter eseguire prelievi biotipici, se

non addirittura la completa asportazione della lesione, come nel caso della polipectomia. Nella nostra casistica abbiamo osservato un alto numero di pazienti anziani, ben 469/2407, pari al 19,5%. Una lesione neoplastica è stata ritrovata in ben 165 pazienti, pari al 35,2%, e di questi oltre l'80% ha poi ricevuto con successo un trattamento curativo.

Bibliografia

- 1) Bleiberg H, Autier P, Huet F et al: *Colorectal cancer (CRC) screening using sigmoidoscopy followed by colonoscopy: a feasibility and efficacy study on a cancer institute based population*. Annals of Oncology, 2006; 17(8), 1328-332.
- 2) Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH et al: *Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer*. N Eng J Med, 2000; 343, 162-68.
- 3) Slattery ML, Kinney AY, Levin TR: *Factors associated with colorectal cancer screening in a population-based study: the impact of gender, health care source, and time*. Prev Med, 2004; 38, 276-83.
- 4) Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I et al: *Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults*. N Eng J Med, 2003; 349, 2191-200.
- 5) Barish MA, Soto JA, Ferrucci JT: *Consensus on current clinical practice of virtual colonoscopy*. Am J Roentgenol, 2005; 184, 786-92.
- 6) Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L et al: *Colorectal cancer screening: clinical guidelines for fecal occult blood*. Gastroenterology, 1997; 112, 594-42.
- 7) Avidan B, Sonnenberg A, Schnell TG: *New occurrence and recurrence of neoplasms within 5 years of a screening colonoscopy*. Am J Gastroenterol 2002; 97, 1524-529.
- 8) Gondal J, Grotmal T, Hostad B et al: *Grading of distal colorectal adenomas as predictors for proximal colonic neoplasia and choice of endoscope in population screening: experience from the Norwegian Colorectal Cancer Prevention Study*. Gut, 2003; 52, 398-03.
- 9) Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY et al: *Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings*. N Eng J Med, 2000; 343, 169-74.
- 10) Schoen RE, Corle D, Cranston L et al: *Is colonoscopy needed for the non-advanced adenoma found on sigmoidoscopy*. Gastroenterology, 1998; 115, 533-41.
- 11) Mitchell RJ, Campbell H, Farrington SM, et al: *Prevalence of family history of colorectal cancer in the general population*. Br J Surg 2005; 92, 1161-164.