

**AMBULATORIO DI CHIRURGIA
MINI-INVASIVA DEL COLON-RETTO**
UOC di Chirurgia Generale



Fatebenefratelli Isola Tiberina
OSPEDALE SAN GIOVANNI CALIBITA

Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio

IL NOSTRO SERVIZIO

La UOC di Chirurgia Generale esegue ogni anno circa 180 interventi chirurgici sul colon-retto per patologia benigna e maligna in elezione e in urgenza. Gli interventi sono eseguiti con tecnica mini-invasiva laparoscopica in oltre il 70 % dei casi.

Un **team multidisciplinare** (Chirurgo, Endoscopista, Radioterapista, Oncologo, Psicologo, Radiologo, Patologo) prende in carico il paziente affetto da tumore del colon-retto e delinea, per

ciascun paziente, un **percorso personalizzato** di gestione clinica del periodo pre e postoperatorio, nel rispetto delle linee-guida internazionali, al fine di minimizzare l'impatto dell'atto chirurgico e garantire una rapida *restitutio ad integrum*.

Nel periodo post-operatorio infine, l'Unità Operativa si avvale di infermieri specializzati nelle medicazioni avanzate e nella gestione della stomia, per i pazienti che lo necessitano.



GIORNI E ORARI DI ACCESSO

Ambulatorio di Chirurgia mini-invasiva del colon-retto: III piano scala C

In convenzione con il SSN e in Privato Sociale (a tariffa agevolata):

Lunedì - mercoledì - venerdì dalle ore 10.30 alle ore 13.00

Telefono: 06.6837248

IL TUMORE DEL COLON RETTO

Insorge nell'ultimo tratto dell'intestino ed é causato dalla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa, ossia del rivestimento interno della parete intestinale. Risulta a livello mondiale il terzo tumore per incidenza (**1.8 milioni nuovi casi** nel 2018) e il secondo per mortalità (**880.000 decessi**).

In Italia ogni anno, sono circa **27.000 i nuovi casi diagnosticati** per questa neoplasia ed i **pazienti deceduti** sono **15.000**.

Il tumore si sviluppa più spesso nel colon (70% dei casi) e meno frequentemente nel retto (30%).

Esistono dei fattori di rischio che predispongono all'insorgenza di questa neoplasia e sono rappresentati da: età (>50anni); storia familiare (il rischio aumenta se vi sono all'interno della famiglia genitori o fratelli che hanno avuto un tumore coloretale); sovrappeso e scarsa attività fisica; dieta (ricca di grassi e povera di fibre); fumo e alcool. Si tratta comunque di un tumore che si può prevenire o guarire se la diagnosi viene eseguita precocemente. I risultati della terapia chirurgica sono buoni quando la lesione è in stadio iniziale.

PREVENZIONE E DIAGNOSI

La prevenzione primaria è basata sulla correzione ed eventuale eliminazione dei fattori di rischio (dieta, attività fisica, fumo, alcol).

Il nostro SSN prevede programmi regionali di screening di popolazione basati sulla **ricerca di sangue occulto nelle feci**, ogni 2 anni, nei soggetti di età superiore a 50 anni. In caso di risultato del test positivo, è obbligatorio eseguire una colonscopia per ricercare la causa del sanguinamento.

Per i soggetti che abbiano familiarità per neoplasie dell'intestino è raccomandabile, superati i 40 anni, sottoporsi direttamente ad una **colonscopia di screening**, che ha una maggiore sensibilità nella diagnosi delle lesioni precancerose. Per il resto della popolazione è raccomandata la colonscopia dopo i 50 anni ed a tutti i soggetti che manifestino uno dei seguenti sintomi: perdita di sangue dal retto, diarrea protratta nel tempo, modifiche nella consistenza e nella forma delle feci, tenesmo (stimolo inappropriato all'evacuazione), dolori addominali.

Se durante la colonscopia viene accertata la presenza di polipi è possibile procedere alla loro rimozione (**polipectomia**) con sottili strumenti endoscopici.

Oltre alla colonscopia, esiste la **colonscopia virtuale**: una metodica diagnostica in grado di fornire un'analisi dettagliata della superficie interna del colon, senza dover ricorrere all'introduzione del colonscopio.

La **TC** dell'addome e del torace viene eseguita per la stadiazione preoperatoria, che deve escludere metastasi a distanza (fegato, polmone).

In caso di tumore del retto, sono inoltre utili per stabilire il percorso terapeutico anche:


- la **risonanza magnetica** (RMN) che permette il riconoscimento accurato della diffusione o dell'infiltrazione della malattia nelle strutture adiacenti (mesoretto, vasi, linfonodi);
- l'**ecografia transanale** (EUS): una metodica diagnostica che attraverso una sonda ad ultrasuoni individua l'eventuale diffusione del tumore nei vari strati della parete intestinale e l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi regionali.

TRATTAMENTI

Se il tumore ha invaso gli strati profondi della parete del colon o non è possibile rimuovere la lesione durante la colonscopia, allora è necessario asportare il tratto di intestino sede del tumore ed un margine di tessuto sano da entrambi i lati della massa. Insieme al tumore vengono asportati i linfonodi regionali, che saranno esaminati per escludere metastasi linfonodali.

La **tecnica laparoscopica** rappresenta la prima scelta nei pazienti con neoplasia del colon in quanto caratterizzata da migliore *income pre-operatorio* (non essendo, ad oggi, indicata la preparazione intestinale) e *outcome post-operatorio* (più rapida ripresa del transito





intestinale, rapida mobilitazione del paziente, minor dolore nel post-operatorio, rialimentazione precoce e quindi ospedalizzazione più breve).

L'intervento, che necessita di un'**anestesia generale**, viene effettuato mediante piccole incisioni di circa 1 cm. Attraverso queste vengono introdotti in addome una microtelecamera e sottili strumenti chirurgici che consentono di effettuare l'intervento con maggiore precisione anche grazie all'ausilio di nuovi *device chirurgici*. Infine una piccola incisione protetta poco sopra il pube, consente l'estrazione dell'organo malato, che viene inviato al patologo per l'esame istologico. L'intervento si conclude ricostituendo la continuità intestinale con un'anastomosi (sutura) tra i due monconi intestinali.

PRINCIPALI INTERVENTI SUL COLON-RETTO

- **Emicolectomia destra:** per neoplasie del cieco, colon ascendente, flessura epatica, trasverso distale, e flessura splenica.
- **Emicolectomia sinistra:** per neoplasie del colon discendente e del sigma.
- **Colectomia sub-totale con conservazione del retto:** per neoplasie multiple sincrone o per neoplasia del colon sinistro occludente con severa distensione del colon destro.
- **Resezione anteriore del retto con anastomosi colo-rettale o colo-ale:** per le neoplasie del retto. In questi casi, talvolta, è necessario confezionare una ileostomia o una colostomia temporanea di protezione. Dopo circa quattro settimane, dopo aver ispezionato l'anastomosi con una colonscopia, sarà possibile eliminare la stomia ricostituendo la continuità intestinale.
- **Resezione addomino-perineale secondo Miles:** per neoplasie del retto o del canale anale con coinvolgimento dell'apparato sfinteriale. In questi casi, viene confezionata una colostomia terminale permanente sulla parte sinistra dell'addome.
- In caso di tumori nel retto, in stadio iniziale e non asportabili durante la colonscopia, può essere praticata l'asportazione transanale della neoplasia con tecnica endoscopica microchirurgica (**TEM**).

IL POST-OPERATORIO

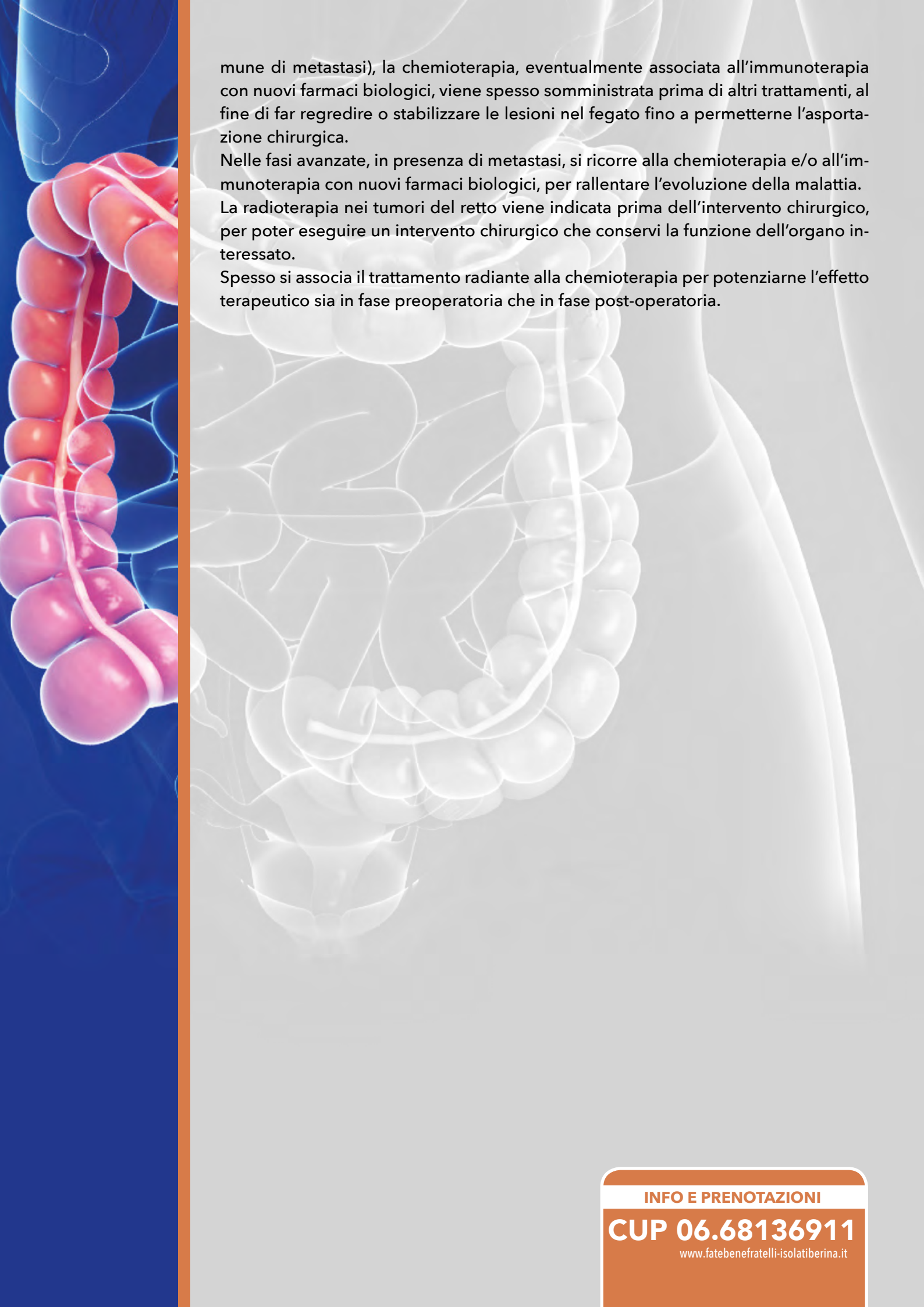
La ripresa dopo l'intervento è oggi resa più rapida anche grazie all'utilizzo di protocolli specifici che prevedono la mobilitazione del paziente già il giorno dopo l'intervento e la possibilità di bere e poi mangiare in II e III giornata.

La dimissione avviene in genere tra cinque e i sette giorni dall'intervento chirurgico. Al momento della dimissione, il paziente riceve una lettera ove oltre alle prescrizioni farmacologiche e ad una dieta calibrata vengono forniti gli appuntamenti per i controlli postoperatori e per la visita con l'oncologo.

TRATTAMENTI CHEMIO E RADIOTERAPICI

Il **trattamento chemioterapico** svolge un ruolo nel prevenire le recidive post-chirurgiche e nel trattare la malattia avanzata metastatica. La **radioterapia** ha invece un ruolo nel trattamento preoperatorio o palliativo.

Se al momento della diagnosi il tumore risulta già diffuso al fegato (la sede più co-



mune di metastasi), la chemioterapia, eventualmente associata all'immunoterapia con nuovi farmaci biologici, viene spesso somministrata prima di altri trattamenti, al fine di far regredire o stabilizzare le lesioni nel fegato fino a permetterne l'asportazione chirurgica.

Nelle fasi avanzate, in presenza di metastasi, si ricorre alla chemioterapia e/o all'immunoterapia con nuovi farmaci biologici, per rallentare l'evoluzione della malattia. La radioterapia nei tumori del retto viene indicata prima dell'intervento chirurgico, per poter eseguire un intervento chirurgico che conservi la funzione dell'organo interessato.

Spesso si associa il trattamento radiante alla chemioterapia per potenziarne l'effetto terapeutico sia in fase preoperatoria che in fase post-operatoria.

INFO E PRENOTAZIONI

CUP 06.68136911

www.fatebenefratelli-isolatiberina.it