



Fascicolo informativo per Paziente da sottoporre a intervento chirurgico per *patologia del colon*



Informazioni generali

Il **colon** è l'ultimo tratto dell'intestino, in cui avvengono i fenomeni di riassorbimento dell'acqua e la formazione delle feci. Anatomicamente il colon è suddiviso in varie porzioni: nella parte destra della cavità addominale, il **cieco** e il **colon ascendente**; al centro, il **colon trasverso**; nella parte sinistra, il colon discendente e il sigma; in basso (scavo pelvico) il **retto**.

I sintomi che caratterizzano le malattie del colon sono le **modificazioni dell'alvo** (= *diarrea o stitichezza*) e la **proctorragia** (= *emissione di sangue con le feci*). Soprattutto nelle malattie infiammatorie, possono inoltre comparire meteorismo (= *distensione dell'addome provocata da aria*), dolori addominali e febbre. In caso di patologie che provocano stenosi (= *restringimento*) del colon si può manifestare un quadro di **occlusione intestinale**, caratterizzato dall'impossibilità di emettere feci e gas, con distensione addominale, vomito e disidratazione. In questo caso è urgente sottoporsi a intervento chirurgico.

Le malattie che più frequentemente colpiscono il colon sono:

Malattie infiammatorie croniche (morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa)
Si tratta di **stati infiammatori cronici**, la cui causa non è ancora chiarita (probabile alterazione del sistema immunitario). Si manifestano con febbre, diarrea ed episodi di dolore addominale.

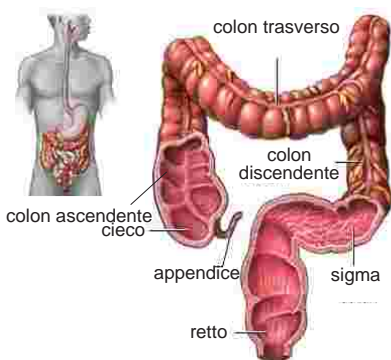
Nel morbo di Crohn possono comparire i segni dell'occlusione intestinale; è frequente inoltre la formazione di ascessi legati alla perforazione in più punti della parete intestinale colpita dal processo infiammatorio.

Nella rettocolite ulcerosa è possibile la comparsa di proctorragia e, nei casi più gravi, di "megacolon tossico" (quadro clinico caratterizzato da paralisi intestinale, enorme distensione del tratto intestinale interessato dal processo infiammatorio e stato di shock). La rettocolite ulcerosa è inoltre considerata una malattia precancerosa (cioè predisponente allo sviluppo di cancro del colon).

Il trattamento di queste malattie è di tipo **medico** (terapia con antiinfiammatori e cortisone); l'intervento chirurgico è indicato solo in caso di complicanze.

Malattia diverticolare o diverticolite del colon

I diverticoli sono **estroflessioni** (= *sviluppo verso l'esterno*) della **parete intestinale** causate da un aumento della pressione all'interno del colon. La loro comparsa è frequente in soggetti di età superiore ai 65 anni ed è favorita da errate abitudini alimentari (dieta povera di scorie) e da stitichezza. Spesso non danno alcun disturbo e non necessitano di trattamento. In alcuni casi può svilupparsi un'infezione della parete del diverticolo causata da una crescita di batteri all'interno della cavità diverticolare (malattia diverticolare o diverticolite). In questa ipotesi il Paziente avverte violenti dolori addominali, febbre e talvolta proctorragie. Nei casi di maggiore gravità si può verificare la perforazione della parete diverticolare con quadro di **peritonite** (= *infezione della cavità peritoneale legata allo spandimento di materiale fecale all'interno della cavità addominale*). In altri casi lo stato cronico di infiammazione della parete intestinale provoca lo sviluppo di un processo cicatriziale con **stenosi diverticolare** (= *restringimento del lume, cioè dello spazio interno, intestinale*). Il trattamento della diverticolite è inizialmente **medico** (antibiotici, antiinfiammatori e sospensione dell'alimentazione per alcuni giorni). In caso di stenosi o di perforazione è indicato l'intervento chirurgico.





Angiodisplasie

Si tratta di **malformazioni dei vasi sanguigni dell'intestino** che provocano fenomeni di sanguinamento: se di rilevante entità possono determinare una grave anemizzazione (= *diminuzione della massa dei globuli rossi*) e quindi la necessità di trasfusioni di sangue. In genere la diagnosi di angiodisplasia è molto difficile poiché i comuni esami per lo studio del colon (colonscopia e clisma opaco) spesso non sono in grado di mettere in evidenza la sede del sanguinamento.

La terapia chirurgica è indicata nel caso in cui si verificano ripetuti e gravi episodi di sanguinamento.

Polipi

I polipi sono **tumori benigni dell'intestino** che provocano sanguinamento (di modesta entità e, in genere, soltanto durante la defecazione) e talvolta emissione di muco biancastro con le feci. Spesso possono andare incontro a processi di degenerazione neoplastica e tramutarsi in carcinomi. Per tale motivo ne è **indispensabile l'asportazione**.

Carcinomi

Sono **neoplasie maligne** estremamente frequenti (al terzo posto fra i tumori più diffusi, dopo utero e mammella nella donna e dopo polmone e prostata nell'uomo). Hanno la tendenza a crescere di volume rapidamente, provocando ostruzione del lume (= *spazio interno*) intestinale. In presenza di una stitichezza comparsa di recente (e persistente) o di emissione di sangue con le feci, bisogna sempre sottoporsi a esami diagnostici (radiologici ed endoscopici) per escludere la presenza di una neoplasia. In questi casi è **sempre necessario l'intervento chirurgico**.

Informazioni per il Paziente

Gli interventi possibili in caso di malattie del colon sono numerosi. In tutti i casi l'accesso alla cavità addominale avviene attraverso un'**incisione longitudinale mediana**. In alternativa, in alcuni casi e a giudizio del Medico curante, è possibile utilizzare un accesso videolaparoscopico.

La chirurgia videolaparoscopica si è affermata in questi anni grazie al progresso tecnologico che ha consentito di estendere le applicazioni della laparoscopia diagnostica (in uso da molto tempo per l'esplorazione della cavità addominale) all'impiego in terapia chirurgica. Attraverso piccole incisioni sulla cute (in genere 1-3 cm) è possibile introdurre nella cavità addominale una telecamera miniaturizzata – collegata a un monitor – e una serie di strumenti chirurgici lunghi e sottili che consentono di operare senza aprire l'addome del Paziente, riproducendo all'interno dell'organismo i movimenti che il Chirurgo compie all'esterno. Il Chirurgo ha sul monitor una visione diretta e ingrandita di quanto avviene.

Il trattamento chirurgico dipende dalla sede anatomica, dal tipo e dall'estensione della lesione, nonché dal grado di urgenza con cui viene effettuato l'intervento.



Per sede anatomica

- emicolectomia destra: asportazione della metà destra del colon;
- emicolectomia sinistra: asportazione della metà sinistra del colon;
- trasversectomia: asportazione del colon trasverso;
- sigmoidectomia: asportazione del sigma;
- resezione anteriore del retto: asportazione del retto;
- colectomia totale: asportazione di tutto il colon;
- amputazione addomino-perineale del retto: asportazione del retto e degli sfinteri anali, con confezionamento di una colostomia (= *ano artificiale*).

Per patologia

- malattie infiammatorie croniche: l'intervento chirurgico può variare a seconda del tratto interessato e dell'estensione della lesione;
- malattia diverticolare o diverticolite del colon: generalmente si esegue un'emicolectomia sinistra o una sigmoidectomia (i diverticoli soggetti a flogosi, cioè all'infiammazione, sono di solito localizzati nella porzione sinistra del colon);
- angiodisplasie: si eseguono in genere resezioni intestinali limitate alla zona interessata (dato il carattere di benignità della lesione);
- polipi: il tipo di intervento chirurgico varia in base alle dimensioni e alla posizione; spesso è possibile eseguire una polipectomia endoscopica (= *asportazione durante colonscopia*); in altri casi è necessario ricorrere all'intervento chirurgico: da una semplice "colotomia" (= *apertura della parete del colon, senza asportazione di un tratto dell'intestino*), fino a una resezione intestinale; nei casi di poliposi diffusa (cioè quando tutto il colon è sede di polipi) può rendersi necessaria una colectomia totale;
- carcinomi: richiedono sempre una resezione intestinale, associata alla "linfadenectomia" (= *asportazione dei linfonodi vicini al processo neoplastico*); in alcuni casi, per l'estensione della neoplasia, può non essere possibile asportare il tumore e si rende necessario eseguire una colostomia, per consentire l'evacuazione delle feci.

Per grado di urgenza

In caso di intervento chirurgico urgente (occlusione intestinale o perforazione intestinale), non è corretto un immediato ripristino della continuità intestinale e si rende quindi necessario – dopo l'asportazione del tratto intestinale interessato dalla malattia – il "confezionamento" di una colostomia temporanea. Trascorso un periodo di tempo (2-3 mesi) si può procedere alla "ricanalizzazione" (= *ripristino del normale transito intestinale*), eliminando la colostomia con un secondo intervento chirurgico.

Gli interventi sul colon richiedono sempre un'**anestesia generale**. Al termine dell'intervento viene sistemato un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*) nella cavità addominale. È necessario inoltre inserire un sondino naso-gastrico (per evitare la distensione dello stomaco durante il decorso post-operatorio) e il catetere vescicale. Tutti questi dispositivi vengono rimossi nei giorni successivi all'intervento chirurgico. È previsto inoltre che il Paziente esegua una terapia endovenosa. L'alimentazione riprende di solito tra la terza e la quinta giornata dopo l'intervento.



Con questa tecnica chirurgica si evita l'apertura dell'addome, ottenendo una diminuzione del dolore postoperatorio, la rapida ripresa della funzione intestinale, la riduzione dei tempi di degenza e conseguentemente un più veloce ritorno alle normali attività: già il giorno seguente all'intervento il Paziente può camminare senza accusare dolore. L'incidenza di infezioni della ferita chirurgica e di laparoceli post-operatori (*vedi oltre*) è ridotta rispetto a quella degli interventi eseguiti con la tecnica tradizionale (a "cielo aperto").

I tempi di intervento sono tuttavia sensibilmente più lunghi rispetto alla chirurgia tradizionale e non sempre le condizioni anatomiche (o la patologia per la quale il Paziente è sottoposto all'intervento chirurgico) consentono l'esecuzione dell'intervento con tecnica laparoscopica; spesso è inoltre necessario praticare comunque un'incisione della parete addominale per estrarre la porzione di intestino resecata.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

L'esecuzione di un intervento sul colon – con necessità di resezione e sutura del viscere – espone al rischio di "**deiscenza della sutura**" (= *cedimento dei punti*). Infatti l'ambiente intestinale è considerato chirurgicamente "sporco" (in quanto abitualmente sede di flora batterica) e quindi soggetto a infezioni chirurgiche che possono determinare lo "sfaldamento" dei tessuti suturati. Negli interventi sul colon sinistro e sul retto, il rischio di deiscenza è del 10% circa, mentre la percentuale scende per interventi eseguiti sugli altri segmenti intestinali. Nel caso di deiscenza della sutura (che in genere si verifica dopo 4-6 giorni dall'operazione), può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico e il confezionamento di una **colostomia temporanea**. La forte carica batterica dell'ambiente intestinale può inoltre favorire la comparsa di febbre e lo sviluppo di raccolte ascessuali (= *formazione di pus*) intraaddominali. Durante il decorso postoperatorio è normale per alcuni mesi osservare una modificazione dell'alvo (con tale termine si indica la funzione di eliminazione delle feci): stitichezza o, più frequentemente, aumento del numero delle defecazioni, con comparsa di diarrea. Negli interventi eseguiti sull'ultimo tratto dell'intestino (retto) possono verificarsi transitorie disfunzioni della continenza fecale legate a un parziale danneggiamento degli sfinteri anali; nell'uomo è possibile che compaiano alterazioni della funzione sessuale associate a impotenza.

In taluni casi può comparire un **laparocelo post-operatorio** (= *particolare ernia della parete addominale, conseguente al cedimento degli strati interni della sutura di un intervento chirurgico*).