

L'evoluzione della chirurgia breve nel paziente anziano

O. TERRANOVA, R. NISTRI

Nei paesi industrializzati si è assistito ad un progressivo aumento della vita media che ha determinato un rapido incremento della popolazione anziana; l'aspettativa di vita si è quasi duplicata, passando dai circa 50 anni dei primi del Novecento agli 80 attuali.

La chirurgia deve fare i conti con la necessità di rispondere alle nuove esigenze della società. L'evoluzione chirurgica di questi ultimi anni è stata caratterizzata da grosse novità e risultati importanti che hanno creato le premesse più favorevoli per un radicale mutamento nei confronti del paziente anziano che sino a 20 anni fa non veniva operato se non per grave necessità. Ieri infatti l'elevatissima coincidenza di complicanze e la proibitiva mortalità operatoria rendevano l'anziano quasi un intoccabile, da operare solo in urgenza e con scarsi risultati. In definitiva era un soggetto "poco interessante" quasi da abbandonare a se stesso. Al pari della chirurgia tradizionale anche i primi "free-standing ambulatory surgery" sorti intorno agli anni Settanta negli Stati Uniti erano riservati esclusivamente a soggetti giovani e sani da sottoporre a procedure chirurgiche semplici.

Oggi il paziente anziano è divenuto un soggetto da trattare al pari dell'adulto: cos'è successo?

La chirurgia geriatrica non può più essere considerata, al pari della chirurgia d'urgenza, una chirurgia d'assalto. Vi sono alcuni concetti fondamentali che dobbiamo oramai ritenere acquisiti: l'età avanzata non è una controindicazione a priori ad un intervento chirurgico: è l'età biologica che conta non quella anagrafica; è necessaria una adeguata preparazione pre-chirurgica per rendere sufficientemente sicuro l'intervento ed altrettanto necessaria è l'accurata osservazione dell'iter post-chirurgico. La valutazione della speranza di vita e della speranza di vita attiva rappresentano i "goals" più importanti, perché ciò cui dobbiamo mirare è la qualità della vita del soggetto anziano.

Se un tempo il chirurgo si occupava principalmente di trattare la patologia, oggi l'atto terapeutico deve essere modulato specie in funzione della presenza di situazioni patologiche concomitanti, ricorrendo se necessario anche solo a trattamenti palliativi.

Quasi l'80% dei pazienti anziani candidati ad un trattamento chirurgico ha già subito almeno un episodio patologico di un qualche rilievo e quindi un intervento chirurgico su un tale malato, sebbene ben programmato e ben condotto, può rompere il fragile equilibrio preesistente. La chirurgia geriatrica, soprattutto quella in day surgery, deve essere quindi attenta valutazione del rischio e se fondamento del rischio sono le complicanze postoperatorie allora la chirurgia geriatrica è accuratezza della preparazione e certissima attenzione nell'assistenza postoperatoria.

Ricordiamoci che l'invecchiamento comporta delle fisiologiche variazioni della funzione respiratoria, della funzionalità cardiovascolare, della situazione neurologica, dell'emuntorio renale ed anche variazioni dello stato nutrizionale.

Il nuovo modo di affrontare il malato in età geriatrica è stato accompagnato e favorito anche dai progressi della diagnostica, dell'anestesia e soprattutto della chirurgia.

La radiologia in particolare ha ulteriormente affinato le metodiche radiologiche tradizionali, ha

sviluppato tipi di TC e risonanze magnetiche sempre più sensibili e veloci, ha ampliato le indicazioni e gli impieghi dell'ecografia.

L'anestesia, oltre ad applicare nuove metodiche di studio del paziente classificandolo in base al rischio anestesiológico (ASA), ha sviluppato tipi di anestesia locale, locoregionale ed in sedazione applicabili anche a pazienti estremamente delicati. Inoltre un adeguato controllo del dolore postoperatorio ha permesso nell'anziano una dimissione precoce ed una maggiore autonomia una volta tornato a casa.

La chirurgia si è avvalsa nell'ultimo ventennio di nuove metodiche, nuovi materiali, nuovi strumenti in grado di migliorare significativamente sia i tempi operatori che il decorso e la qualità di vita.

Grazie a tutti questi fattori oggi i soggetti anziani possono essere sottoposti in relativa tranquillità ad interventi per patologie della parete addominale, flebologiche, proctologiche, mammarie, con degenze ridotte al minimo, al limite con i tempi della chirurgia ambulatoriale.

Nelle patologie della parete addominale, per esempio, l'evoluzione della tecnica a partire dall'intervento di Bassini, passando attraverso quello di Shouldice ed arrivando alle metodiche "tension free" ha progressivamente ridotto i tempi di degenza ma soprattutto di inabilità e quasi annullato il dolore. L'utilizzo infatti della tecnica protesica ha permesso l'esecuzione dell'intervento anche in anestesia locale, in tempi rapidi e con una ripresa funzionale pressoché immediata.

La nostra esperienza riguarda più di 3000 pazienti in 25 anni di attività. Infatti, dal giugno 1985 al giugno 2010, presso la Clinica Chirurgica Geriatrica dell'Università di Padova sono stati eseguiti 3427 interventi di ernioplastica inguinale e crurale in 3112 pazienti. Di questi 363 erano pazienti di età ≥ 80 anni pari al 11.6% con età media di 85 anni (range: 80-98). I maschi erano 272 (75%), le femmine 91 (25%) (Tab. 1).

TABELLA 1 - INCIDENZA DI ERNIE IN PAZIENTI CON ETÀ ≥ 80 ANNI*.

<i>Pazienti con età ≥ 80 aa (n. 363)</i>		
Maschi	272	(75%)
Femmine	91	(25%)
M/F	3/1	
Età media, anni	85	
Range di età	80-98	
<i>Ernie (n. 394)</i>		
- inguinali	362	(92%)
- crurali	32	(8%)
- primitive	342	(87%)
- recidive	52	(13%)
- monolaterali	346	(88%)
- bilaterali	48	(12%)
- elezione	485	(92%)
- urgenza	32	(8%)

*Nota: considerato come singolo caso anche lo stesso paziente se operato a distanza controlateralmente.

Fino al 1990 la totalità degli interventi di ernioplastica inguinale per ernie primitive è stata eseguita secondo la tecnica di Bassini o di Bassini modificata sec. Terranova con riparazione separata della fascia trasversalis ricostruita con sutura continua in polipropilene o in PTFE. Successivamente nel biennio 1991-1992 il 70% delle ernioplastiche inguinali sono state confezionate con la tecnica proposta da Shouldice. Infine dal 1993 abbiamo adottato la tecnica di Lichtenstein con la quale abbiamo corretto il 100% delle ernie inguinali e crurali primitive monolaterali in elezione, ovvero 193 ernie, pari al 49%.

Le complicanze maggiori si sono verificate dopo interventi eseguiti in urgenza: 1 polmonite, 2 casi di cardiopatia ischemica, 1 caso di insufficienza renale acuta, 1 arresto cardiaco intraoperato-

rio risoltosi con massaggio cardiaco. In elezione segnaliamo: 1 caso di gangrena dello scroto. La mortalità globale è stata dello 0,55%: un maschio deceduto per infarto miocardico acuto il giorno stesso dell'intervento, una femmina deceduta per accidente cerebro-vascolare. Entrambi i decessi si sono verificati dopo interventi eseguiti in urgenza.

Analoghi risultati si stanno ottenendo anche per le altre problematiche della parete addominale quali le ernie ombelicali, crurali ed i piccoli laparoceli.

Anche nelle patologie flebologiche si sta procedendo con buoni risultati, utilizzando per esempio tecniche innovative quali la chirurgia videoassistita delle perforanti, in grado di ridurre al minimo i disagi (specialmente nell'insufficienza venosa primitiva, recidiva e postflebitica) determinati dalle ampie incisioni e scollamenti necessari nella chirurgia tradizionale.

Nella nostra esperienza abbiamo trattato in day hospital negli ultimi 25 anni 2111 pazienti affetti da patologie flebologiche il 40% dei quali (844 soggetti) di età superiore ai 70 anni, con un'incidenza di complicanze postoperatorie pari al 4.2%, paragonabile ai soggetti adulti.

Anche gli interventi di proctologia hanno potuto avvalersi delle tecniche anestesilogiche locali o locoregionali ma soprattutto sono state sviluppate metodiche in grado di eliminare le tradizionali legature dei gavoccioli emorroidali con l'utilizzo di strumenti ad ultrasuoni. L'introduzione della mucoprolassectomia con suturatrice meccanica ha permesso la correzione in tempi rapidissimi anche dei prolapsi mucosi concomitanti alla malattia emorroidaria. Nella nostra esperienza, che annovera 2880 interventi, il 38 % dei pazienti (1123) aveva oltre 75 anni. In questi ultimi soggetti il 70% dei trattamenti (786 casi) ha riguardato la patologia emorroidaria (negli ultimi 5 anni trattata anche con la tecnica di Longo), il 20% (225) ragadi e ipertono sfinteriale, il 7% fistole ed ascessi perianali (79) mentre il 3% (339) ha riguardato il trattamento di patologie proctologiche minori.

Le complicanze postoperatorie sono state pari al 5.1% con prevalenza di emorragie precoci (entro 24 h) pari al 38 % di tutte le complicanze, ma assolutamente paragonabili alle casistiche riguardanti pazienti più giovani.

In conclusione la popolazione che ha ottenuto i maggiori vantaggi dalla chirurgia di un giorno è sicuramente quella anziana in termini di minore invasività, riduzione del dolore e dimissione precoce.

Le nuove tecniche anestesilogiche, i progressi fatti sui materiali e strumenti chirurgici, gli indubbi vantaggi economici hanno notevolmente contribuito al successo di questa metodica, ma è stato soprattutto il nuovo modo di concepire le problematiche dell'anziano che ha reso possibile il passo decisivo verso una forma di chirurgia ancora tutta da scoprire.

Ed il futuro? È già realtà: si parla ormai di laparoscopia in day surgery. Sono diverse ad esempio le esperienze di colecistectomie laparoscopiche eseguite in day surgery negli anziani e grandi innovazioni si stanno attuando anche in chirurgia vascolare, in particolare con le metodiche endovascolari, ed in chirurgia endoscopica con terapie radicali e palliative per patologie benigne e maligne del tratto gastroenterico.

Ulteriore traguardo sarà la "week surgery", con degenza post-operatoria inferiore ai 5 giorni e dimissione precoce.

Bibliografia

1. Burnet W, McDafrey J. Surgical procedures in the elderly. Surg Gynec Obstet 1992; 134: 221.
2. Cole WH. Operability in the young and aged. Am Surg 1999; 138: 145.
3. Gritti G, Terranova O, Giunta G. Il rischio operatorio nella chirurgia dell'anziano. Giorn Geront 1979; 27 (12): 125.
4. Marti MC. Gerontochirurgie: experience de la Clinique Universitaire de Chirurgie de Geneve. Ann Anest Franc 1997; 481: 5-6.
5. Terranova O, Battocchio F. Trattamento chirurgico in anestesia locale dell'ernia inguinale nell'anziano. Acta Chirurgica Italica 1988; 44:82-96.
6. Lubrano T, Campanelli GP. Selezione dei pazienti e gestione delle complicanze in day e one day surgery. Day Surgery 2002; 1: 18-25.
7. Allen PM, Zagher M, Goldmann M. Elective repair of groin hernias in the elderly. Br J Surg 1987; 7: 987-990.
8. Battocchio F, Martella B, Celi D, Nistri R, Moussa M, Terranova O. La chirurgia delle ernie della regione inguinale e crurale nell'anziano. Atti III Cong Naz Soc Ita Chir Ger, Padova 1989; 791-796.
9. Donati A, Zanghi G, Brancato G, Privitera A, Parrinello V. La chirurgia erniaria in day-surgery nell'anziano. Atti III

- giornate europee Chir Ger - Luglio 1997, 71-76.
10. Burns - Cox N, Campbell WB, Van Nimmen BAJ, Vercaeren PMK, Lucarotti M. Surgical care and outcome for patients in their nineties. *Br J Surg* 1997; 84: 496-498.
 11. Terranova O, Battocchio F, Nistri R, Martella B, Celi D. Proposte di modifica alla tecnica di Bassini per il trattamento dell'ernia inguinale. *Acta Chir Ital* 1989; 45: 810-812.
 12. Spirch S, Martella B, Militello C, Nistri R, De Santis L, Ciardo L, Dalla Vecchia D, Perelda F, Reale F, Volpin E, Terranova O. Surgery of inguinal and femoral ernia in the elderly. *Chir Ital* 1997; 49 (4-5): 53-55.
 13. Terranova O, Battocchio F, Nistri R, Celi D, Alati GL, De Zen GF. Il trattamento chirurgico in anestesia locale dell'ernia inguinale dell'anziano. *Acta Chir Ital* 1988; 44: 1-7.
 14. Saviano MS, Gelmini, R, Piccoli M, Heydari A, Guarasci N, Pezcoller C. Evaluation of costs in surgery of inguinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. *Ann Ital Chir* 1996; 67 (5): 615-619.
 15. Gianetta E, De Cian F, Cuneo S, Friedman D. Hernia repair in elderly patients. *Br J Surg* 1997; 84: 983-985.
 16. Spirch S, Martella B, Militello C, Nistri R, Ciardo L, Dalla Vecchia D, Perelda F, Reale F, Sarri C, Volpin E, Terranova O. Day Surgery in the aged (treatment of inguinal and femoral ernia). *Amb Surg* 1999; 7 (2): S47-S48.
-