

UOC CHIRURGIA GENERALE

Direttore: *Prof. Salvatore Pucciarelli*

**Guida
Informativa**
*a cura del Prof.
Imerio Angriman*

*Malattie Infiammatorie
Croniche Intestinali
Rettocolite Ulcerosa
Morbo di Crohn*



AZIENDA OSPEDALE
**Azienda
Ospedale
Università
Padova**

PRENOTAZIONE VISITE AMBULATORIALI

E' possibile prenotare una visita ambulatoriale nelle seguenti modalità:

Per visite e/o esami rivolgersi ai punti di prenotazione sottoelencati.



CUP Centro Unificato di Prenotazione

Solo per le prenotazioni allo sportello:

Presso il Piano Rialzato del Monoblocco-Policlinico

Call Center (ULSS 6)

Solo per prenotazioni telefoniche

- da rete fissa: **840.000.664** (uno scatto alla risposta),
- da rete mobile **049 7849314** (costi applicati in base al proprio piano tariffario).

Per maggiori informazioni inquadrare il QR code per collegarsi a

<https://www.aopd.veneto.it/Modalit-di-prenotazione>



Per eventuali necessità, può rivolgersi

al reparto di Chirurgia Generale 3

3° piano Policlinico ☎ **049 821 2215/2055**

PERSONALE MEDICO

L'équipe chirurgica gastroenterologica è composta da:

Prof. S. Pucciarelli - Direttore della
UOC Chirurgia Generale 3

Prof .I.Angriman

Dott. C. Ruffolo

Dott. M. Scarpa



INDICE

LE MALATTIE INFIAMMATORIE CORNICHE INTESTINALI	4
QUANDO E' NECESSARIA LA CHIRURGIA?	5
Chirurgia in elezione	5
Chirurgia in urgenza	5
• Colite Ulcerosa	6
• Malattia di Crohn	6
PROCEDURE CHIRURGICHE PER LA COLITE ULCEROSA	7
Proctocolectomia totale con ileostomia terminale	7
• Complicazioni post chirurgiche	8
Colectomia sub-totale con ileo-retto anastomosi	9
Proctocolectomia totale con ileo-ano anastomosi su reservoir (pouch)	9
Vita dopo la chirurgia	11
Potenziali complicanze a lungo termine	12
Approcci chirurgici mini-invasivi	12
INTERVENTI CHIRURGICI ATTUABILI PER LA MALATTIA DI CROHN	12
Malattia localizzata al piccolo intestino	12
• Resezione intestinale	13
Malattia localizzata al colon	14
• Resezione colica	15
• Colectomia e proctocolectomia	15
• Malattia perianale e fistole intestinali	15
Approccio chirurgico mini invasivo	16
SCEGLIERE DI SOTTOPORSI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	17
PREPARARSI ALL'INTERVENTO	17
DOPO LA CHIRURGIA	18
Raccomandazioni dietetiche	18

LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

La **malattia di Crohn (MC)** e la **colite ulcerosa (CU)** appartengono alla categoria delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Le malattie infiammatorie croniche intestinali causano un'infiammazione cronica dell'intestino che ne compromette la capacità di funzionare correttamente, portando all'insorgenza di sintomi quali crampi addominali, diarrea, sanguinamento rettale ed affaticamento.

Mentre entrambe le malattie condividono molti dei sintomi ci sono anche delle importanti differenze. La *colite ulcerosa* è una patologia limitata al colon e retto. L'infiammazione è confinata allo strato superficiale della parete intestinale. Generalmente la malattia parte dal retto e tende a propagarsi attraverso il colon in maniera continua.

La *malattia di Crohn* affligge più frequentemente il tratto terminale del piccolo intestino (chiamato *ileo*) e la porzione iniziale del colon (*cieco*), ma può colpire ogni parte del tratto gastrointestinale dalla bocca all'ano. La MC può presentarsi con una distribuzione "a chiazze", colpendo alcune aree di intestino e risparmiandone completamente altre. Nella MC l'infiammazione può estendersi a tutti gli strati della parete intestinale, compresa l'area attorno al canale anale.

I farmaci utilizzati per la cura del MC e della CU agiscono bloccando l'infiammazione intestinale. Nella maggior parte dei casi essi conducono alla scomparsa dei sintomi e delle lesioni intestinali (detta remissione). La durata della remissione tuttavia è variabile da individuo a individuo e per mantenerla nel tempo può essere necessario prolungare la terapia o cambiare la dose o il tipo di farmaco. Tuttavia in alcuni casi i farmaci non sono efficaci o perdono nel tempo la loro efficacia nel controllare la malattia e di conseguenza i sintomi che essa determina ovvero si possono creare delle complicanze determinate dalla malattia per cui si rende necessario un intervento chirurgico.

QUANDO È NECESSARIA LA CHIRURGIA?

Dal 23% al 45% circa degli individui affetti da colite ulcerosa e più del 75% di quelli affetti da malattia di Crohn necessitano di intervento chirurgico nell'arco della storia naturale della malattia.

Le indicazioni alla terapia chirurgica possono essere distinte in due categorie: *in elezione* quando le condizioni del paziente consentono di programmare l'intervento ed *in urgenza* quando la comparsa di complicanze acute o le gravi condizioni del paziente impongono un intervento immediato.

Chirurgia in elezione

Le ragioni che conducono all'intervento chirurgico in elezione nei pazienti portatori di colite ulcerosa sono principalmente il fallimento della terapia medica nel controllo della sintomatologia intestinale e la comparsa di segni di displasia (cioè alterazioni microscopiche dei tessuti che sono preludio allo sviluppo di una neoplasia) o cancro. I pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali hanno un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare un tumore coloretale. Un tumore raramente insorge nei primi 8-10 anni dalla diagnosi iniziale di colite di Crohn o CU ma il rischio aumenta tanto più a lungo la persona vive con la malattia e quanto maggiore è la porzione di colon interessata dalla stessa.

Nella maggior parte dei casi il cancro coloretale insorge inizialmente sotto forma di polipo (una piccola massa che protrude dalla parete dell'intestino). I polipi inizialmente sono benigni ma possono andare incontro ad una degenerazione maligna col passare del tempo. Nei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali però il tessuto potenzialmente precanceroso (detto displastico) può non formare polipi ma giacere piatto sulla parete intestinale. In più le cellule precancerose possono trovarsi in un'area della mucosa intestinale che appare normale alla colonscopia.

Le persone che sono affette da una malattia infiammatoria cronica intestinale da più di 8 anni dovrebbero sottoporsi a controlli endoscopici di sorveglianza ogni 1 o 2 anni a seconda dei fattori di rischio individuali come la storia familiare di neoplasie coloretali. La colonscopia è spesso accompagnata dal prelievo di una serie di biopsie (piccoli campioni di tessuto intestinale per l'analisi microscopica). Se viene repertata la presenza di displasia di alto grado è raccomandato l'intervento chirurgico di rimozione del colon e del retto per eliminare il rischio di sviluppare il cancro.

Chirurgia in urgenza:

Colite ulcerosa:

Colite acuta fulminante: è la principale motivazione per la chirurgia d'urgenza nella CU. Circa il 15% delle persone affette da CU hanno un attacco di malattia così severo che i farmaci, anche gli steroidi per via endovenosa, non possono controllare.

Sanguinamento colico severo incontrollabile

Megacolon tossico: il megacolon tossico è causato da una infiammazione severa che porta alla necrosi della mucosa che produce un rapido allargamento del lume colico. I sintomi includono dolore, distensione dell'addome, febbre, tachicardia e disidratazione. Questa complicanza potenzialmente letale richiede un immediato trattamento chirurgico.

Perforazione del colon: L'infiammazione cronica del colon può indebolirne le pareti fino al punto da creare un buco. La conseguente fuoriuscita del contenuto intestinale in addome causa una infezione molto grave nota come *peritonite*.

Malattia di Crohn:

Ostruzione o blocco intestinale: l'infiammazione cronica nell'intestino può causarne l'ispessimento delle pareti o la formazione di tessuto fibroso-cicatrizziale. Ciò porta al restringimento del lume intestinale (detto *stenosi*) ed eventualmente ad un blocco intestinale (occlusione intestinale). La sintomatologia è caratterizzata da nausea, vomito, stipsi e crampi addominali.

Sanguinamento severo incontrollabile che si verifica assai raramente

Fistole: l'infiammazione può portare alla formazione di ulcere nella parete dell'intestino. Queste ulcere possono estendersi attraverso l'intero spessore della parete intestinale fino a formare una connessione (*fistola*) con un'altra porzione di intestino o con altri organi quali la vescica o la vagina o anche con la superficie cutanea. Le fistole possono formarsi nell'area perianale con fuoriuscita di pus o materiale fecale dalla cute adiacente all'ano.

Ascessi: un ascesso è una raccolta di materiale purulento che può svilupparsi nell'addome, nella pelvi o vicino all'ano. Può manifestarsi con dolore addominale severo, dolore alla defecazione, perdita di pus dall'ano, febbre o come massa perianale rigonfia, arrossata e soffice. La cura dell'ascesso richiede una incisione della cute per permettere il drenaggio del pus dalla cavità ascessuale e favorirne la guarigione.

PROCEDURE CHIRURGICHE PER LA COLITE ULCEROSA

La procedura chirurgica standard per la CU è la rimozione del colon e del retto, detta *proctocolectomia*. Poiché la malattia colpisce solo il colon e il retto una volta rimossi questi organi l'intervento consente la guarigione della malattia. In passato coloro i quali si sottoponevano ad una proctocolectomia dovevano necessariamente portare un sacchetto che copre un piccolo buco sulla parete addominale (*stomia*) per raccogliere le feci. Questa procedura è nota come *proctocolectomia totale con ileostomia terminale*. Anche se questa tecnica viene ancora adottata in alcuni casi, modifiche introdotte alla procedura consentono a molti pazienti di evitare di dover portare a vita un dispositivo cutaneo per la raccolta delle feci.

Prima di descrivere le varie tecniche chirurgiche è opportuno imparare il significato di alcuni termini:

Proctocolectomia: rimozione chirurgica del colon e del retto

Colectomia: rimozione chirurgica del colon

Ileo: tratto terminale del piccolo intestino

Ileostomia: un buco cerato chirurgicamente nella parete addominale per esteriorizzare l'intestino e permettere l'eliminazione delle feci. L'ileostomia può essere permanente o temporanea.

Sacchetto per stomia: una piccola borsa di plastica applicata alla stomia per raccogliere le feci.

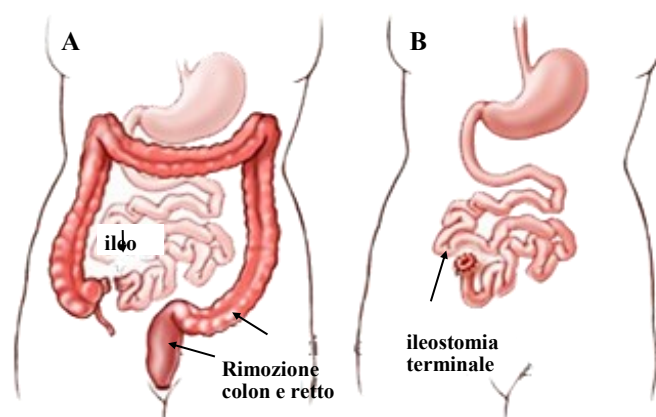
Proctocolectomia totale con ileostomia terminale

Nella tradizionale procedura di proctocolectomia il colon, il retto e l'ano vengono rimossi e viene confezionata un'ileostomia terminale permanente. Dopo la procedura un sacchetto per la raccolta delle feci dovrà essere costantemente indossato a coprire la stomia. Il sacchetto dovrà essere svuotato più volte al giorno. Tale approccio permette una completa risoluzione della sintomatologia non esponendo il paziente a rischio di cancro del colon che notoriamente è aumentato nei portatori di retto colite ulcerosa. I candidati a questa opzione chirurgica sono i pazienti molto anziani o con una scarsa funzionalità degli sfinteri anali e i pazienti con un cancro del retto basso nei quali non è possibile conservare l'ano.

Le persone possono vivere a lungo e attivamente con un'ileostomia. Nella maggior parte dei casi possono fare le stesse attività che svolgevano prima della chirurgia, incluso sport, attività all'aria aperta, sport acquatici, viaggi e lavoro.

Ovviamente ci si deve aspettare un periodo iniziale di assestamento ed adattamento. Diversi sistemi di raccolta per stomia tra cui scegliere sono disponibili sul mercato e sarà necessario imparare ad usarli correttamente così come si dovrà imparare a prendersi cura della cute attorno alla stomia. Non sono necessarie specifiche restrizioni dietetiche per gli stomizzati ma è importante introdurre molti liquidi per evitare la disidratazione e la perdita di sali minerali. Può anche essere utile mangiare cibi ricchi in fibre per addensare le feci e controllare la diarrea.

Le implicazioni psicologiche di un cambio nell'immagine del proprio corpo possono essere un problema all'inizio. Tuttavia il sacchetto è abbastanza piatto e sotto i vestiti non è visibile all'esterno.

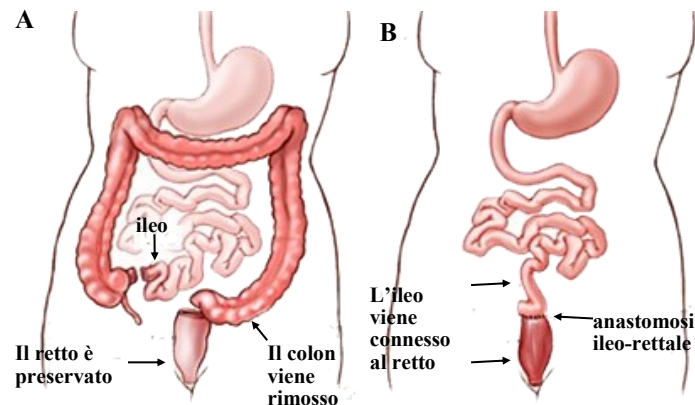


Complicazioni post chirurgiche

Alcune complicanze potrebbero verificarsi dopo la chirurgia, come le infezioni della ferita o al sito della stomia. Inoltre si possono verificare occlusioni del piccolo intestino: che si manifestano mediante il blocco della fuoriuscita di feci dalla stomia da 4-6 ore e si avvertono crampi addominali e/o nausea. In tali circostanze è necessario avvertire immediatamente un medico.

Colectomia sub-totale con ileo-retto anastomosi

La colectomia sub-totale con ileo-retto anastomosi rappresenta una soluzione di compromesso. Tale intervento consiste nell'asportazione chirurgica del colon preservando però il retto, che viene collegato direttamente con l'ultima porzione dell'ileo mediante una ileo-retto anastomosi, ripristinando una continuità del transito intestinale per via naturale. Questa procedura comporta una minore incidenza di complicanze rispetto alla ileo-ano-anastomosi, ma espone il paziente alla riaccensione di malattia sul moncone rettale e al rischio dell'insorgenza di una neoplasia del retto. Questo tipo di intervento è indicato nelle coliti nelle quali la malattia del retto sia ben controllata o in remissione.



Proctocolectomia totale con ileo-ano anastomosi su reservoir (pouch) ileale

Questa è la tecnica chirurgica più comunemente adottata per la colite ulcerosa. È un'opzione molto attraente per molti pazienti perché elimina la necessità di un'ileostomia permanente. Le strutture nervose e muscolari necessarie alla continenza vengono preservate e le feci vengono espulse attraverso l'ano.

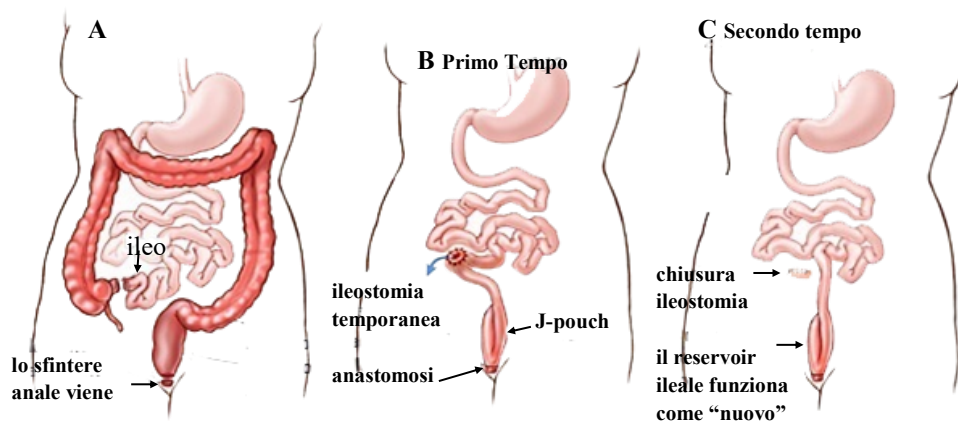
La procedura può essere effettuata in uno, due o tre tempi anche se usualmente si eseguita in due tempi.

Nel primo tempo il colon ed il retto vengono rimossi ma l'ano e gli sfinteri anali sono conservati. Si utilizza quindi l'ileo terminale per confezionare un serbatoio per le feci (*pouch*) della lunghezza di circa 15 cm che viene suturato con l'ano. La pouch può avere configurazione a J, S o W anche se la più usata è la J pouch, ottenuta dalla duplicazione dell'ultima ansa ileale.

Poiché le suture del serbatoio appena costruito necessitano del tempo per guarire, con elevato rischio di deiscenza e quindi di peritonite, si preferisce mantenere disabitato dal transito questo tratto confezionando un'ileostomia temporanea per deviare il flusso fecale. In questa procedura un'ansa di piccolo intestino viene fatta uscire all'esterno attraverso un'incisione sulla parete addominale per permettere l'eliminazione delle feci. Circa 12 settimane dopo il primo intervento l'ileostomia temporanea può essere chiusa nel corso di un secondo intervento minore e ripristinando la continuità del transito intestinale.

Tutta la procedura può essere effettuata anche in un solo tempo senza il confezionamento dell'ileostomia temporanea in casi particolarmente selezionati, tuttavia a causa dell'elevato rischio complicanze questa tecnica viene raramente adottata.

In alcune circostanze (pazienti in scadute condizioni generali, in trattamento con alte dosi di steroidi o quando è necessaria una chirurgia in urgenza per sanguinamento o megacolon tossico) può essere necessario ricorrere ad un'operazione in tre tempi. Durante il primo intervento è rimosso il colon con la creazione di un'ileostomia terminale. Nel secondo tempo si asporta il retto, confezionata l'anastomosi con la pouch ileale con ileostomia temporanea di protezione. Circa 12 settimane dopo si esegue il terzo tempo chirurgico che prevede la chiusura della ileostomia.



Vita dopo la chirurgia

La maggior parte delle persone hanno un ottimo decorso post-operatorio e dopo la dimissione sono in grado di ritornare al loro lavoro e attività usuali. Bisogna attendersi un periodo di assestamento che può durare fino ad un anno dopo l'intervento. Inizialmente ci potrebbero essere fino a 12 scariche di feci al giorno, le feci essere poco formate o liquide e potrebbe sperimentarsi urgenza alla defecazione ed episodi di incontinenza se le feci sono molto liquide.

Man mano che la pouch gradualmente si adatta al transito fecale aumentando di dimensioni le feci diventeranno più dense e le scariche meno frequenti. Dopo diversi mesi la maggior parte dei pazienti riferisce dalle 3 alle 8 scariche al giorno di feci soffici con una media di 4.

Anche se non esistono vere e proprie restrizioni dietetiche è consigliabile masticare a lungo il cibo ed evitare di mangiare alimenti che possano causare produzione di gas, diarrea o irritazione anale (vedi tabella). È anche importante bere molti liquidi (dai 6 agli 8 bicchieri al giorno), preferibilmente fuori dai pasti.

Dopo la chirurgia è possibile ritornare ad una normale attività sessuale. Molti pazienti riferiscono un miglioramento nella loro vita sessuale grazie alla scomparsa dei sintomi legati alla colite ulcerosa. Esistono tuttavia dei rischi correlati alla chirurgia che possono determinare la comparsa di disfunzione erettile, ejaculazione retrograda o la diminuzione della fertilità nella donna. Spesso tali disturbi sono transitori e possono essere risolti con terapia medica.

Potenziali complicanze a lungo termine

La più comune complicanza della chirurgia di ileo-ano anastomosi su reservoir è la **pouchite**. Si tratta di una infiammazione del *reservoir ileale* dalla causa ancora ignota che insorge in circa il 50% dei pazienti, nella maggior parte dei casi entro i primi due anni dopo la chirurgia. I sintomi sono diarrea, crampi addominali, aumento della frequenza delle scariche, febbre, disidratazione e alle volte dolore articolare. Questa malattia può essere trattata con la somministrazione di antibiotici.

L'occlusione del piccolo intestino è un'altra potenziale complicanza della chirurgia, anche se molto meno frequente. È generalmente dovuta alla formazione di aderenze a causa dell'atto chirurgico. L'occlusione intestinale si manifesta con dolore addominale crampiforme associato a nausea e vomito. In circa i 2/3 dei casi può essere gestito conservativamente con digiuno e somministrazione endovenosa di fluidi. Nel rimanente 1/3 dei casi è necessario un intervento chirurgico per rimuovere il blocco.

Approcci chirurgici mini-invasivi

Recentemente sono state sviluppate tecniche chirurgiche per svolgere molte delle procedure sopra descritte con un approccio meno invasivo. Nel tradizionale approccio chirurgico laparotomico una lunga incisione della parete addominale permette al chirurgo di accedere agli organi. Con la chirurgia mini-invasiva (detta *chirurgia laparoscopica*) sono effettuate piccole incisioni sulla parete addominale attraverso cui speciali strumenti vengono inseriti. Uno di tali strumenti, chiamato laparoscopio, ha una piccola telecamera all'estremità. Le immagini raccolte da questa telecamera sono proiettate su un monitor permettendo così al chirurgo di vedere dentro l'addome. Gli strumenti necessari per l'atto chirurgico sono inseriti attraverso altre piccole incisioni. La chirurgia laparoscopica per la CU generalmente richiede tempi operatori più lunghi e i risultati e complicanze sono simili a quelli della chirurgia tradizionale. Tuttavia il tempo di degenza ospedaliera è spesso più breve e i vantaggi estetici sono indiscutibili.

INTERVENTI CHIRURGICI ATTUABILI PER LA MALATTIA DI CROHN

Per la malattia di Crohn possono essere attuati differenti tipologie di intervento chirurgico in relazione alla presenza di complicanze, alla severità del quadro clinico e alla localizzazione della malattia.

In molti casi, il ricorso alla chirurgia ha lo scopo di resecare una porzione malata del tratto gastrointestinale. Questo tipo di intervento consiste spesso nella rimozione solo di un segmento di intestino, ma nelle forme più gravi si rende necessaria la rimozione di un intero organo, come il colon e/o il retto.

A differenza della Rettocolite Ulcerosa, la Malattia di Crohn non può essere guarita con la chirurgia, ad eccezione di alcune situazioni particolari in cui essa coinvolge solo il colon, il retto e l'ano. Infatti, sebbene il segmento intestinale malato venga asportato, l'infiammazione può ripresentarsi nella regione adiacente, anche se essa risultava normale prima dell'intervento. Gli obiettivi primari nell'approccio chirurgico alla Malattia di Crohn sono quindi di risolvere le complicanze e di conservare un tratto di intestino il più lungo possibile, permettendo al paziente di raggiungere una buona qualità di vita.

Malattia localizzata al piccolo intestino

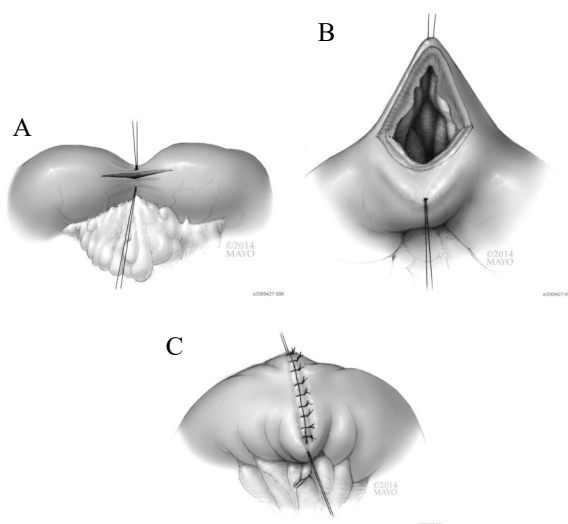
Il coinvolgimento intestinale della Malattia di Crohn è caratterizzato dalla presenza di segmenti malati alternati a segmenti sani. A livello delle aree in cui la malattia è attiva, il lume intestinale può andare incontro ad una riduzione del suo calibro e alla formazione di stenosi che comportano una difficoltà di passaggio del cibo.

Le regioni di intestino sano compensano tale fenomeno spingendo con maggiore forza verso l'area stenotica. Questo meccanismo è alla base della comparsa di dolore crampiforme, uno dei sintomi più frequentemente riferiti dai pazienti. Ci sono due opzioni chirurgiche per il trattamento delle stenosi: le **stritturoplastiche** o la **resezione del segmento stenotico**.

Stritturoplastiche

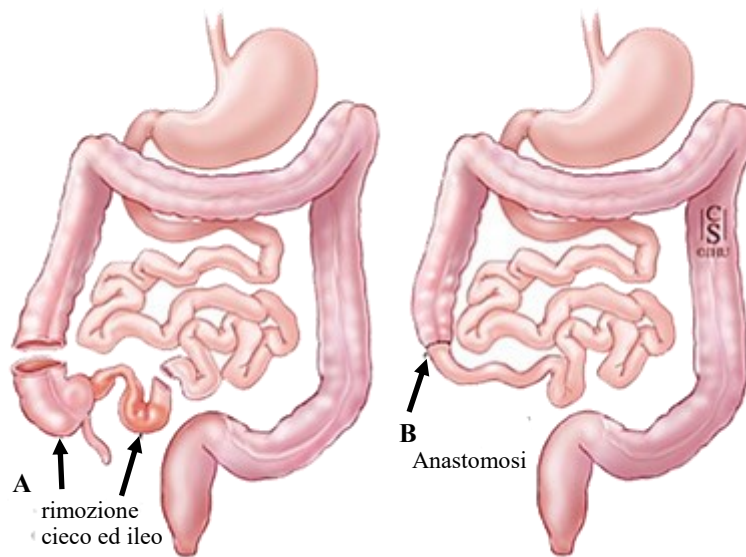
La **stritturoplastica** è una procedura nella quale l'area stenotica viene allargata senza rimuovere alcun tratto di intestino tenue. Il chirurgo esegue un'incisione longitudinale a livello del segmento stenotico e la sutura è eseguita trasversalmente, accorciando ma allo stesso tempo allargando il tratto intestinale coinvolto. In presenza di più di una stenosi, molteplici stritturoplastiche possono essere eseguite nel corso di un unico intervento chirurgico. Tale metodica è maggiormente efficace nelle regioni più distali dell'intestino tenue (ileo e digiuno), mentre è poco utile in quelle prossimali (duodeno) o nel colon.

La **stritturoplastica** permette di evitare di resecare un tratto di piccolo intestino, che, se particolarmente lungo, può portare alla **sindrome dell'intestino corto**, di cui si parlerà in seguito. La procedura è di norma sicura ed efficace, tuttavia circa il 50% dei pazienti che vi si sottopongono richiederanno un ulteriore intervento chirurgico.



Resezione intestinale

Le stenosi possono essere trattate anche mediante una *resezione intestinale*. In tale procedura, viene rimosso un segmento dell'intestino tenue. La continuità del tratto gastrointestinale è ripristinata unendo le due estremità (*anastomosi*). La resezione si rende necessaria anche nel caso in cui si sviluppi una fistola o una perforazione intestinale.



Questa metodica si associa di norma ad una remissione della sintomatologia di durata prolungata, tuttavia quasi la metà dei pazienti adulti va incontro alla ricomparsa dei disturbi entro cinque anni dall'intervento. La malattia si ripresenta di solito a livello dell'anastomosi. La recidiva spesso è trattata efficacemente con l'uso di farmaci quali biologici o immunomodulatori. Tuttavia il 50% di questi pazienti richiederà un ulteriore intervento chirurgico nell'arco di 20 anni dal primo intervento. Un'altra possibile complicanza delle reiterate resezioni dell'intestino tenue è la condizione nota come *sindrome dell'intestino corto*. L'intestino tenue svolge un ruolo essenziale nell'assorbimento dei nutrienti presenti nel cibo digerito e nel loro trasferimento all'interno del circolo ematico, attraverso il quale giungono in tutto il corpo. Di conseguenza, se viene rimossa una porzione considerevole di intestino tenue, possono verificarsi deficit nutrizionali.

Malattia localizzata al colon

In alcuni soggetti, la Malattia di Crohn coinvolge il colon e/o il retto. L'approccio chirurgico prevede la rimozione dell'intero colon (*colectomia totale*) e del retto (*proctocolectomia*) o di un segmento colico più o meno lungo (*resezione o colectomia segmentaria*).

Resezione colica

L'intervento di resezione prevede la rimozione del segmento colico malato e l'esecuzione di un'anastomosi tra le due estremità sane, similmente a quanto descritto per l'intestino tenue. Anche in questo caso, la recidiva della Malattia di Crohn si verifica nel 50% dei pazienti, di solito a livello dell'anastomosi.

Colectomia e proctocolectomia

Nel caso in cui si rende necessaria la rimozione di tutto il colon, ma il retto è risparmiato dalla malattia esso può essere conservato in questo caso l'intervento viene definito *colectomia*. Dopo l'asportazione del colon, l'ileo terminale (l'ultima porzione dell'intestino tenue) può essere suturata al retto confezionando una ileo-retto anastomosi. Questo permette di mantenere la canalizzazione per via naturale attraverso l'ano.

Se invece si osserva malattia anche a livello del retto, esso non può essere conservato. Il chirurgo eseguirà quindi un intervento di *proctocolectomia con ileostomia terminale permanente*. Questa procedura è analoga a quella indicata nel trattamento della rettocolite ulcerosa, al cui capitolo si rimanda. Tuttavia nel caso del Crohn non è possibile ripristinare la continuità del canale alimentare attraverso la creazione di una J-Pouch, a causa dell'elevato rischio di recidiva di malattia in tale sede, con conseguente necessità della sua demolizione. Per questa ragione, il paziente dovrà mantenere l'ileostomia per tutta la vita dopo l'intervento.

Malattia perianale e fistole intestinali

Tra il 35% e il 50% degli adulti affetti da Malattia di Crohn svilupperanno una *fistola* nel corso della loro vita. Essa di solito inizia sotto forma di un'infezione: una raccolta di pus, batteri intestinali e materiale fluido penetra attraverso la parete intestinale determinando la formazione di una comunicazione con un'altra ansa intestinale, con la vescica, la vagina e in alcuni casi direttamente con la cute. Dal momento che contengono materiale infetto, le fistole possono essere inizialmente trattate con gli antibiotici. Il ricorso alla chirurgia può rendersi necessario se la terapia medica non si rivela efficace per risolvere un'infezione o qualora l'ascesso non sia trattabile se non mediante un intervento chirurgico. In rari casi può rendersi necessario un intervento in urgenza in presenza di stato settico non controllabile con gli antibiotici.

La **fistola perianale** è una comunicazione che si forma tra l'interno del canale anale e la cute circostante all'ano.

La procedura indicata in questa situazione è la **fistulotomia**. Lo scopo del trattamento chirurgico è quello di curare la fistola senza danneggiare la muscolatura sfinterica, cruciale per il mantenimento della continenza fecale. Lo sviluppo di complicanze è raro: il tasso di recidiva dopo l'intervento è ridotto e di norma l'impatto sulla continenza è contenuto. Se la fistulotomia non può essere eseguita, vi sono altri approcci chirurgici percorribili, sebbene maggiormente invasivi. E' inoltre importante associare all'intervento la terapia medica per ridurre il rischio di recidiva

Nei soggetti di sesso femminile può svilupparsi una fistola tra il retto e la vagina, che risulta di difficile trattamento. La scelta della strategia terapeutica più appropriata dipende da numerose variabili e deve essere valutata caso per caso.

Approccio chirurgico mininvasivo

Molte degli interventi chirurgici descritti possono essere condotti con tecnica mininvasiva (laparoscopica), descritta precedentemente. I vantaggi di tale approccio alla chirurgia della Malattia di Crohn sono molteplici: minor dolore postoperatorio, minor probabilità di sviluppare infezioni e una degenza ospedaliera più breve. I candidati ideali per la chirurgia laparoscopica sono i pazienti non obesi, non sottoposti a precedenti interventi chirurgici in sede addominale, senza ulteriori problemi di salute, operati in elezione. Gli interventi in emergenza per complicanze che mettono a rischio la vita del paziente spesso non possono essere eseguiti con tecnica mininvasiva.

SCEGLIERE DI SOTTOPORSI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Alcuni pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali soffrono inutilmente nel tentativo di evitare l'intervento chirurgico.

Se la terapia medica non è in grado di mantenere la malattia sotto controllo, la scelta di ricorrere alla chirurgia deve essere valutata attentamente. L'approccio chirurgico è una strategia di trattamento efficace e consolidata, i cui obiettivi sono la remissione della sintomatologia, la riduzione del rischio di cancro e il miglioramento complessivo della qualità di vita.

La decisione di sottoporsi all'intervento viene raggiunta dopo un confronto tra il paziente, i familiari e i professionisti sanitari (gastroenterologo, chirurgo, medico di medicina generale, infermiere specializzato, stomaterapista ecc.).

In caso di soggetto minorenne, particolare attenzione dev'essere rivolta al momento in cui operare e al tipo di intervento, che dev'essere il più conservativo possibile. Ove possibile, il bambino dovrebbe essere coinvolto e responsabilizzato nella scelta educato e tranquillizzato, in modo da ridurre le preoccupazioni e la possibile ansia nei confronti della chirurgia. Nella scelta dell'opzione chirurgica è utile capire i motivi che la rendono necessaria, comprendere le diverse procedure eseguibili e approfondire gli aspetti poco chiari con il personale sanitario. È possibile, ove richiesto, confrontarsi con pazienti che sono già stati sottoposti all'intervento proposto. Un certo grado di rischio è insito in ogni procedura chirurgica. Alcune complicanze generali, ad esempio quelle legate all'anestesia, al sanguinamento, alle infezioni, possono verificarsi in ogni intervento, mentre altre sono più specifiche e verranno spiegate dal chirurgo nel corso delle visite preoperatorie. È importante informarsi in maniera completa su tutti questi aspetti, in modo che la scelta di sottoporsi all'intervento sia davvero consapevole.

PREPARARSI ALL'INTERVENTO

In alcuni casi è richiesto una procedura chirurgica in urgenza e il tempo di preparazione è limitato.

Tuttavia, se possibile, è importante prepararsi bene all'intervento:

Cerca di arrivare al giorno dell'intervento nelle migliori condizioni fisiche e mentali. L'alimentazione è estremamente importante: un buon apporto nutritivo permette al sistema immunitario di essere attivo ed efficace, riducendo il rischio di complicanze come le infezioni.

Preparati mentalmente alla degenza e alla convalescenza. Se la procedura prevede il confezionamento di una stomia, sono molte le informazioni da conoscere ed il momento migliore per l'apprendimento è quello precedente all'intervento. È quindi utile **prendere i contatti con lo stomaterapista** – l'infermiere specializzato nella gestione e nell'educazione dei pazienti stomizzati.

Ricordati che il percorso della chirurgia non termina al momento della dimissione. È possibile che nel periodo successivo all'intervento possa risultare difficile compiere le normali attività della vita quotidiana.

Cerca di risolvere le questioni lavorative, scolastiche e familiari in anticipo. Per i bambini, è opportuno programmare l'intervento durante i mesi estivi.

DOPO LA CHIRURGIA

Riceverai informazioni specifiche per la gestione del periodo postoperatorio

Dopo l'intervento verrà impostata una terapia farmacologica, ad esempio antidolorifici ed antibiotici, e ti verranno date delle istruzioni specifiche sulla dieta da seguire, sull'attività fisica, sulla gestione della quotidianità e sul momento opportuno per la ripresa dell'attività lavorativa. Alcune di questi aspetti sono temporanei, altri permanenti.

A causa della possibile insorgenza di complicanze o di recidiva della malattia (nel caso del Morbo di Crohn), dopo l'intervento è necessario eseguire visite periodiche sia gastroenterologiche che chirurgiche.

Raccomandazioni dietetiche

In relazione al tipo di intervento eseguito, potrà essere necessario eseguire alcune modifiche -temporanee o permanenti - delle tue abitudini alimentari. Tutti gli organi del tratto gastrointestinale, dalla bocca all'ano, infatti, svolgono una funzione altamente specializzata nella digestione e nell'assorbimento delle sostanze nutritive e nell'eliminazione del materiale di scarto. Molti degli interventi indicati nel trattamento delle IBD prevedono la rimozione di un tratto del canale alimentare. Il tipo di procedura eseguita, lo stato dell'intestino residuo e le condizioni generali di salute del paziente hanno quindi un impatto importante sulla necessità e sulla radicalità di tali modificazioni dietetiche.

In generale, è importante mantenere una dieta equilibrata con un adeguato apporto di vitamine e minerali e che includa tutte le tipologie di alimenti (cereali, frutta, verdura, latte, carne e legumi). In caso di confezionamento di una stomia, si raccomanda una dieta povera di fibre per le prime 6-8 settimane. Per informazioni più approfondite, si rimanda al paragrafo apposito.

Dal momento che alcuni interventi riducono la capacità dell'organismo di assorbire i nutrienti, molti pazienti hanno necessità di assumere integratori alimentari. Il tipo di supplementazione più appropriata sarà valutata caso per caso dal medico o dal dietista.

Vi sono alcune raccomandazioni specifiche per i pazienti sottoposti a proctocolectomia restaurativa con ileo-anoanastomosi su J-Pouch:

Mangia regolarmente senza saltare i pasti, poiché l'intestino vuoto incrementa la produzione di gas.

Aggiungi gradualmente gli alimenti alla dieta

Assumi pasti piccoli e frequenti e mastica bene i cibi

L'irritazione perianale e la frequenza delle scariche può essere ridotta grazie a cibi astringenti come pasta, riso e patate.

Alimenti ricchi di potassio bilanciano gli effetti collaterali della diarrea
Limitare alimenti contenenti zuccheri semplici, in quanto aumentano il numero delle scariche

L'irritazione della regione perianale può essere promossa da: cocco, frutta secca (fichi, uvetta), alimenti contenenti semi, nocciole, frutta e verdura cruda (arance, mele, sedano, mais, cavolo), alimenti piccanti.

Si raccomanda l'assunzione di quantità abbondanti di liquidi come acqua, latte, succo, ma di limitare quella di bevande gasate o contenenti caffeina. Sarebbe opportuno bere 8-10 bicchieri di acqua al giorno, preferibilmente lontano dai pasti.

Cibi che aumentano la produzione di gas	Cibi che modificano l'odore delle feci	Cibi che aumentano il numero delle scariche	Cibi che causano difficoltà di scarico della stomia
<i>Bevande alcoliche Bevande gasate Fagioli Soia Cavoli Cavolfiore Cetrioli Latte e latticini Chewing gum Nocciole Cipolle Ravanelli</i>	<i>Asparagi Fagioli Broccoli Cavoli Olio di fegato di merluzzo Uova Pesce Aglio Cipolle Formaggio stagionato</i>	<i>Bevande alcoliche Cereali integrali Frutta fresca Cavoli Verdura a foglia Latte Prugne Uva passa Spezie</i>	<i>Buccia di mela Sedano Cereali integrali Noce di cocco Frutta secca Funghi Arance Ananas Popcorn Semi</i>
Cibi che cambiano il colore delle feci	Cibi che controllano l'odore delle feci	Cibi con effetto lassativo	Cibi per il controllo della diarrea
<i>Asparagi Barbabietole Coloranti alimentari Liquirizia Fragole Salsa di pomodoro</i>	<i>Burro Succo di mirtillo Succo di arancia Succo di pomodoro Prezzemolo Yogurt</i>	<i>Caffè Frutta cotta Verdura cotta Frutta fresca Succhi di frutta Acqua Bevande calde</i>	<i>Mele Banane Burro di arachidi Riso bollito Fibre Toast</i>



REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale
Università Padova

Dipartimento Didattico Scientifico
Assistenziale Integrato Chirurgia

UOC CHIRURGIA GENERALE 3 Guida Informativa

<https://www.aopd.veneto.it/Chirurgia-Generale-3>



UR Ufficio con il Pubblico
Relazioni

Offre **informazioni, indicazioni** sull'organizzazione dell'Azienda Ospedale-Università Padova, e fornisce indicazioni sull'**accoglienza** dei parenti dei malati, dal lunedì al venerdì 9:00 -13:00;

☎ 049 821 3200 - ☎ 049 821 2090 ✉ urponline@aopd.veneto.it

Per richiesta informazioni o per presentare una segnalazione (reclamo, suggerimento, elogio), inquadrare il QR code per collegarsi a <https://www.aopd.veneto.it/URP>



Aggiornato al 22 gennaio 2024