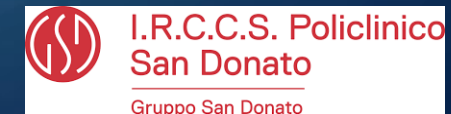


## La resezione anteriore del retto: inquadramento clinico ed evidenze

*La valutazione preoperatoria di una persona  
candidata a RAR per una scelta consapevole*



*Roberto Dino Villani*



# Cancro del colon-retto



- Tumore più frequente in Italia; terza neoplasia più frequente negli uomini e seconda nella donna
- Seconda causa di morte per neoplasia in entrambi i sessi
- Prognosi correlata allo stadio alla diagnosi
- Sopravvivenza a 5 anni: 63%

# • FATTORI DI RISCHIO

- Diabete
- Pregressa RT su pelvi
- IBD
- Familiarità di primo grado
- Fattori comportamentali
  - Fumo
  - Scarsa attività fisica
  - Alto BMI
  - Elevato consumo di carni rosse e alcool e/o basso consumo di frutta e verdura



- Screening



- Ricerca del sangue occulto fecale (SOF); ogni 2 anni tra i 50 e i 69 anni → se positiva colonscopia totale
- Rettosigmoidoscopia; una sola volta nella vita tra i 55 e i 64 anni
- Colonscopia
- Marcatori fecali
- Colonscopia virtuale



- Diagnosi

- Esame clinico con esplorazione rettale

- Distanza dall'ano
- Versante interessato (ant., post., dx, sx)
- Presenza di sanguinamento
- Volume
- Stato sfinteriale
- Grado di fissità del tumore



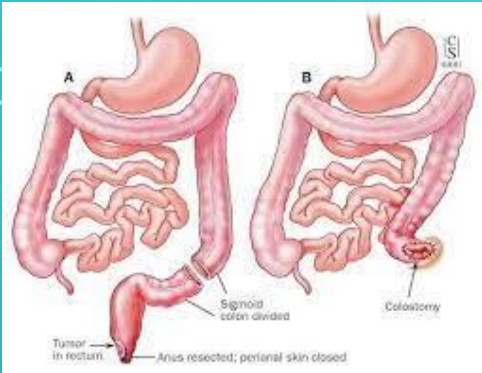
+

- Tecniche diagnostico-stadiative strumentali

+

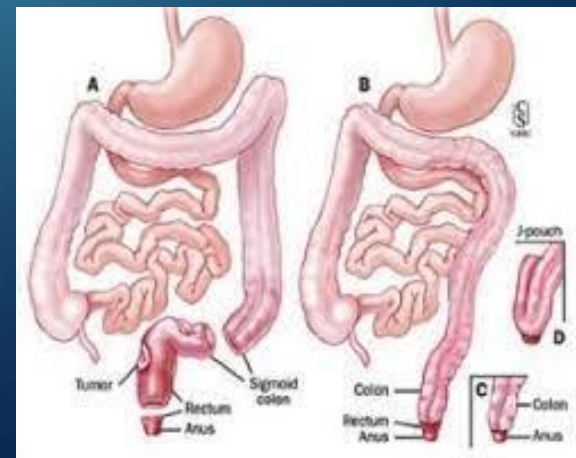
- Biopsia e diagnosi istologica

- Trattamento chirurgico

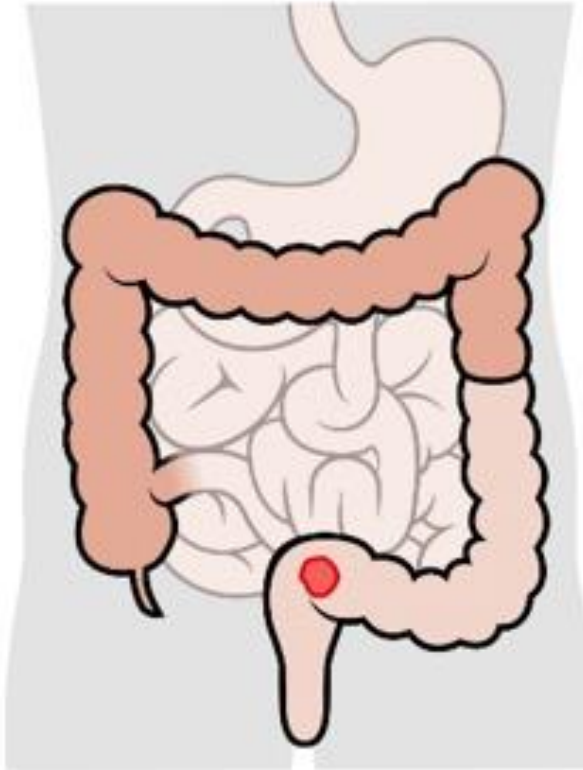


- ADK del retto localizzato fino a 5 cm dalla rima anale:  
RESEZIONE ADDOMINO-PERINEALE (Sec. Miles) con stomia permanente

- ADK del retto localizzato oltre 5 cm dalla rima anale:  
CHIRURGIA PRESERVANTE LO SFINTERE (+/- CCRT)  
margine di resezione distale di 1 cm  
sufficiente per ottenere resezione curativa



## Abdominal perineal resection (rectal / anal cancer)

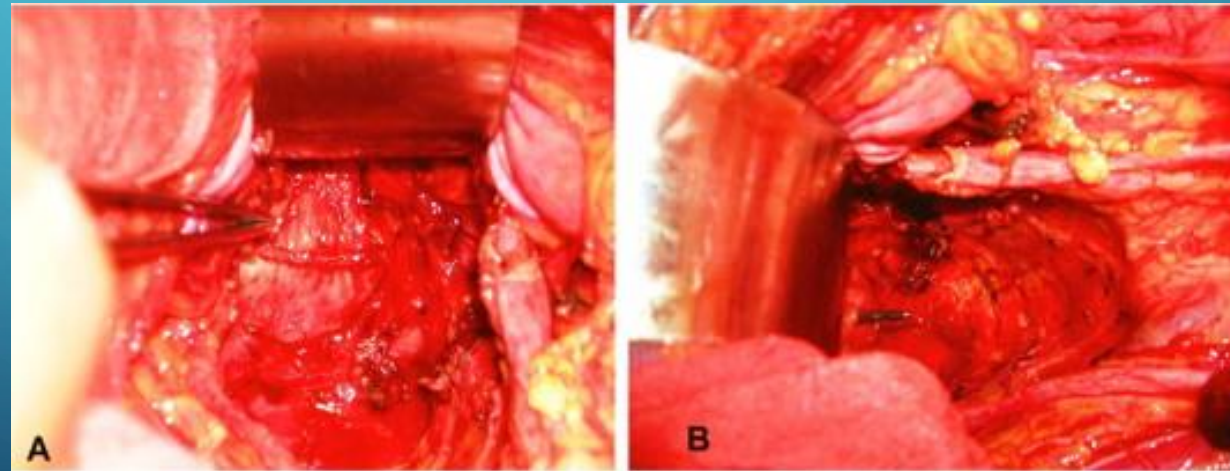


Anus, rectum,  
and  
sigmoid colon  
removed

RESEZIONE ADDOMINO-PERINEALE (SEC. MILES)

Tecniche chirurgiche di preservazione dello sfintere:  
resezione in blocco del mesoretto (TME, Total Mesorectal Excision)

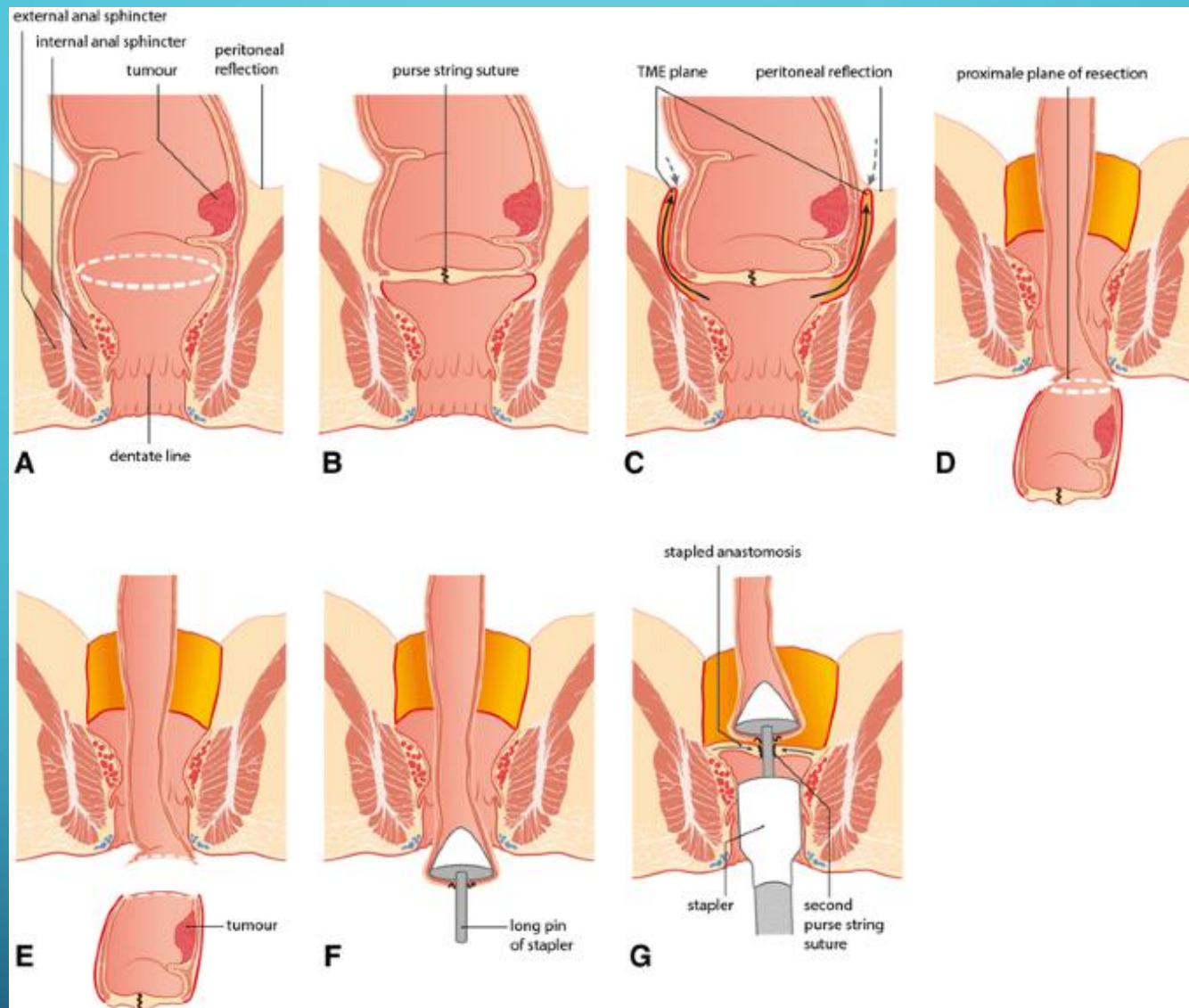
- RESEZIONE ANTERIORE BASSA / Low anterior resection (LAR) e anastomosi colo-anale: *tumori 1 cm o più prossimali alla linea pettinata*



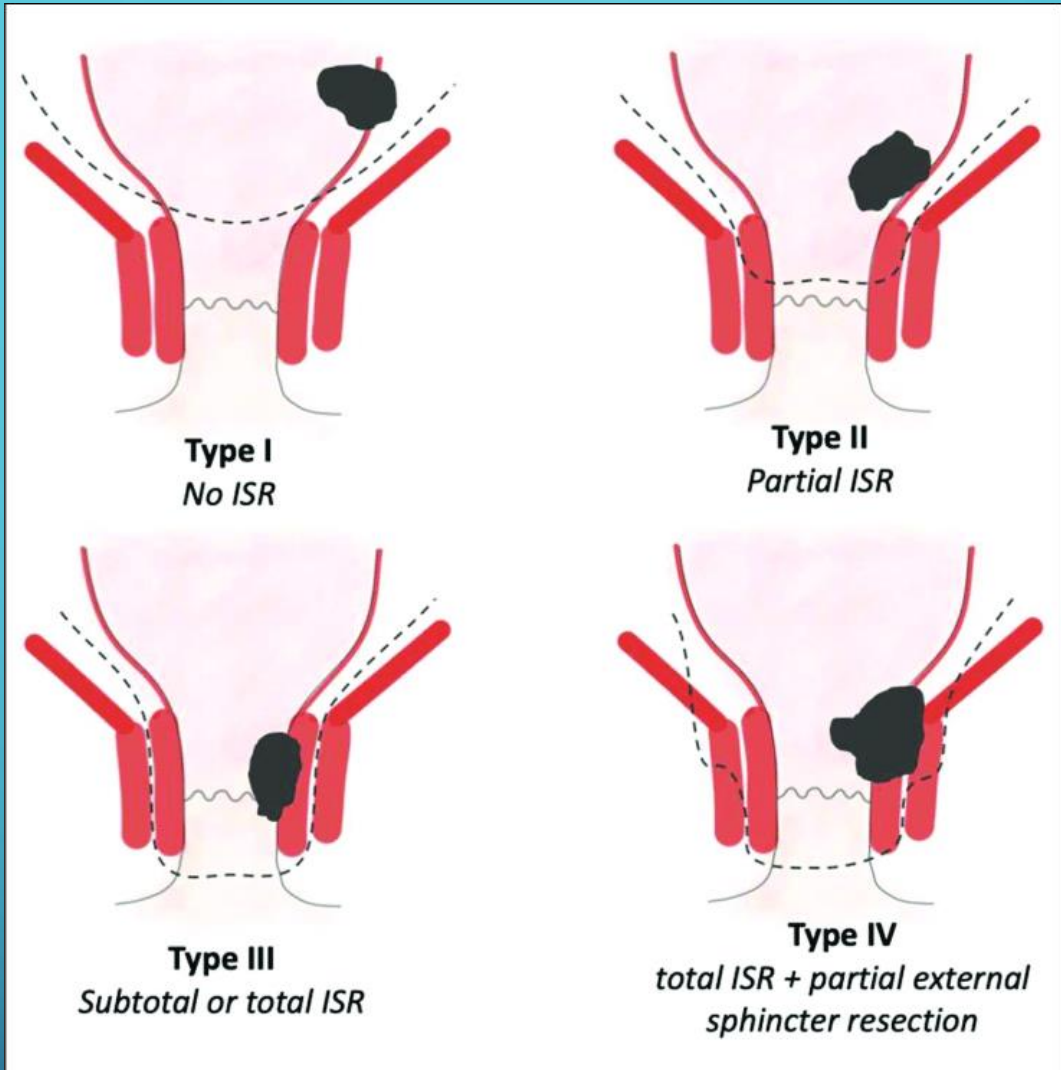
Resezione anteriore «ultra-bassa»



- RESEZIONE TRANSANALE e anastomosi pull-through (colon prossimale anastomizzato al margine distale dello sfintere esterno): *tumori all'interno del canale anale*
- RESEZIONE INTERSFINTERICA (IS) totale, subtotale, parziale e anastomosi colo-anale (margine distale di resezione al solco intersfinterico): *tumore che si estende oltre la linea pettinata*



Resezione transanale



RESEZIONE INTERSFINTERICA

## Obiettivi:

Outcomes  
oncologici

- sopravvivenza «overall»
- sopravvivenza «disease-free»

Outcome  
funzionale

- risultato funzionale / qualità della vita

parte del trattamento primario

**Chirurgia preservante lo sfintere sempre più comune in caso di cancro del retto basso avanzato (trattato con CT neoadiuvante)**



# LA PRESERVAZIONE DELLO SFINTERE RISOLVE TUTTI I PROBLEMI?



# LARS: LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME

insieme di sintomi che si possono verificare in seguito a resezione parziale o totale del retto



- Incontinenza fecale
- Incontinenza ai gas
- soiling
- Urgenza nell'evacuazione, aumentata frequenza
- Feci liquide
- Tenesmo
- Disfunzione urinaria/sexuale



↓ **QUALITA' DELLA VITA**

## Low Anterior Resection Syndrome

### Symptoms



Variable, unpredictable bowel function



Emptying difficulties



Altered stool consistency



Urgency



Increased stool frequency



Incontinence



Repeated painful stools



Soiling

### Consequences



Toilet dependence



Preoccupation with bowel function



Dissatisfaction with bowels



Strategies and compromises



Impact on:

Mental and emotional wellbeing



Social and daily activities



Relationships and intimacy

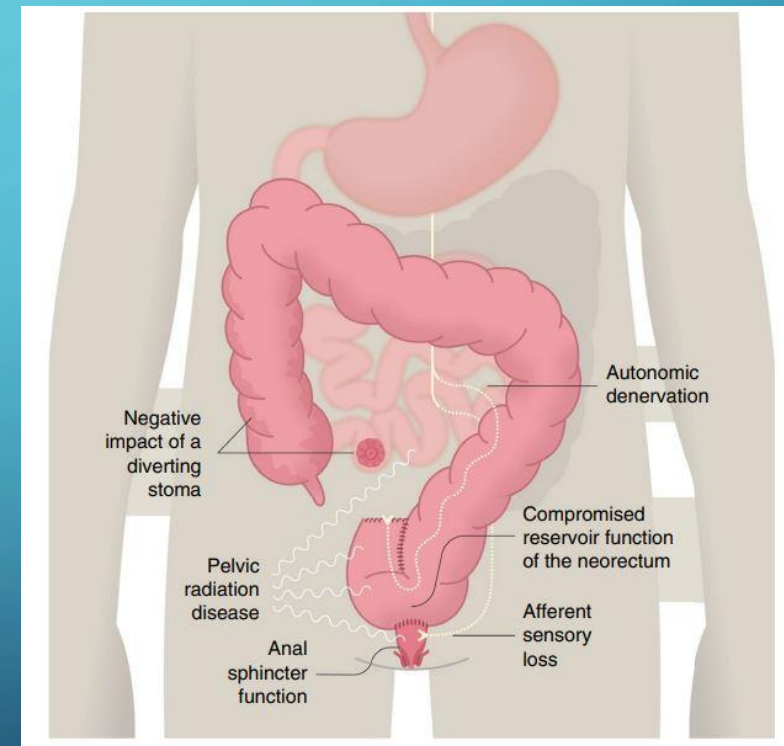


Roles, commitments and responsibilities

# LARS: quali le cause?

Eziologia multi-fattoriale:

- Dismotilità del colon
- Disfunzione del reservoir neorettale
- Disfunzione dello sfintere anale

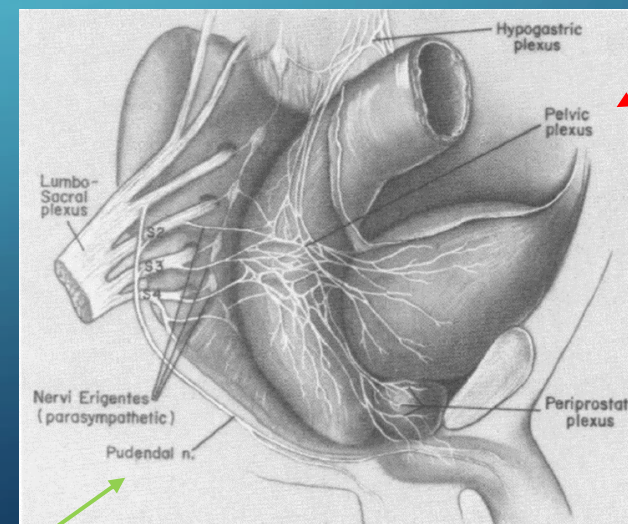




- Lacerazione meccanica dello sfintere interno durante l'introduzione della stapler

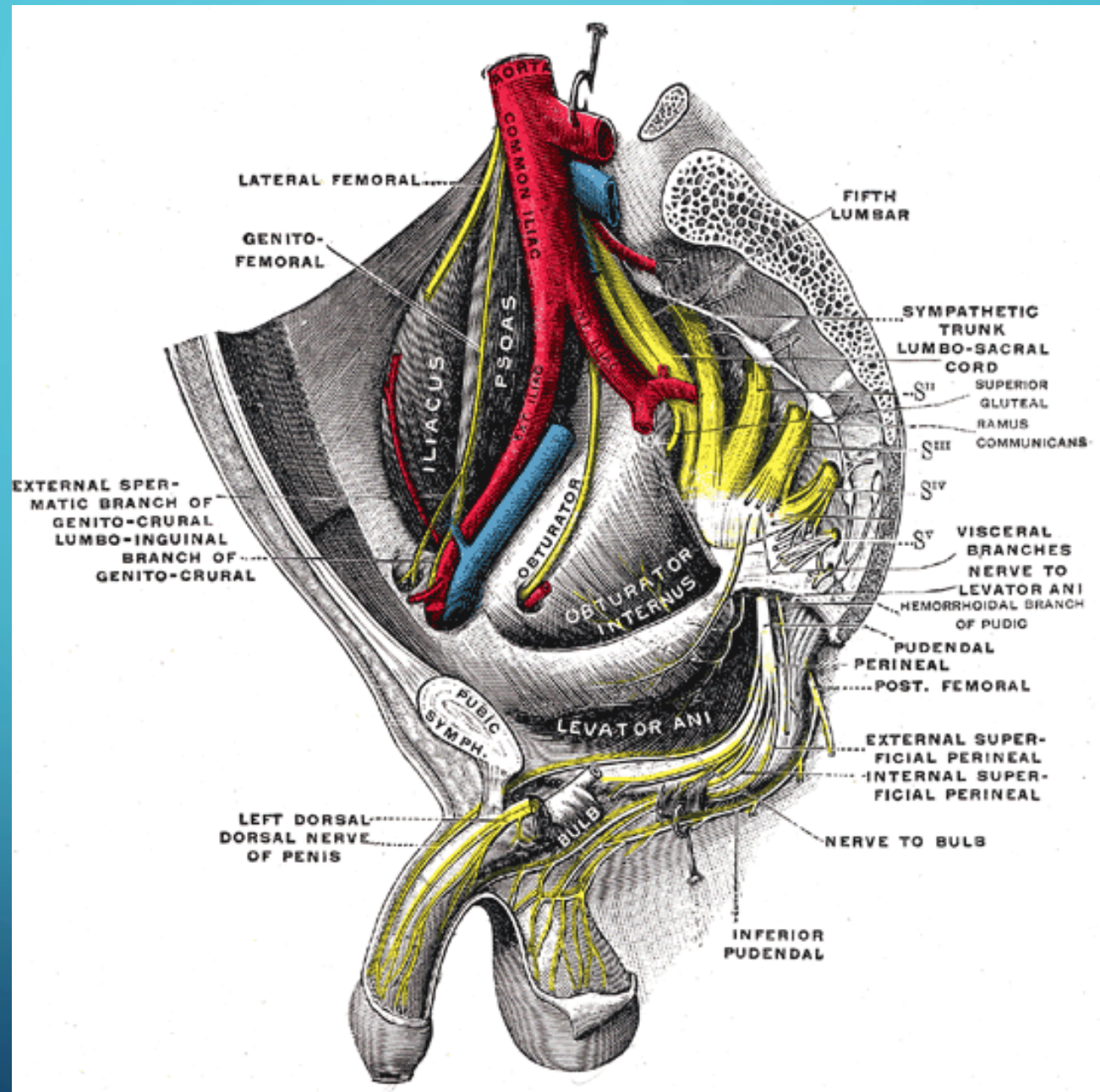


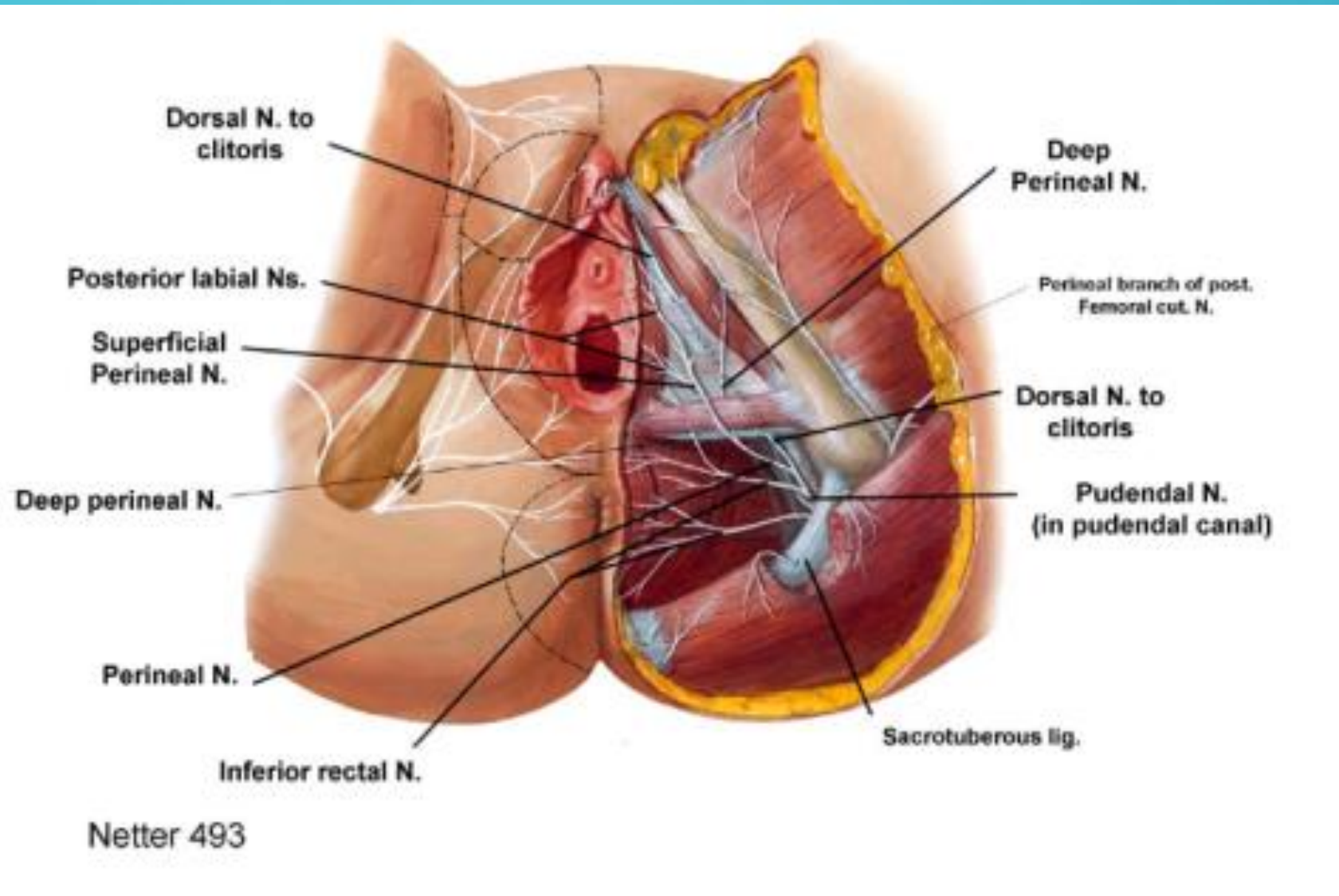
- Lesioni nervose (transitorie o permanenti) durante la TME (Total Mesorectal Excision)




Plesso pelvico

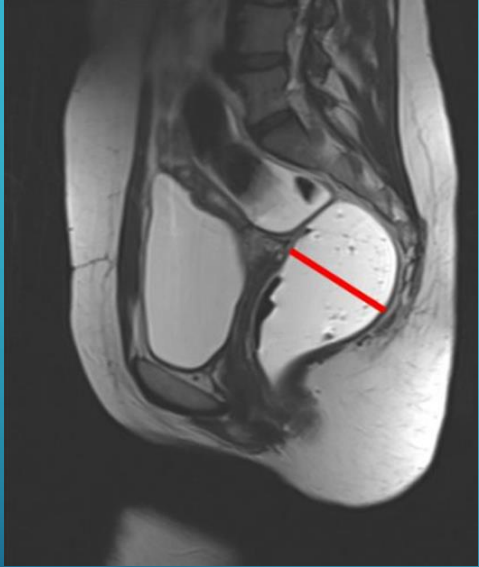
N. pudendo





- 
- Perdita della funzione di serbatoio dell'ampolla rettale

- 
- Defecazioni più frequenti e ravvicinate tra loro, ma con un minor volume fecale



## Fattori di rischio

- Anastomosi BASSA colorettaie o colo-anale
- Anastomosi termino-terminale
- Leakage anastomotico (AL)
- RT adiuvante
- Sesso F
- Presenza di stomia
- Complicanze post-operatorie

# Diagnosi

- Questionario
  - LARS Score
- Accertamenti diagnostici
  - ECO endorettale
  - Manometria anorettale/colica
  - Defecografia/Defeco-RM

# LARS Score

1. Continenza ai gas

2. Continenza alle feci liquide

3. Frequenza delle evacuazioni

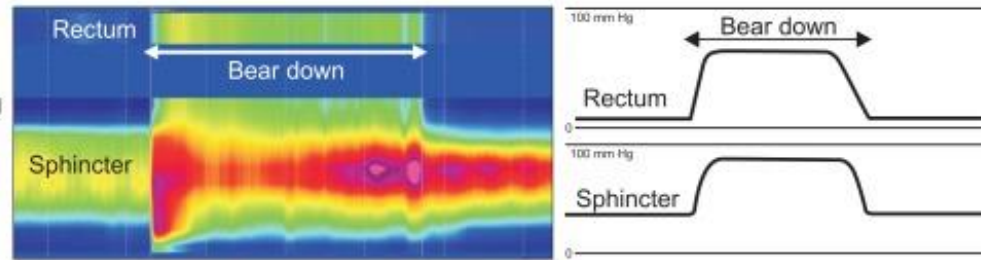
4. Clustering

5. Urgenza

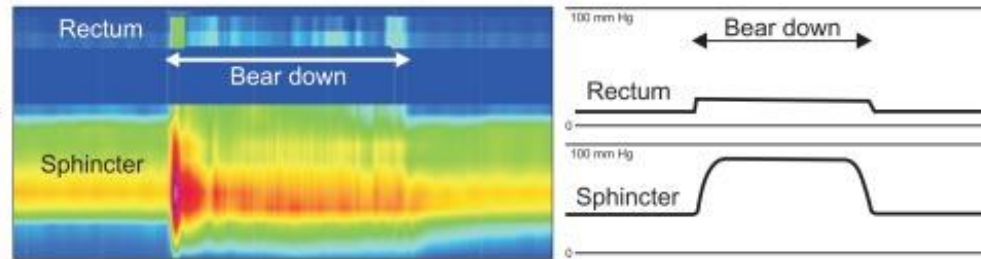
<b>Do you ever have occasions when you cannot control your flatus (wind)?</b>	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	4
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	7
<b>Do you ever have any accidental leakage of liquid stool?</b>	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	3
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	3
<b>How often do you open your bowels?</b>	
<input type="checkbox"/> More than 7 times per day (24 hours)	4
<input type="checkbox"/> 4-7 times per day (24 hours)	2
<input type="checkbox"/> 1-3 times per day (24 hours)	0
<input type="checkbox"/> Less than once per day (24 hours)	5
<b>Do you ever have to open your bowels again within one hour of the last bowel opening?</b>	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	9
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	11
<b>Do you ever have such a strong urge to open your bowels that you have to rush to the toilet?</b>	
<input type="checkbox"/> No, never	0
<input type="checkbox"/> Yes, less than once per week	11
<input type="checkbox"/> Yes, at least once per week	16

0-20 no LARS; 21-29 minor LARS; 30-42 major LARS

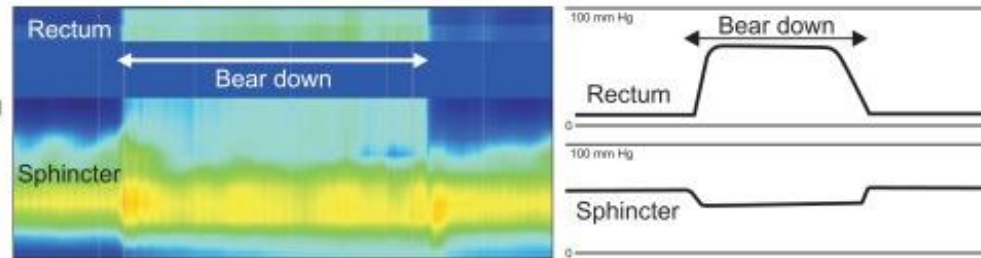
**Type I**  
 The patient can generate an adequate pushing force (rise in intra-abdominal pressure) along with a paradoxical increase in anal sphincter pressure.



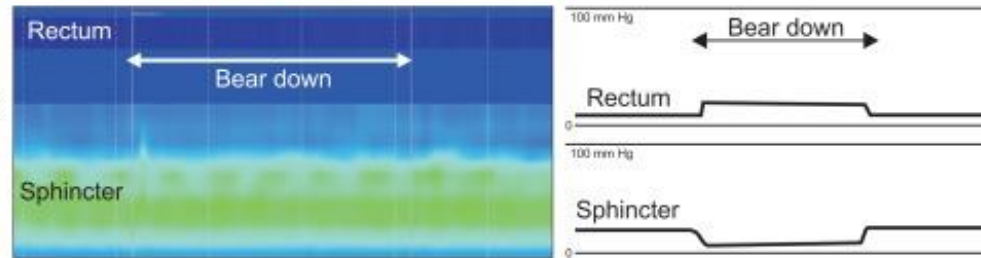
**Type II**  
 The patient is unable to generate an adequate pushing force (no increase in intrarectal pressure) but can exhibit a paradoxical anal contraction.



**Type III**  
 The patient can generate an adequate pushing force (increase in intrarectal pressure) but, either has absent or incomplete (<20%) sphincter relaxation (i.e., no decrease in anal sphincter pressure).



**Type IV**  
 The patient is unable to generate an adequate pushing force and demonstrates an absent or incomplete anal sphincter relaxation.



## Manometria anorettale



# Trattamento

- **Minor LARS (Score<30)**

## Approccio farmacologico

- ***diarrea***: loperamide
- ***incontinenza/urgenza post-prandiale***: antagonisti recettori della serotonina (ramosetron)
- ***eccessiva flatulenza/gonfiore addominale***: rifaximina, neomicina
- ***incontinenza fecale***: iniezione anale con destranomero e ialuronato di sodio



- **Major LARS (Score>30)**

### Approccio multimodale

- *Irrigazione trans-anale (TAI, Trans-Anal Irrigation)*
- *Riabilitazione pavimento pelvico*
- *Stimolazione del nervo sacro (SSN, Sacral Nerve Stimulation)*
- *Accorgimenti dietetici*



**Counseling pre-operatorio**

Preoperative counseling and functional evaluation.  
Consider the effect of radiotherapy, surgical reconstruction, diverting stoma.  
Early closure of diverting stoma

**Dieta**

Counseling on functional alterations  
Dietary program  
Consult with medical gastroenterologist if needed

**Riabilitazione pavimento pelvico**

Pelvic floor rehabilitation

**Irrigazione transanale**

Transanal irrigation

**Neuromodulazione**

Sacral neuromodulation

**Stomia**

Stoma

# Conclusioni – Key Points

- LARS: inevitabile conseguenza di Chirurgia preservante lo sfintere (Sphincter Preserving Surgery, SPS)
- Counseling pre-treatment per valutazione fattori di rischio
- PUNTO CRUCIALE: valutazione outcome oncologico vs qualità della vita per la scelta della SPS (vs Resezione Addomino-perineale, APR) nel cancro del retto basso

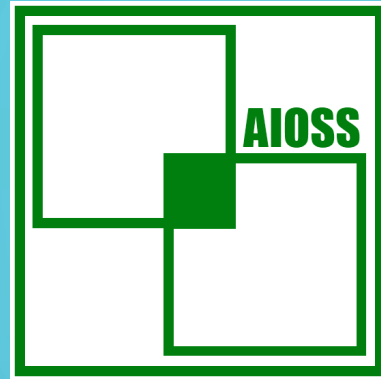
- Assessment dello stato funzionale del paziente e del trattamento (score, accertamenti diagnostici)
- Minor LARS: terapia farmacologica, riabilitazione del pavimento pelvico
- Major LARS: trattamento multimodale (neuromodulazione)
- Se severità sintomi persiste per >2 anni considerare confezionamento stomia permanente

La scelta della Chirurgia  
preservante lo Sfintere

NON deve essere un dogma



**Trattamento individualizzato**



**La valutazione  
preoperatoria di una  
persona candidata a RAR  
per una scelta  
consapevole**





Scelta per ....

**età?**

**condizioni generali?**

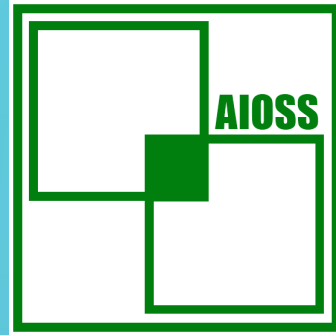
**patologie in corso?**

**stile di vita?**

**condizioni sociali?**

**altro?**





**Grazie per  
l'attenzione**

Domande?

**No?**

**Allora le  
faccio io....**

**ROBERTO DINO VILLANI**



# Tanto per discutere.....

- **Siete coinvolti nella decisione terapeutica in caso di LARS?**
- **Ritenete opportuna la stomia di scelta in caso di LARS?**
- **Meglio una stomia o una modesta incontinenza?**
- **Coinvolgete il paziente nella scelta?**
- **Ritenete importante l'età e le condizioni generali del paziente nella scelta?**
- **Avete esperienza in riabilitazione post-chirurgica o pre-chirurgica?**
- **Come riabilitate il paziente con LARS?**
- **Avete esperienza in NMS?**

## BIBLIOGRAFIA

- *Linee Guida AIOM Tumori del Colon, 2021*
- *Sphincter saving and abdomino-perineal resections following neoadjuvant chemoradiation in locally advanced low rectal cancer, W. Gawad, I. Fakhr, M. Lotayef et al.*
- *Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project, Peter Christensen, Coen IM Baeten, Eloy Espín-Basany et al.*
- *Assessment and management of low anterior resection syndrome after sphincter preserving surgery for rectal cancer, Ahmad Sakr, Fozan Sauri, Mohammed Alessa et al.*