

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI





A cura di

Prof. Antonino Spinelli

Direttore UO Chirurgia del Colon e del Retto

Humanitas Research Hospital, Humanitas University - Rozzano, Milano

Co-direttore del centro integrato IBD

Michele Carvello

Aiuto chirurgo, UO Chirurgia del Colon e del Retto

Humanitas Research hospital

Ricercatore Universitario in Chirurgia Generale, Humanitas University



GIUGNO 2025



A nome mio personale e del Comitato Medico Scientifico di AMICI, desideriamo esternare un sincero ringraziamento al Prof. Antonino Spinelli per la stesura del presente opuscolo sul trattamento chirurgico delle MICI.

È la testimonianza dell'attenzione rivolta da lui e dai chirurghi italiani nell'applicare tecniche chirurgiche sempre meno invasive, più conservative e sempre più rivolte ad ottenere una migliore qualità di vita.

Infine, è un chiaro segno della reale collaborazione multidisciplinare – non solo con i colleghi gastroenterologi e patologi – nel trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

Ferdinando Ficari

Centro di Riferimento Regionale MICI - IBD Unit - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Comitato Medico Scientifico AMICI Italia

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)

La Rettocolite Ulcerosa (RCU) e la Malattia di Crohn (MC) sono due condizioni infiammatorie croniche che colpiscono l'intestino. Insieme, vengono identificate con il termine **malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)**, o, in inglese, **IBD** (inflammatory bowel diseases).

Esiste anche una terza forma, la colite indeterminata, che presenta caratteristiche comuni alla RCU e alla MC e che, almeno inizialmente, può non essere facilmente classificabile.

Negli ultimi anni, il trattamento delle MICI si è arricchito di molteplici opzioni, sia mediche che chirurgiche. Il primo approccio è generalmente farmacologico, con l'obiettivo di controllare i sintomi e prevenire complicanze.

Tuttavia, in alcune situazioni specifiche, la chirurgia può rappresentare fin da subito un'alternativa terapeutica valida, alla pari della terapia medica, e con beneficio a lungo termine.

In questi casi, la scelta tra trattamento medico e chirurgico viene valutata attentamente in base alla gravità e localizzazione della malattia, al quadro clinico individuale e alle preferenze del paziente.

È importante sottolineare che l'intervento chirurgico, quando indicato, non rappresenta un fallimento della terapia, ma fa parte di un approccio integrato e personalizzato alla cura della malattia, nell'ambito del percorso multidisciplinare dedicato al paziente con MICI.



Cenni di anatomia dell'intestino: comprendere il nostro corpo

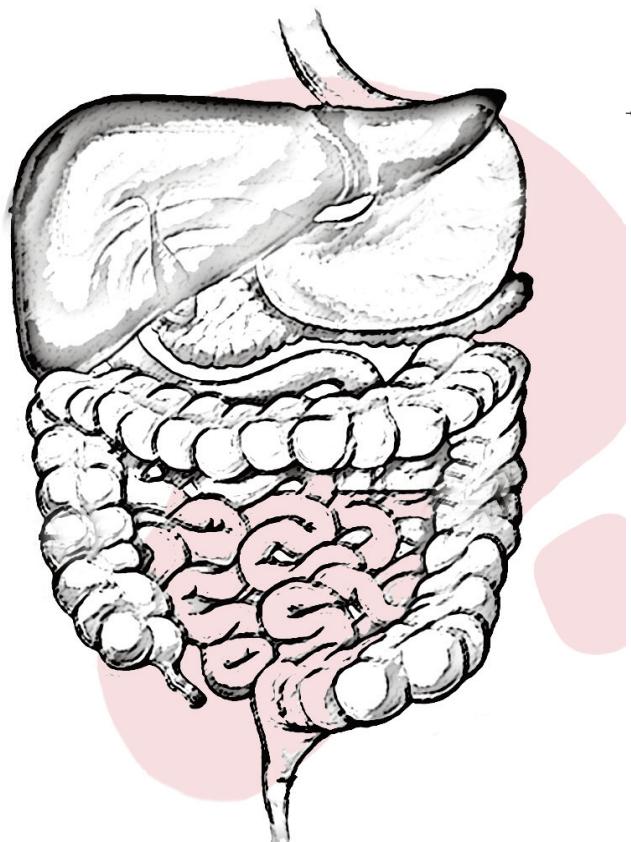
L'intestino è formato da due parti principali: l'**intestino tenue** e l'**intestino crasso**. L'intestino tenue collega lo stomaco all'intestino crasso. È lungo circa 3 metri e comprende tre tratti: duodeno, digiuno e ileo. Qui avviene la maggior parte della digestione e dell'assorbimento dei nutrienti. Nel duodeno arrivano i succhi prodotti dal pancreas e la bile proveniente dal fegato, che aiutano a scomporre il cibo in sostanze più semplici.

La parete dell'intestino tenue è ricca di pieghe e villi, piccole estroflessioni che aumentano la superficie di assorbimento, permettendo di assimilare al meglio le sostanze nutritive.

L'intestino crasso, lungo circa 1,5 metri, inizia alla fine dell'intestino tenue (valvola ileocecale) e termina con l'ano. È composto da: cieco, colon (ascendente, trasverso, discendente), sigma, retto e canale anale.

Nel colon viene riassorbita gran parte dell'acqua e dei sali minerali presenti nel materiale non digerito, attraverso movimenti che lo rimescolano e lo spingono in avanti.

Le feci così formate raggiungono il retto, che ha pareti elastiche capaci di riconoscere se il contenuto è liquido o solido. Quando il retto si riempie oltre una certa soglia, si attiva lo stimolo alla defecazione, che porta all'evacuazione attraverso il canale anale.



Anatomia degli organi addominali





LA RETTOCOLITE ULCEROSA (RCU)

La Rettocolite Ulcerosa (RCU) è una malattia infiammatoria cronica che colpisce esclusivamente il colon e il retto, cioè la parte finale dell'intestino.

L'infiammazione si sviluppa in modo continuo, partendo dal retto e risalendo verso il colon, senza alternanza di tratti sani e malati. A differenza della Malattia di Crohn, la RCU non interessa mai altri tratti dell'apparato digerente.

Oltre ai sintomi intestinali, alcune persone possono manifestare anche disturbi in altre parti del corpo, chiamati manifestazioni extraintestinali. Le più comuni sono:

- infiammazioni agli occhi,
- lesioni cutanee,
- artriti, soprattutto nella zona del bacino.

Per monitorare correttamente la malattia, è importante che i pazienti con RCU si sottopongano a controlli endoscopici regolari, come stabilito dal proprio gastroenterologo.

Questi controlli sono utili non solo quando i sintomi sono presenti o aumentano, ma anche nei periodi di benessere: infatti, aiutano a prevenire eventuali complicanze a lungo termine, come il tumore del colon-retto, il cui rischio può aumentare nel tempo nei pazienti con RCU.

Indicazioni chirurgiche

Nella maggior parte dei pazienti con Rettocolite Ulcerosa (RCU), la malattia può essere controllata con le terapie farmacologiche. Tuttavia, in alcuni casi può essere necessario ricorrere alla chirurgia, che rappresenta un'opzione terapeutica valida e importante, e non solo in situazioni di emergenza.

L'intervento chirurgico può essere indicato:

In urgenza, quando si verificano complicanze potenzialmente gravi come:

- Megacolon tossico (una dilatazione del colon causata da forte infiammazione che può portare alla perforazione),
- Sanguinamento intestinale importante,
- Perforazione del colon.

In elezione (programmato), quando:

- La terapia medica non è più efficace nel controllare i sintomi, che possono essere severi e compromettere la qualità della vita,
- Si osserva un peggioramento generale delle condizioni cliniche o un ritardo nella crescita (nei pazienti giovani),
- Viene riscontrata la presenza di lesioni tumorali o pre-tumorali, anche in pazienti che non presentano sintomi.

Una comunicazione chiara tra paziente, gastroenterologo e chirurgo è fondamentale per individuare il momento più appropriato per l'intervento, evitando di arrivare a condizioni d'urgenza, che comportano rischi maggiori.

Fattori come un uso prolungato di cortisonici ad alte dosi o uno stato nutrizionale compromesso (calo di peso marcato, perdita di massa muscolare, stanchezza e fa-



cile affaticamento) possono aumentare i rischi dell'intervento. Per questo motivo, la tempistica dell'operazione è un elemento cruciale nel percorso di cura.

Opzioni chirurgiche

IN URGENZA

Quando si interviene in condizioni cliniche delicate o critiche e con pazienti in terapia cortisonica ad alte dosi, si esegue una colectomia totale, ovvero l'asportazione completa del colon (lasciando in sede il retto). Per consentire l'eliminazione delle feci, si crea un'apertura sull'addome (ileostomia terminale), collegando una parte dell'intestino tenue alla pelle. Le feci vengono raccolte in un sacchetto esterno che il paziente impara a gestire con semplicità e autonomia.

IN ELEZIONE (programmato)

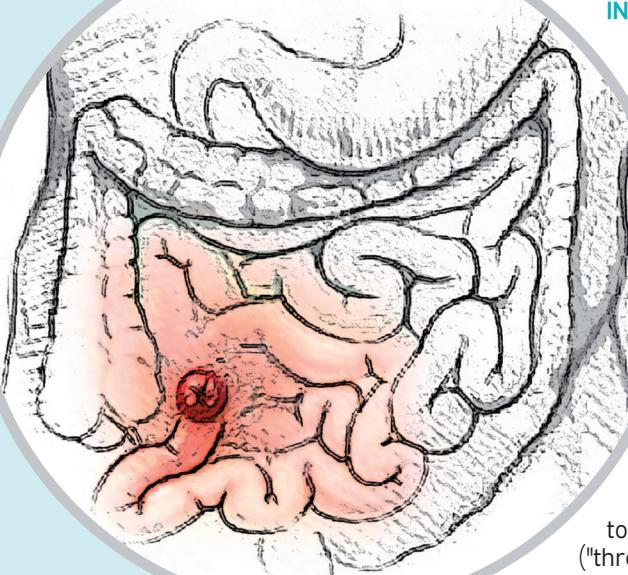
La colectomia totale può essere eseguita anche in elezione, come primo passo chirurgico per pazienti con colite cronicamente attiva, cioè con malattia persistentemente attiva che non risponde adeguatamente ai farmaci e che impatta negativamente la qualità della vita in maniera continua (dolore addominale, evacuazioni non controllate, perdite di sangue e muco).

In questo caso, la colectomia rappresenta il primo step di un percorso chiamato proctocolectomia restaurativa in tre tempi ("three-stage surgery"):

1 Primo intervento: colectomia totale con ileostomia terminale (il retto viene lasciato in sede temporaneamente).

- 2** Secondo intervento: rimozione del retto e costruzione della pouch ileoanale.
- 3** Terzo intervento: chiusura dell'ileostomia e ripristino del transito intestinale.

Questa strategia in più tempi consente di ridurre i rischi chirurgici e favorire una guarigione migliore, soprattutto nei pazienti debilitati o in terapia immunosoppressiva.



Ileostomia in fianco destro



OPZIONE MODIFICATA A DUE TEMPI (modified two-stage)

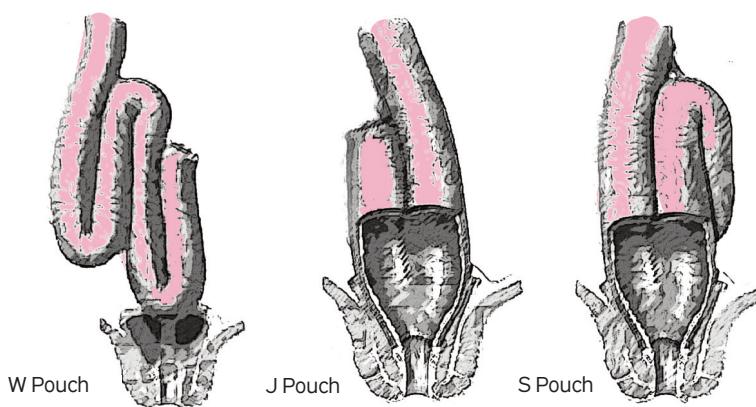
In alcuni casi molto selezionati, può essere proposta una "modified two-stage surgery". In questo caso:

- 1 Si esegue una colectomia totale con ileostomia terminale, poiché il paziente è ancora in condizioni troppo delicate per affrontare un intervento definitivo senza rischi.
- 2 Successivamente, in un secondo momento, si costruisce la pouch ileoanale e si collega direttamente al canale anale senza necessità di stomia. Eliminando quindi il terzo intervento che ne comporterebbe la chiusura.

Questa opzione consente di ridurre l'impatto della stomia (non presente infatti nella seconda procedura), con il vantaggio di un recupero graduale per il paziente dopo la colectomia totale, prima di completare l'intervento chirurgico con la costruzione della pouch ileo anale.

Pouch ileoanale

La pouch ileoanale è un vero e proprio serbatoio per la raccolta delle feci, ottenuto utilizzando un tratto di intestino autologo (cioè dello stesso paziente), ripiegato e ricucito su se stesso, che viene quindi collegato al canale anale. Questa procedura non richiede l'uso di trapianti o tessuti esterni. Esistono differenti tipi di pouch, come la pouch a J, a Se a W, ma attualmente la J-pouch è lo standard chirurgico, grazie alla sua relativa semplicità costruttiva e ai buoni risultati a lungo termine.



Tecniche di costruzione della Pouch ileale

Si tratta comunque di una procedura molto delicata e, di solito, è accompagnata dalla creazione di un'ileostomia laterale, che serve a proteggere la sutura dal passaggio delle feci e a favorire una guarigione ottimale. L'ileostomia laterale può essere chiusa successivamente, solitamente dopo circa 2 mesi, una volta confermato il buon esito dell'intervento, ripristinando così il normale transito delle feci.



Questa ricostruzione consente di ottenere un significativo miglioramento nella qualità della vita della maggior parte dei pazienti. Dopo l'intervento, il paziente non avrà più le scariche frequenti e debilitanti della malattia attiva, che spesso costituiscono il principale disagio prima dell'intervento. La funzione intestinale, sebbene diversa, è più stabile e permette al paziente di riprendere un regime alimentare più regolare e senza il peso dei sintomi quotidiani della malattia.

In generale, ci si può aspettare evacuazioni più frequenti (solitamente tra 5 e 8 al giorno in una pouch ben funzionante) e fæci più liquide, poiché il colon, che normalmente riassorbe gran parte dell'acqua, viene rimosso. Questi cambiamenti, però, non comportano più i disturbi dolorosi e invalidanti della malattia attiva, e sono gestibili con una normale routine quotidiana.

Un'eventuale pouchite, ossia l'infiammazione della pouch, è un disturbo che può verificarsi in un'alta percentuale di pazienti, ma nella maggior parte dei casi può essere trattato efficacemente con antibiotici. La pouchite si manifesta con sintomi come febbre, diarrea micosanguinolenta e crampi addominali, e viene diagnosticata tramite endoscopia. Sebbene la pouchite sia il disturbo più frequente, è generalmente ben gestibile con terapie mediche, e la maggior parte dei pazienti sperimenta un miglioramento rapido e completo.

In alcuni rari casi, la pouchite può diventare cronica e, se non trattata adeguatamente, può portare alla "pouch failure", ossia alla necessità di rimuovere la pouch. Tuttavia, questo accade in meno del 5% dei pazienti, e anche in questi casi, le opzioni chirurgiche alternative permettono di affrontare la situazione in modo efficace.

In alcuni pazienti, la costruzione della pouch potrebbe non essere possibile a causa di caratteristiche cliniche o anatomiche del paziente. In questi casi, si opta per una proctocolectomia non restaurativa, ossia l'asportazione del colon e del retto e la creazione di un'ileostomia terminale definitiva.

Anastomosi ileo-retto

In alcuni casi molto selezionati, in cui il retto è risparmiato dalla malattia, è possibile eseguire un intervento chirurgico di colectomia totale (asportazione del colon) con una sutura fra l'intestino tenue e il retto, chiamata ileo-retto anastomosi. Questo intervento è indicato in situazioni particolari e può rappresentare una buona opzione per alcuni pazienti.

È importante sottolineare che chi si sottopone a questa procedura dovrà seguire un programma di controlli regolari per monitorare il retto residuo, poiché, nel tempo, potrebbe svilupparsi displasia (lesioni precancerose) o tumore. Questi controlli sono fondamentali per garantire una gestione tempestiva e adeguata della situazione. Inoltre, spesso è necessario continuare con la terapia locale o per bocca per controllare l'attività della malattia nel retto. In alcuni casi, dopo alcuni anni, potrebbe essere indicato un nuovo intervento per rimuovere il retto (proctectomia residua), con o senza la creazione di una pouch ileo-anale, a seconda delle condizioni del paziente e delle necessità cliniche.



LA MALATTIA DI CROHN

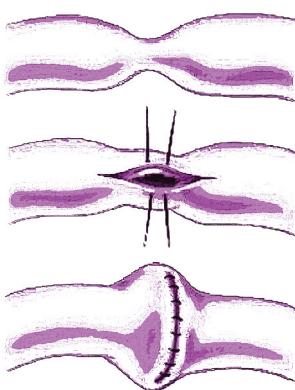
La **Malattia di Crohn** (MC) è una malattia infiammatoria cronica intestinale che, a differenza della RCU, può colpire qualsiasi tratto dell'apparato gastrointestinale (dalla bocca all'ano). L'infiammazione coinvolge tutti gli strati della parete intestinale e questo spiega le frequenti complicanze di questa patologia, ovvero le fistole, gli ascessi e le stenosi. Sono proprio queste caratteristiche che rendono molto più frequente in questi pazienti l'indicazione chirurgica.

Le fistole sono comunicazioni patologiche che si formano tra tratti intestinali o tra un'ansa intestinale ed un altro organo cavo, come ad esempio la vescica, oppure a livello perianale. Anche gli ascessi possono formarsi sia a livello addominale che perianale, e possono rendersi responsabili di gravi quadri infiammatori e infettivi. Le stenosi (ovvero riduzioni di calibro del viscere) possono causare occlusioni intestinali.

Terapia chirurgica

A differenza della RCU, il trattamento chirurgico si rende molto più spesso necessario nella Malattia di Crohn. Il problema più importante, però, è che la malattia coinvolge più tratti intestinali ed è soggetta ad un alto rischio di recidiva, soprattutto nelle sedi di pregressa chirurgia. Essendo una malattia cronica e recidivante, la chirurgia ha il compito di trattarne le complicanze, ma non è mai, per definizione, "radicale", così come la terapia fa.

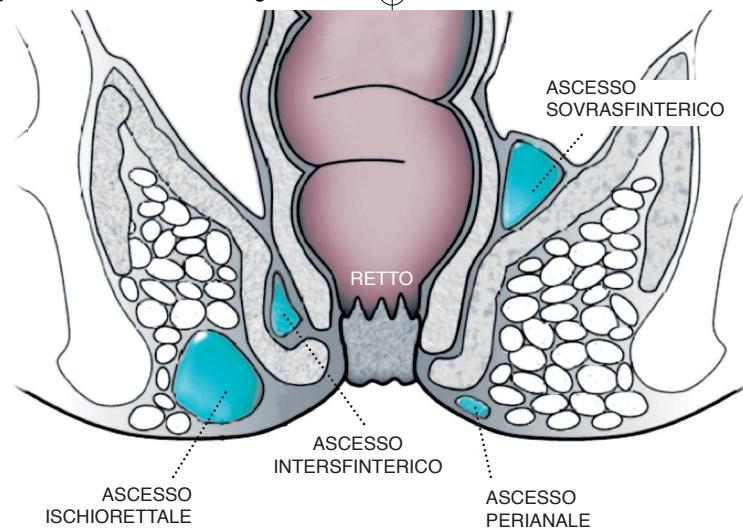
Il ricorso alla chirurgia diventa necessario per le complicanze della malattia, quando la malattia non risponde più alle terapie mediche, o quando le stesse non possono essere proseguite per varie ragioni. Nella maggior parte dei casi l'intervento può essere eseguito in elezione, con risultati migliori rispetto a quando si deve intervenire in urgenza. Anche nella Malattia di Crohn l'approccio miniminvasivo ha mostrato vantaggi rispetto a quello tradizionale, per il recupero post-operatorio più rapido, la riduzione del rischio infettivo, la possibilità, in caso di interventi successivi, di poter ancora eseguire l'intervento in laparoscopia, e l'aspetto estetico di preservazione della parete addominale.



La resezione ileo-ciecale è il trattamento che viene più spesso eseguito, dato che l'ultima ansa ileale è la localizzazione più frequente e interessata da stenosi (restringimenti) e fistole (perforazioni in altri organi). In questo intervento viene asportato il segmento di ileo sede di malattia ed il cieco e si ristabilisce la continuità intestinale con una "anastomosi" (sutura dei due monconi intestinali). Non è previsto il confezionamento di un'ileostomia di protezione, a meno di gravi quadri infiammatori o infettivi.

Le stritturoplastiche vengono solitamente utilizzate nelle stenosi più brevi (meno di 15 cm) o multiple, allo scopo di evitare plurime resezioni. Ne esistono tipi differenti, ma quella più eseguita è definita Heineke-Mikulicz. In

Stritturoplastica secondo Heineke-Mikulicz



Anatomia dell'ano e del retto con le possibili localizzazioni di ascesso perianale

quest'ultima si pratica una incisione longitudinale lungo l'asse intestinale che verrà poi nuovamente suturata in senso trasversale. Lo scopo è quello di dilatare il lume intestinale senza rimuovere tessuto intestinale.

Nelle localizzazioni di Malattia di Crohn al colon ("colite di Crohn") complicate o non più trattabili con i farmaci è necessario un intervento chirurgico di resezione parziale (colectomia segmentaria) o totale del colon (colectomia totale con eventuale ileo-rettoanastomosi).

Quando il retto è coinvolto dalla malattia ed in presenza di malattia perianale può essere necessario eseguire una proctocolectomia totale con ileostomia definitiva.

La malattia perianale con fistole e ascessi si presenta in circa il 30% dei casi e necessita di una valutazione molto attenta, clinica e strumentale.

Spesso può esservi indicazione a un'iniziale **esplorazione in narcosi** (EUA esame sotto anestesia) che permette di confermare o meno i reperti degli esami preoperatori (solitamente ecografia o risonanza magnetica) e stabilire il successivo trattamento. Gli ascessi perianali vengono sottoposti a drenaggio chirurgico e terapia antibiotica. Le fistole, spesso complesse e con multipli tragitti, vengono inizialmente trattate nella maggior parte dei casi con il posizionamento di un setone (non in trazione). Il setone è un filo (o fettuccia) che viene fatto passare attraverso il tragitto della fistola favorendo il completo drenaggio del pus e la guarigione dell'infezione. Questo permette al paziente di essere sottoposto ad una terapia immunosoppressiva (non possibile in caso di infezione in corso) ed in un successivo momento, di effettuare un trattamento per il tentativo di chiusura della fistola. Esistono diversi tipi di interventi per la chiusura dell'orifizio fistoloso nel canale anale, ma i risultati positivi sono molto più probabili se l'infiammazione del retto e del canale anale (proctite) viene ben controllata dai farmaci.

Le localizzazioni primitive della Malattia di Crohn al duodeno sono rare e possono essere trattate con dilatazioni endoscopiche o con il confezionamento di una stritturoplastica o, raramente, di una gastroenteroanastomosi, la creazione di un collegamento tra stomaco e digiuno per evitare l'ostacolo.



INSIEME PER LE IBD



dona il tuo 5 x mille

97091710588



Via G. Bruschetti 16, 20125 Milano
Tel. 02 83413346 - 351 5979188 - 388 3983544
fax 02 89070513

info@amicitalia.net
codice fiscale 97091710588

**SCANSIONA IL QR CODE E
SEGUICI
SUI NOSTRI CANALI SOCIAL**

